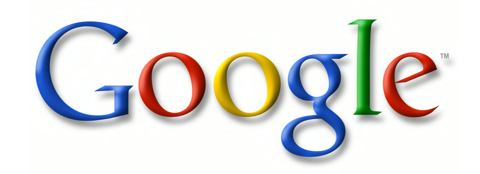
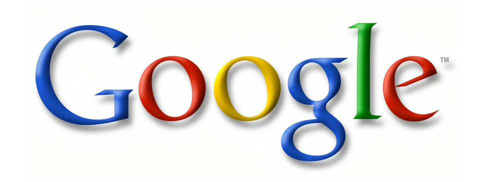
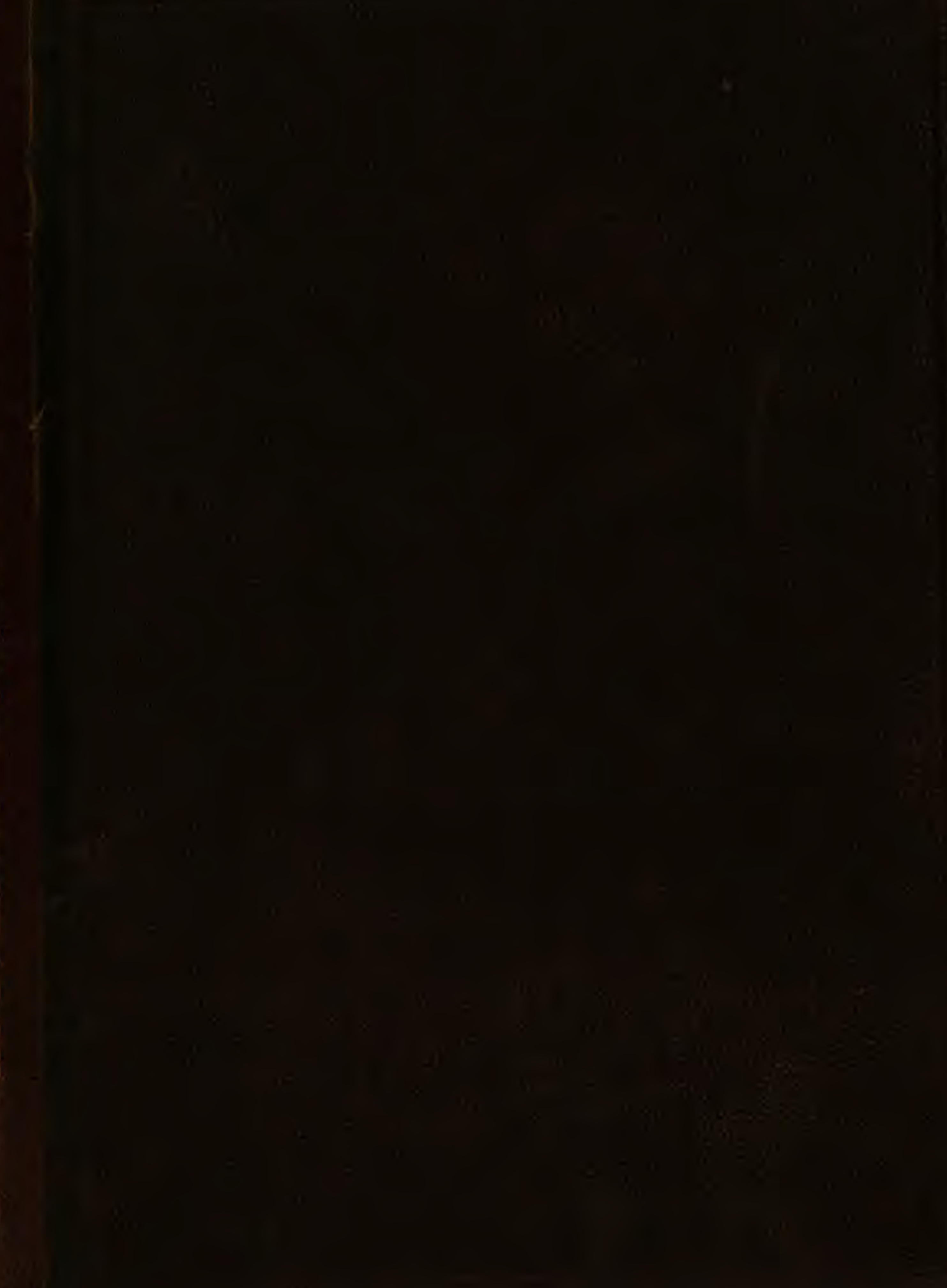
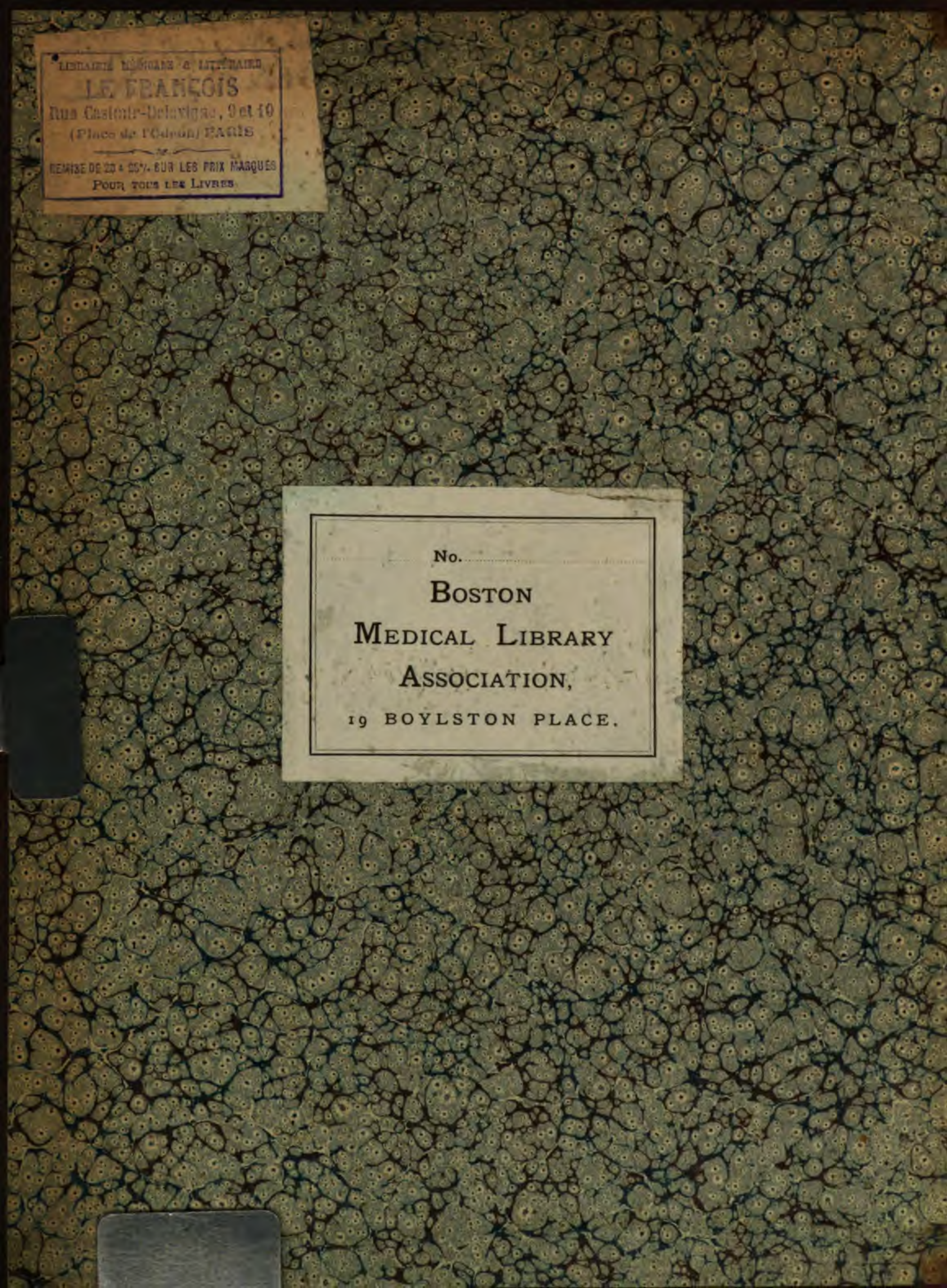

Google


Google




LE FRANÇOIS
PARIS
REMISE DE 20 à 25% SUR LES PRIX MARQUES
POUR TOUS LES LIVRES
No.
BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE.



GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

PUBLIÉ

SOUS LES AUSPICES DU MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

RÉDACTEUR EN CHEF : LE DOCTEUR A. DECHAMBRE

TOME IV — 1857

PARIS

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

M DCCC LVII

219.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. PARIS, 2 JANVIER 1857. N° 1.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 1er janvier 1857.

INSTRUCTION MÉDICALE POUR L'EXPÉDITION D'ÉGYPTE. — INFECTION PURULENTE PAR RUPTURE D'UN ABCÈS DE L'AORTE. — COAGULATIONS SANGUINES DANS LES VEINES. — TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA MALAXATION.

On sait qu'une expédition a été chargée par S. A. le vice-roi d'Égypte d'explorer le Soudan et d'aller à la recherche des sources du Nil Blanc, c'est-à dire de la branche occidentale du fleuve, sous le commandement de M. le comte d'Escayrac de Lauture. Une instruction a été demandée à l'Académie des sciences, qui a nommé à cet effet une commission, à laquelle a été adjoint M. Jomard, membre de l'Académie des inscriptions et belles-lettres. Cette commission ayant partagé entre des rapporteurs spéciaux les différentes parties du travail, M. Jules Cloquet a été chargé de la partie médico-chirurgicale. Son rapport est sous nos yeux. Comme il se compose d'une série de questions qui ne remplissent pas moins de cinq pages des comptes rendus de l'Académie, il nous est impossible d'en donner l'analyse; mais nous tenons à dire qu'il ouvre aux recherches une voie large et nettement tracée.

Dans cette instruction si détaillée, les points sur lesquels nous appellerions volontiers une attention particulière sont ceux qui touchent aux affections de poitrine, aux maladies de la peau et aux maladies des femmes, le tout mis en regard des différents éléments dont se compose le climat de l'Afrique centrale. Nous ajouterions même à ce qui constitue proprement la *pathologie* des femmes la grande fonction à laquelle les climats imposent des modifications si notables, et ordinairement corrélatives à d'autres aptitudes physiologiques : nous voulons parler de la menstruation. Mais, comme le dit M. Jules Cloquet, des recherches de ce genre peuvent rencontrer de grands obstacles dans les préjugés, les mœurs et la défiance des naturels.

— M. le professeur Schützenberger, à qui l'on doit déjà

FEUILLETON.

Poésie.

L'humble pièce de vers qu'on va lire a une origine doublement médicale: elle consacre un épisode de clientèle, et celle qui l'a inspirée, fille de médecin, orpheline, subissait dans la pauvreté et l'abandon, dans les fatigues d'un travail dévorant, l'héritage de toutes les misères qui, pendant vingt ans, ont assiégé son père dans l'exercice de sa profession.

C'est pour cela qu'on ose publier dans ce journal, au risque de soulever à demi le voile d'une plaie cachée, quelques vers qui n'ont d'autre objet, ni d'autre mérite, que l'expression d'un pieux et tendre sentiment que tous les médecins auraient partagé.

La pratique médicale, pour qui sait sentir, pour qui a en soi quelque peu de cette musique intérieure dont parle Shakespeare, la pratique médicale est un drame sans fin et tout rempli d'émotions. S'il plaisait à quelqu'un de recueillir jour à jour les scènes diverses dont ce drame est formé, puis de les nouer par quelque artifice de composition, il sortirait de là certainement une œuvre populaire. Ce qui a été fait en ce genre ne peut être compté. L'histoire à laquelle ont fait ici allusion est, dans sa réalité, le plus poétique des romans; histoire douloureuse et charmante, faite pour occuper l'imagination jusqu'à ce que l'âge l'ait glacée, pour charmer le souvenir jusqu'à ce que le cœur ait cessé de battre. Un tombeau défend de la raconter; mais on serait heureux si l'on parvenait à attirer, même à travers l'obscurité du mystère, l'intérêt de quelques confrères sur une belle, pure et noble enfant de la famille médicale.

Souvenir.

Qui donc es-tu, qui sur ma tombe,
Viens si souvent t'agenouiller,
O seul vivant dont la voix tombe
Dans mon silence, pour prier?

d'importantes observations sur les maladies du cœur et des vaisseaux, a communiqué récemment à la *Société de médecine de Strasbourg* (*Gazette médicale de Strasbourg*, numéro du 25 décembre 1856) un cas très curieux d'infection purulente consécutive à la rupture d'un abcès situé dans l'épaisseur même des parois de l'aorte. Cette poche, qui avait la grosseur d'une noisette, était située à l'origine de cette artère, en arrière, où elle s'était développée entre la tunique externe et la tunique moyenne. Dans l'étendue de plusieurs centimètres autour et au-dessous de la tumeur, la face externe du vaisseau offrait un pointillé rouge très remarquable, et la portion voisine du péricarde était couverte de flocons fibrino-albumineux. Le tissu du cœur lui-même, depuis la ligne de l'insertion de l'aorte jusqu'à la face interne de l'oreillette droite, offrait un ramollissement pultacé, de couleur rouge brun. Un stylet, introduit dans le tissu malade, le traversait facilement et arrivait jusque dans l'abcès aortique, mais non dans l'oreillette droite, dont la membrane était le siége d'un pointillé rouge, répandu au pourtour de la portion ramollie et s'étendant jusqu'à l'origine de la veine cave inférieure. La tunique fibro-celluleuse de l'aorte, qui formait la paroi externe de la poche, était rouge, épaissie; la tunique moyenne, qui en formait la paroi interne, était grisâtre, éraillée, infiltrée de pus, et un stylet passait au travers sans résistance, pour tomber dans la cavité même de l'aorte. Des concrétions fibrineuses existaient en grand nombre à la face interne de l'origine de ce vaisseau, tout autour des valvules sigmoïdes; on en rencontrait aussi dans le ventricule gauche, derrière la valvule mitrale et près de son insertion, immédiatement au-dessous de l'abcès.

Cette observation, dont les circonstances ont empêché de poursuivre les détails aussi loin qu'on l'eût désiré, surtout au point de vue de la nécropsie, offre un autre intérêt que celui d'une simple curiosité anatomique. Le malade, entré pour une pneumonie du côté gauche, qui avait bientôt marché vers la résolution, avait présenté, dans les huit derniers jours, un ensemble de symptômes que M. Hirtz, alors chargé du service, n'avait pas hésité à rapporter à l'infection purulente, encore bien que la source de cette infection lui fût inconnue. Ces symptômes consistaient surtout en des frissons violents, répétés à intervalles irréguliers, des sueurs abondantes et une teinte jaune particulière de la peau et des sclérotiques. Il y a donc quelque raison de penser que le pus, versé journellement, pendant une semaine, dans le torrent circulatoire, a déterminé les accidents dont il s'agit, et ce serait une source de pyoémie dont il n'y a peut-être pas d'autre exemple.

On devine aisément ce qui manque à cette observation pour lui assurer la signification que les détails connus rendent seulement vraisemblable. Il ne s'est pas montré, pendant la vie, d'abcès métastatique extérieur; on n'en a pas constaté après la mort dans les poumons, et il est même dit, dans la relation de M. Schützenberg, qu'il n'y en avait positivement pas. Y en avait-il dans d'autres organes? C'est précisément ce qu'un malentendu n'a pas permis de rechercher. Si l'on rapproche de cette lacune regrettable, et regrettée par l'auteur, la petitesse de la poche purulente; si l'on réfléchit que l'aorte fournit quelquefois au liquide sanguin une quantité à peu près pareille de pus, par une autre voie que celle dont il s'agit ici, — c'est-à-dire par les petits abcès qui se forment sous la tunique interne, où ils deviennent le point de départ d'ulcérations, et cela sans amener le cortége ordinaire des symptômes de l'infection, — on se demandera si les graves désordres observés du côté du cœur n'ont pas été le point de départ des frissons, des sueurs et de tous les accidents qui se sont terminés par la mort. Ce n'est là, nous nous empressons de le reconnaître, qu'une supposition; mais une supposition permise dans l'état des faits.

— Un reproche à adresser à quelques traités de pathologie, est d'avoir, pour ainsi dire, deux poids et deux mesures pour les concrétions sanguines du cœur et pour celles des vaisseaux; de distinguer soigneusement parmi les premières les coagulations spontanées des coagulations consécutives à l'endocardite, et de rattacher, au contraire, presque exclusivement à la phlébite toutes les coagulations sanguines des veines. C'est principalement pour ramener l'attention sur ce point de science et de pratique que nous mentionnons ici la courte discussion dont il a été l'objet, dans la séance du 9 décembre dernier, à la *Société médicale et chirurgicale de Londres* (*Medical Times and Gazette*, du 20 décembre 1856). L'occasion de ce débat est fournie par l'autopsie d'un phthisique chez lequel la veine fémorale droite était oblitérée dans l'étendue de 8 à 9 pouces par des dépôts fibrineux. Dans ce cas particulier, l'existence de la phlébite n'était pas douteuse, car la veine renfermait une fausse membrane; mais cette fausse membrane était peu adhérente, et, dans une partie de son étendue, la membrane interne du vaisseau était parfaitement saine. D'où l'auteur de l'observation, M. Lee, conclut que le produit anormal n'avait pas sa source unique

---

Les jours sont bien longs sous la pierre,
Les jours sont tristes, ô mon frère,
Aux pauvres morts qu'on laisse seuls,
Quand rien ne bruît sur leur tête,
Rien que le vent de la tempête
Qui les berce dans leurs linceuls.

Mais près de toi ma tombe est douce;
Je sais ton heure et je t'attends;
Je connais tes pas sur la mousse;
Ce que tu me dis, je l'entends;
J'entends lorsque ta main dépose
Près de ma croix la pâle rose
Chère aux vierges de cet enclos;
Si tu te penches sur ma couche,
J'entends le souffle de ta bouche
Et le cri sourd de tes sanglots.

Alors, prise d'un trouble étrange,
Je murmure des mots tout bas,
Des mots d'amour connus de l'ange
Et que la chair ne comprend pas.
Mon œil s'ouvre et cherche dans l'ombre;
Je vais heurtant dans la nuit sombre
Mon front qui se lève vers toi,
Et j'implore Dieu pour qu'il fasse
Que tu prennes un jour ta place
Au champ des morts tout près de moi.

Qui donc es-tu? car sur la terre
Pas un bras ne me fut tendu;

dans une phlegmasie du tissu veineux, d'abord circonscrite, puis se propageant par continuité de tissu, mais qu'une coagulation du sang, ayant sa cause dans un état pathologique du sang lui-même, avait amené d'abord la formation de plusieurs points de phlébite, et que cette phlébite à son tour avait engendré la fausse membrane.

Le fait rapporté par M. Lee est loin assurément de suffire à étayer l'opinion qu'il défend ; mais nous croyons cette opinion très fondée. Toute interprétation théorique mise de côté, il est certain, comme le disait il n'y a pas longtemps dans ce journal même l'honorable M. Legroux (voir son *Mémoire sur les concrétions sanguines du cœur*, 1856, p. 716), que les coagulations sanguines ont très souvent pour principe un état diathésique, principalement l'état tuberculeux; il est incontestable aussi que, dans beaucoup de cas de ce genre, comme MM. T. Thompson et Cursham l'ont dit dans la discussion, invoquant à cet égard leur propre observation, que, dans beaucoup de cas, aucun accident inflammatoire, ni local, ni général, n'apparaît au moment où se produit l'oblitération des vaisseaux. Ces deux circonstances prêtent un appui très fort à l'opinion qui soustrait à l'action phlegmasique la formation de bon nombre d'oblitérations veineuses. On sait d'ailleurs que, dans la *phlegmatia alba dolens*, où les coagulations sanguines se font si vite, souvent l'examen nécroscopique ne constate aucune altération de texture à la face interne des veines oblitérées.

— Quelque temps auparavant (séance du 11 novembre), avait été portée devant la même société la question du traitement des anévrysmes par la *malaxation*. C'est une méthode imaginée par M. Fergusson. Le but que se propose ce chirurgien est de rompre les caillots sanguins, et de les porter vers l'orifice inférieur de la poche, où ils auront chance de s'engager et de faire office de bouchon. Ce serait une sorte d'équivalent de la ligature par la méthode de Brasdor.

L'expérience a été faite deux fois. Chez un sujet qui portait un anévrysme de la sous-clavière, de la grosseur d'un œuf de poule, la tumeur a été malaxée de manière à briser, à diviser le coagulum. Le pouls s'arrêta immédiatement dans les artères situées au-dessous de la poche ; le malade s'évanouit. Le lendemain, même opération ; mêmes effets immédiats. Les pulsations artérielles ne reparurent à l'avant-bras que vers le septième ou le huitième jour. Les malaxations ayant été continuées de temps à autre, la tumeur diminua graduellement pendant sept mois; mais à cette époque le malade fut pris de douleurs violentes dans le sac, et expira quelques jours après. A l'autopsie, on trouva l'artère axillaire oblitérée. M. Fergusson attribue les douleurs survenues plus tard à ce que la tumeur s'était étendue dans la direction du plexus axillaire. Dans un autre cas d'anévrysme de la sous-clavière, la guérison eut lieu dans l'espace d'environ deux ans.

Il nous paraît douteux tout à la fois que le procédé n'ait été pour rien dans les accidents survenus chez le premier malade (l'autopsie, à cet égard, nous paraît fort incomplète), et qu'il ait été pour quelque chose dans la guérison du second. Et puis, que le hasard amène parfois de ces résultats heureux qu'on obtient avec toutes les méthodes, ce n'est pas une recommandation suffisante pour un moyen de traitement aussi aveugle, susceptible d'amener l'inflammation du sac, dangereux surtout, sous ce rapport, dans les cas d'anévrysme considérable, ainsi que l'a dit M. Curling dans la discussion, ainsi que l'avait dit M. Broca dans son TRAITÉ DES ANÉVRYSMES (p. 244).

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ÉTUDE SUR LES EFFETS OPPOSÉS DES AGENTS MÉDICINAUX SUIVANT LEURS DOSES ET LEURS DIVERS MODES D'ADMINISTRATION, par AUGUSTIN FABRE.

(Suite. Voir le tome III, n° 50, p. 885.)

On peut voir, dans les observations qu'Orfila a recueillies, l'empoisonnement par la ciguë se manifester par un état comateux ; le malade est faible, abattu, sans connaissance, « il peut être déplacé comme une masse inerte. » Voici cependant une observation rapportée par le même auteur, où l'intoxication fut légère et le rétablissement rapide. Il s'agit d'un vigneron italien qui mangea, avec sa femme, à son souper, de la racine de grande ciguë qu'il prit pour de la pastenade. « Au milieu de la nuit, ils se réveillèrent entièrement fousa et se mirent à courir çà et là, sans lumière, par toute l, maison, dans des transports de fureur et de rage. On leur administra les secours convenables, et ils furent bientôt rétablis. » Quoi de plus opposé à cette léthargie qui conduit à la mort, que cette surexcitation violente suivie d'un prompt rétablissement ? Du reste, si la ciguë détermine souvent un état comateux, M. Barbier l'a toujours vue (*loc. cit.*, p. 485) causer de l'agitation, de l'insomnie. « Des observateurs ont vu la ciguë stimuler l'appareil génital, éveiller des désirs vénériens. Bergius parle même d'une impuissance que l'usage

---

Jamais, sur ma jeunesse austère,
Un doux regard n'est descendu.
Je passais loin des multitudes!
Comme l'oiseau des solitudes
Dans son nid par les vents battu,
J'ai jeté ma note plaintive
Aux mornes échos de la rive :
Ami secret, qui donc es-tu?

— Dans ces sentiers déserts mon cœur cherche l'absente,
Enfant ; et le Seigneur peut te dire aujourd'hui
Tout ce que je taisais à ton âme innocente
Et ne disais qu'à lui.

Lorsque tout se troubla dans ta tête brûlante,
Assis à ton chevet j'ai gardé tes douleurs ;
Mais ton œil, égaré par ta vaine épouvante,
Ne voyait pas mes pleurs.

C'est moi qui soulevais ta poitrine oppressée,
Qui protégeais ton front dans l'orageux transport
Où ta tête oscillait, frêle tige, poussée
Par le vent de la mort.

Et ma main essuyait les moiteurs de ta fièvre,
Et ma voix te parlait souvent pour t'apaiser,
Jusqu'à l'heure fatale, où j'ai scellé ta lèvre
Avec un long baiser.

A. DECHAMBRE.

Décembre 18...

de cette plante a guérie. D'un autre côté, les anciens lui avaient reconnu des propriétés *opposées* : ils s'en servaient pour réprimer l'excès de vitalité de l'appareil reproducteur » (Barbier, *Mat. méd.*, t. III, p. 484).

La ciguë, poison violent, trouble les fonctions digestives, pourvu qu'elle soit administrée à des doses élevées. C'est ce que personne ne conteste, ce que M. Barbier a maintes fois observé ; mais M. Barbier a vu aussi que chez ceux qui en prennent de petites quantités, « l'appétit reste bon, quelquefois même il semble augmenter, les digestions sont régulières » (*loc. cit.*, p. 476). Il ajoute qu'il a rencontré bien des sujets « dont l'appétit augmentait, dont les digestions devenaient plus régulières, qui prenaient une meilleure coloration de la peau, de l'embonpoint, des forces, dès qu'ils étaient mis à l'usage de la ciguë. »

Si la ciguë est un poison classique, l'opium est un excellent remède : c'est un « don du ciel, » suivant l'expression de Sydenham. Sylvius le Hollandais disait que, s'il en était privé, il renoncerait à l'art de guérir.

L'action de l'opium sur la circulation est soumise à la même loi. On voit, dans les observations et les expériences d'Orfila (*Toxicol.*, t. II, p. 248 et suiv.), que tantôt il accélère, tantôt il ralentit les battements du cœur. Ces faits s'accordent parfaitement avec les expériences de Wilson, rapportées dans la Thérapeutique d'Alibert, et dont la conclusion est « qu'en petite quantité l'opium stimule, accroît les mouvements du cœur et des vaisseaux sanguins, et qu'il les diminue, les paralyse même lorsqu'il est appliqué à haute dose. » Ils coordonnent très bien les résultats obtenus par Alston et par Whytt, qui ont vu le suc narcotique arrêter les mouvements du cœur, avec l'opinion de Thompson et de Freind, admise par Boerhaave, Sydenham, Cullen et Haller, qui considéraient cette substance comme augmentant l'activité du pouls. M. Barbier résout la question en ces termes (*Mat. méd.*, t. III, p. 51) : « Les uns veulent que l'opium stimule le cœur et rende le pouls plus fréquent; les autres soutiennent qu'il affaiblit la vitalité de ce viscère, qu'il diminue la vitesse de ses contractions; ceux-ci pensent que ce suc narcotique donne lieu à des pulsations artérielles larges et pleines; ceux-là les ont toujours vues devenir plus petites, plus serrées pendant l'action de l'opium. Cette opposition de sentiments sur un fait facile à constater ne prouve-t-elle pas que la substance médicinale qui nous occupe a sur l'appareil circulatoire une action composée, variable? » Pourquoi donc ne pas dire, comme M. Trousseau au sujet du quinquina, « une double action à effets opposés? »

Mais l'opium agit principalement sur les centres nerveux; je crois pouvoir affirmer, qu'ici encore, suivant certaines conditions dont les premières sont les doses, son action est double, à effets opposés.

Alibert, dans sa Thérapeutique, dit, en parlant des Orientaux (*Thérap.*, t. II, p. 53 et suiv., éd. 1826) : « L'opium devient un stimulus assez puissant pour leurs facultés physiques et morales, presque épuisées par l'intensité des chaleurs qu'ils éprouvent dans leur climat, et surtout par les jouissances auxquelles ils se livrent. Tous les voyageurs attestent que cette substance les affecte d'un sentiment extraordinaire de gaieté, et qu'ils en deviennent plus actifs pour remplir les divers exercices de la vie. Il en est qui sont ivres et qui se portent même à des excès de fureur. Chez d'autres, le courage s'exalte, en sorte qu'ils sont plus audacieux pour braver le hasard des combats. Ils sont plus aptes aux plaisirs de Vénus. »

Il y a loin de ce tableau des propriétés de l'opium à l'influence narcotique et stupéfiante qui lui a été aussi reconnue par la plupart des observateurs. Exciter et stimuler l'activité physique et morale, la ralentir et l'épuiser, voilà bien des effets opposés déterminés par la même substance.

Ce sentiment extraordinaire de gaieté mentionné par Alibert me rappelle cette opinion de Grimaud, rapportée en ces termes par Alibert lui-même : « Grimaud croit que l'opium pris avec excès doit être compté parmi les causes de l'hypochondrie. »

Je rapproche aussi cette phrase d'Alibert : « Ils sont plus aptes aux plaisirs de Vénus, » et ce fait, constaté par le docteur Ananian, son élève, qui, après bien des médecins, s'est assuré « que ceux qui abusaient de l'opium devenaient mélancoliques, incapables d'exercer leurs fonctions, et n'avaient plus d'aptitude pour le coït. Il a connu un derviche qui, à force de prendre des pastilles opiacées avait totalement perdu cette dernière faculté. »

Nous trouvons ici, en même temps que l'indication des effets, le signalement des causes. Si l'opium finit par produire l'hypochondrie, c'est qu'il est pris avec excès, comme le dit Grimaud; s'il rend mélancolique, s'il stupéfie, s'il devient anaphrodisiaque, ce n'est que par l'abus qu'on en fait, ainsi que l'observe le docteur Ananian, que son séjour en Orient a mis mieux que tout autre à même d'apprécier l'action de cette substance.

Je vais encore citer des effets opposés de cette substance, notés soit par le même auteur, soit par des auteurs différents; mais ici l'influence des doses et de leur répétition est pour nous moins appréciable, parce qu'elle a été moins bien remarquée par eux.

C'est ainsi que MM. Trousseau et Pidoux (*Thérap.*, t. II, p. 14 et suiv.) ont observé la diminution dans la sécrétion de la salive précédant le ptyalisme; l'augmentation et la diminution de la sécrétion urinaire; la constipation et la diarrhée; le sommeil suivi d'insomnie.

Chaussier, à qui certes on ne saurait contester le talent d'observateur, n'a-t-il pas toujours professé et soutenu contre Orfila que la dilatation des pupilles est un signe constant de la présence de l'opium dans l'organisme? A tel point qu'Orfila, rapportant une observation où est mentionné le resserrement des pupilles, écrit ce phénomène en lettres italiques, pour que l'on considère comme possible un fait observé avant ou depuis par Deguise, Dupuytren, Leuret, Alibert, Ollivier, Marye, Bally et M. Trousseau.

En présence d'un double fait si facile à voir, quand des observateurs nombreux et souvent impartiaux affirment qu'ils ont remarqué l'un ou l'autre et même l'un et l'autre de ces phénomènes opposés, après l'emploi d'une même substance, n'est-il pas rationnel de conclure que cette substance peut les déterminer tous les deux?

La connaissance de cette vérité explique, justifie, coordonne même les doctrines médicales les plus contradictoires. L'opium est un calmant pour la plupart des médecins : « Opium me Hercle non sedat! » s'écriait Brown avec l'énergie de la conviction. Il aurait eu raison, s'il s'était borné à dire : « Opium me Hercle stimulat; » mais en niant les propriétés sédatives de cet agent, il a nié l'évidence.

Hahnemann avait-il de meilleures raisons pour voir dans l'action de l'opium une confirmation éclatante du principe qu'il avait formulé? C'est, de tous les médicaments, celui auquel ce novateur, qui était fort érudit, accorde la plus vaste place dans son chapitre des guérisons homœopathiques

dues au hasard et obtenues par des allopathes. Aussi, lorsqu'il a terminé le paragraphe destiné à ce puissant remède, Hahnemann proclame-t-il cette loi homœopathique qui lui donne une explication rationnelle d'une action que n'avaient pu comprendre les théories contenues dans les deux cent mille volumes de ses devanciers (*Organon*, 4e éd., p. 77 et suiv.) Mais l'observation attentive des faits nous montre plus d'une fois Hahnemann se contredisant lui-même au sujet de l'opium.

Un froid glacial à la face et au corps, avec lividité des pieds et des mains et faiblesse du pouls, ont été guéris par Stutz, au moyen de l'opium. Ce sont des symptômes semblables à ceux de l'intoxication opiacée, notés par Schweikert ; mais Hahnemann nous apprend, à la page suivante, que l'opium peut produire une fièvre avec chaleur brûlante, tension et dureté du pouls, ainsi, dit-il, que l'ont reconnu beaucoup d'observateurs. Est-ce donc là une guérison homœopathique?

Est-ce aussi par l'homœopathie qu'un agent qui peut déterminer un froid glacial et la faiblesse du pouls guérit d'une fièvre avec chaleur brûlante et dureté du pouls? Ce qui a eu lieu sous les yeux de la Guérenne, homœopathiquement d'après Hahnemann.

Est-ce bien homœopathiquement que Vicat, Grimm, Osthoff et d'autres ont, au moyen de l'opium, arrêté des sueurs abondantes? S'il est vrai, comme le dit Hahnemann, que l'opium puisse produire des sueurs, il n'est pas moins vrai, ainsi que Hahnemann lui-même l'affirme quelques lignes plus bas, que l'opium ne peut rendre difficile la manifestation de la sueur, qu'il détermine de la sécheresse et de l'âpreté à la peau. Et quand Hahnemann rappelle que si la manifestation de la sueur est difficile, la peau, par l'administration de l'opium, s'assouplit et une sueur abondante en baigne la surface, devons-nous croire que ce soit en vertu de la propriété que l'opium possède de déterminer des accidents semblables à ces accidents morbides, Hahnemann ayant déclaré que sur l'homme sain l'opium détermine des sueurs?

Je ne vois pas dans tous ces faits, sur lesquels Hahnemann base sa doctrine, de bien puissantes preuves en faveur de l'homœopathie ; je n'y vois que la confirmation de cette vérité capitale que l'opium, comme les autres agents, détermine dans l'économie des effets opposés. L'opium et bien d'autres substances peuvent, il est vrai, produire chez l'homme sain des symptômes morbides semblables à ceux qu'ils guérissent, mais on n'a pas le droit de conclure que cette similitude est la cause de leur action curative. Le principe ci-dessus énoncé en donne la raison : des effets opposés sont déterminés par un même médicament, suivant les circonstances de l'administration ; les uns sont semblables, les autres sont opposés à une influence morbide ; il est évident que c'est à ces derniers que la guérison doit être attribuée.

Je ne crois pas non plus que l'opium, vomitif énergique, comme remède dans le vomissement, soit un argument bien puissant en faveur de cet aphorisme d'Hippocrate : « Vomitus » vomitu curatur, » et de ce principe hahnemanien : « Si» milia similibus. » MM. Trousseau et Pidoux ont constaté que l'opium est un vomitif, mais c'est aussi un antivomitif; il est bien difficile de faire vomir les gens qui s'adonnent aux opiacés ou qui sont empoisonnés par ces substances, ainsi que M. Grisolle l'a enseigné dans son cours de thérapeutique. C'est ce qu'atteste aussi M. Barbier : « Si l'on veut, après l'ingestion de l'opium, provoquer le vomissement, il faut administrer des doses doubles ou triples d'émétique (*loc. cit.*, . III, p. 47). » Les vomitifs, suivant l'expression de MM. Trousseau et Pidoux, « sont une arme à deux tranchants, agents de sédation, agents de réaction. » (*Loc. cit.*, t. I, p. 747.) Soumis à la même loi, les purgatifs peuvent aussi produire la constipation. « L'expérience démontre que la rhubarbe purge d'abord pour resserrer ensuite. Parmi les évacuants il en est qui agissent d'une façon très passagère, d'autres au contraire modifient les sécrétions intestinales d'une manière plus soutenue. Toujours est-il que la *constipation* s'observe d'autant plus certainement que l'on a donné un *purgatif* à action plus passagère, et l'emploi des sels neutres est suivi de *constipation* comme celui de la rhubarbe. » (Trousseau, *loc. cit.*, t. I, p. 721.)

C'est ce qui explique l'efficacité des purgatifs dans le traitement de la diarrhée. Hahnemann avait dit à ce sujet : « Des médecins moins anciens ont également senti et proclamé la vérité de la méthode homœopathique. Ainsi Bouldouc s'est aperçu que la *propriété purgative* de la rhubarbe était la cause de la faculté qu'a cette plante d'arrêter la diarrhée. (*Organon*, p. 103.)

Mais cette assertion est contredite quelques pages plus loin par Hahnemann lui-même : « Aux évacuations déterminées par les purgatifs (effet primitif) succède une *constipation* qui dure plusieurs jours (effet secondaire). (*Organon*, p. 154.)

Ainsi, de l'aveu du chef de la doctrine homœopathique, ce n'est pas parce qu'elle purge, c'est parce qu'elle constipe, que la rhubarbe guérit la diarrhée. On le voit, ces grandes querelles qui agitent la médecine ont souvent de bien faibles motifs ; on s'accorde sur les faits, on ne dispute que sur les mots.

Les amers, les ferrugineux, les toniques en général exercent aussi une double influence sur le tube intestinal. Ainsi que l'a constaté M. Barbier, les toniques constipent, « ce qui s'observe surtout quand on les prend à petites doses ; d'autres fois les toniques font naître des effets *opposés*. Il n'est pas rare de voir ces médicaments susciter des évacuations alvines réitérées et abondantes. C'est surtout quand on en donne à la fois une forte dose qu'ils produisent cet effet. Cullen l'avait observé assez souvent pour qu'il se crût autorisé à placer les amers parmi les purgatifs. »

La double action de ces substances sur l'estomac est encore plus manifeste. « La vivacité de l'appétit et la rapidité des digestions pourront être excitées pendant un certain temps chez l'homme bien portant ; mais bientôt son appétit se relâchera et ses digestions se feront péniblement et avec des accidents divers. » (Trousseau, *Thér.*, t. I, p. 53.)

M. Barbier fait la même remarque : « Ces médicaments occasionnent quelquefois, et surtout quand on les donne à une dose un peu élevée, des douleurs à l'épigastre, des nausées, des rapports nidoreux, de l'anxiété... ; continués longtemps sans mesure, les amers, après avoir excité l'appétit et favorisé l'élaboration des aliments, finissent par fatiguer l'organe gastrique et par altérer sa texture naturelle. »

Il est une autre classe d'agents que l'on emploie journellement pour activer les digestions, ce sont les excitants dont les effets sont résumés en ces termes par M. Barbier : « Les effets physiologiques que les excitants produisent dans les organes digestifs sont subordonnés à la dose que l'on en prend à la fois. De petites quantités augmentent la vitalité de l'estomac, la chymification devient plus prompte et plus facile, l'action organique des intestins a plus de force et d'énergie. Il y a souvent tendance à la constipation. Mais de fortes doses d'une matière excitante suscitent des phénomènes opposés : troubles de l'exercice de la digestion ; fonctions laborieuses

de l'organe gastrique, rapports, nausées, vomissements, déjections alvines. » (*Loc. cit.*, p. 280.)

Ces substances forment une classe bien nombreuse ; parmi elles on remarque les aromatiques, les épices, le poivre, la cannelle, le girofle, la muscade, la vanille, la sauge, le thym, la moutarde, l'ail, le persil, le cerfeuil, le cresson, etc. Plusieurs d'entre elles sont antiscorbutiques. Je me rappelle à ce propos que, cherchant dans Barthez, le philosophe physiologiste, une démonstration et une explication relatives à l'existence et à la nature du principe vital, je lus cette remarque de Barthez, médecin observateur :

« J'observe à ce sujet que j'ai vu plus d'une fois l'abus des antiscorbutiques, même médiocrement actifs, produire des symptômes de scorbut chez des sujets qui, auparavant, ne paraissaient point y être disposés. » (*Éléments de la science de l'homme*, éd. 1778, t. I, p. 110.)

Le mot *anti*, qui désigne l'action de ces substances sur le scorbut, marque bien l'opposition, et la justesse n'en a été contestée par personne ; voilà donc bien des effets opposés, antiscorbutiques et scorbutiques, déterminés par les mêmes agents, suivant qu'on les emploie ou qu'on en abuse.

Il en est de même des acides. Les limonades, les boissons acidulées désaltèrent ; mais l'ingestion des acides concentrés produit une soif inextinguible. (Grisolle, *Path.*, 6ᵉ édit., t. II, p. 6.)

Les boissons acidulées rendent plus abondant l'écoulement des urines : c'est là une remarque sur laquelle M. Barbier revient plusieurs fois dans sa Matière médicale. (Pag. 602, 607, 630, etc.)

D'un autre côté, les acides concentrés suspendent la sécrétion urinaire. (Grisolle, *loc. cit.*, p. 6.)

Les acides ne sont-ils pas tempérants ou irritants, suivant qu'on les étend ou qu'on les concentre ? Étendus, ils sont si bien antiphlogistiques que M. Barbier fait le mot acidule synonyme de tempérant. (*Loc. cit.*, t. II, p. 591.) Concentrés, leur action irritante peut causer la mort. (Grisolle, *loc. cit.*, p. 6.)

C'est ainsi que l'acide sulfurique est, d'après MM. Trousseau et Pidoux, un des poisons irritants les plus énergiques. Les mêmes auteurs rapportent, dans la même page, que l'acide sulfurique est aussi employé comme tempérant. (Tome I, p. 430.)

L'acide azotique concentré provoque une inflammation violente. « L'acide azotique, sous forme de limonade, est utilement employé, dans diverses maladies inflammatoires comme moyen tempérant. » (*Ibid.*, p. 420.)

D'ailleurs ne répète-t-on pas à chaque instant que les liquides acidulés rafraîchissent, que les acides concentrés échauffent et brûlent?

Je ferai observer à ce sujet que le froid et le chaud, que l'on est habitué à considérer comme les types des contraires, ne sont que des quantités plus ou moins considérables d'un même agent nommé calorique; le froid n'est après tout que du calorique à faible dose.

Je me permettrai de rappeler aussi que les stimulants qui déterminent et entretiennent l'activité vitale finissent à la longue par l'éteindre ; que l'ouïe est affaiblie ou détruite par les sons, d'autant plus vite que ceux-ci ont été plus intenses ou plus nombreux; que si une lumière modérée est une condition *sine qua non* de la vision, une lumière trop forte ou trop prolongée peut causer l'amaurose et la cécité; en un mot que la période de déclin de la vie étant la plus chronique des maladies, les stimulants normaux en sont les causes morbides et qu'elle arrive d'autant plus tôt que les stimulants ont été plus actifs.

A la suite de ces agents sans lesquels les fonctions vitales ne peuvent s'exercer, et qui cependant deviennent pour elles des causes de mort, je placerai les substances les plus redoutées pour leur action toxique, et qui cependant deviennent utiles si elles sont convenablement employées.

Personne n'ignore l'action délétère des mercuriaux et du sublimé corrosif en particulier, sur le tube digestif; cependant de très petites doses de ces substances « éveillent la vitalité de l'estomac, accroissent l'énergie des forces gastriques ; on mange davantage, on digère mieux. » C'est ce qu'a observé M. Barbier, qui remarque que « le sublimé corrosif surtout, pris à très petites doses, anime visiblement les facultés de l'estomac. »

Si la noix vomique trouble la digestion, elle peut aussi l'activer et la régulariser. « Il est remarquable, dit M. Barbier, que la noix vomique favorise ordinairement l'exercice de la digestion. Les personnes qui prennent de l'extrait de noix vomique ont meilleur appétit, mangent davantage. La nutrition prend plus d'activité dans la masse sanguine et dans tous les tissus organiques ; l'individu acquiert l'embonpoint, il devient plus coloré, plus fort, etc. »

Cet agent détermine de violentes contractions musculaires, mais ces accès tétaniques sont souvent suivis d'un relâchement complet, ainsi que le prouvent les expériences et les observations toxicologiques d'Orfila. Il émousse les sens et peut détruire la sensibilité, ainsi que Murray l'a constaté sur les animaux : « Nec vident, nec audiunt, nec tactu percipiunt, » etiamsi diversis partibus pungantur vel vulnerantur, adeo » ut aures, cauda, sine omni doloris percepti indicio abscindi » possint. » Ces propriétés anesthésiques n'ont pas empêché M. Longet d'employer avec quelque succès la noix vomique comme antidote des agents anesthésiques : la raison en est toute naturelle, c'est que, par une action opposée, la noix vomique exalte la sensibilité ; on peut s'en convaincre en lisant les observations d'Orfila ; je ne prendrai que la première : Le malade éprouve une « douleur générale qui, plus tard, se localise à l'épigastre ; singulièrement agité, il pousse des cris entrecoupés et implore de prompts secours; les sens de la vue et de l'ouïe acquièrent une sensibilité exagérée ; telle est l'irritabilité des muscles qu'il suffit de toucher le malade pour exciter des mouvements convulsifs ; le bruit le plus léger suffit même pour produire cet effet. »

Comme la noix vomique, l'arsenic est à la fois célèbre dans les annales de la toxicologie et dans les fastes de la thérapeutique. Je lui dois ici une mention spéciale, une place importante ; il se conforme à cette loi générale qui veut qu'un même agent, suivant les circonstances de l'administration, détermine dans l'économie des effets opposés. Objet de travaux consciencieux, de mémoires académiques, soumis aux recherches ingénieuses et aux études approfondies de l'illustre Orfila, il a produit des phénomènes nombreux, incontestables, qui, bien analysés et bien classés, doivent fournir à cette loi l'appui de leur évidence. Il a soulevé bien des débats parmi les savants ; son action sthénique et ses propriétés hyposthénisantes ont trouvé des partisans convaincus et des défenseurs habiles mais exclusifs ; en attribuant à chaque opinion sa part de vérité, cette loi efface et justifie ces contradictions au profit de la santé publique et de la dignité médicale.

(*La fin à un prochain numéro.*)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1856.—PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

PHYSIOLOGIE. — *Sur l'extirpation des capsules surrénales chez les rats albinos*, par M. *Philipeaux* (deuxième note). — « Dans la séance du 10 novembre dernier, j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie une note concernant l'extirpation des capsules surrénales sur quatre rats albinos. Depuis cette époque, trois de ces rats sont morts. Le premier est mort vingt-six jours après l'extirpation de la capsule surrénale droite, et neuf jours après l'extirpation de la capsule surrénale gauche; le deuxième, quarante et un jours après l'extirpation de la capsule surrénale droite, et vingt-trois jours après l'extirpation de la capsule surrénale gauche; enfin, le troisième, cinquante-quatre jours après l'extirpation de la capsule surrénale droite, et trente-quatre jours après l'extirpation de la capsule surrénale gauche. Ces trois animaux ont donc vécu privés de leurs deux capsules surrénales, le premier pendant neuf jours, le deuxième pendant vingt-trois jours, et le dernier pendant trente-quatre jours. Jusqu'au jour de leur mort, ils ont parfaitement rempli toutes leurs fonctions, et ils n'ont pas offert d'amaigrissement notable.

» A l'ouverture des corps, j'ai trouvé des adhérences entre les parois abdominales du côté droit avec le foie, le rein et une petite partie de l'intestin grêle; du côté gauche, les parois adhéraient au gros cul-de sac de l'estomac, à la rate et au rein. Ces adhérences ont eu pour cause des péritonites qui ont succédé aux opérations. Tous les autres organes étaient sains. Dans le dernier animal, j'ai constaté une hypertrophie assez prononcée de la rate, qui contenait un grand nombre de granulations blanches. Le sang n'offrait aucune ultération. J'ai pu m'assurer que, dans chaque cas, les deux capsules avaient été entièrement enlevées. Aujourd'hui, 22 décembre, il me reste encore un rat opéré le 3 novembre dernier, c'est-à-dire privé des deux capsules surrénales depuis quarante-neuf jours.

» A quelle cause faut-il rapporter la mort des trois rats mentionnés plus haut? Ils ne sont certainement pas morts de l'opération en elle-même, puisqu'un de ces rats a survécu trente-quatre jours, et que d'ailleurs le quatrième vit encore aujourd'hui, quarante-neuf jours après l'opération. La nécropsie a démontré que la cicatrisation, tant extérieure qu'intérieure, était complète. Les mêmes réflexions prouvent que ce n'est pas la privation des capsules surrénales, ou, en d'autres termes, la suppression de leurs fonctions qui a fait périr ces animaux. Quelle importance attribuer à une fonction qui peut être supprimée sans dommage chez un animal pendant trente-quatre jours, et dont l'anéantissement en laisse vivre un autre pendant quarante-neuf jours et plus, sans qu'aucun trouble se manifeste!

» Les trois rats dont il est question dans cette note me paraissent avoir succombé sous l'influence du froid, qui pendant quelques nuits a été assez intense. En conséquence, je crois ne devoir rien changer aux conclusions de ma note du 10 novembre dernier. » (*Comm.* : MM. Rayer, Flourens, Cl. Bernard.)

ANTHROPOLOGIE. — *Mesures naturelles du corps humain*; *loi des longueurs harmoniques*, par M. *Silbermann*. — Dans les deux premières parties de ce travail, présentées le 3 et le 10 mars dernier, l'auteur s'était attaché d'abord à déterminer la taille moyenne de l'homme, qu'il avait été conduit à fixer à 1m,60; puis il avait donné, également en mesures métriques, les dimensions des parties principales. Dans la troisième partie, qu'il présente aujourd'hui, il s'est proposé de montrer que ces évaluations s'accordent avec celles qu'ont admises les grands artistes de l'antiquité, et qu'on trouve observées dans leurs œuvres, comme elles s'accordent avec les règles qu'ont formulées les peintres et statuaires qui dans les temps modernes ont écrit sur cette question.

Ceux-ci, en général, ont considéré la longueur entière du corps, du vertex à la base de sustentation, comme égale à huit longueurs de tête. M. Silbermann admet ce rapport, qui donne pour la taille moyenne de 1m,60, chaque huitième égal à 20 centimètres. En supposant l'homme debout et les bras élevés verticalement au-dessus de la tête, l'extrémité du doigt médius est à 2 mètres au-dessus du sol. Du reste, comme pour des motifs exposés dans une de ces précédentes communications l'auteur ne considère pas un individu seul, mais deux placés dans le prolongement l'un de l'autre. La ligne dont il prend les subdivisions, sa *base*, comme il l'appelle, est une ligne de 4 mètres. La fraction $\frac{1}{2}$ représente donc la hauteur à laquelle l'homme de taille moyenne atteint du bout des doigts en élevant verticalement les bras au-dessus de sa tête; $\frac{1}{3}$ est la hauteur de l'articulation scapulo-humérale au-dessus du sol; $\frac{1}{4}$ celle de l'ombilic; $\frac{1}{6}$ est la longueur du torse; $\frac{1}{8}$ celle de la tête, etc. (*Comm.*: MM. Serres, Despretz, de Quatrefages.)

MÉDECINE. — M. *Rochard*, qui avait communiqué les résultats obtenus, dans le traitement des affections scrofuleuses, d'un médicament externe composé de chlore, d'iode et de mercure, adresse une note relative à l'action de ce même topique dans les cas d'hypertrophie et de subinflammation du col de l'utérus. (*Comm.*: MM. Serres, Andral, Velpeau.)

PHYSIOLOGIE. — OPTIQUE. — *Adaptation de la vue aux différentes distances, obtenue par une compression mécanique exercée sur le globe oculaire*, par M. *Breton*, de Champ. — « ..... En exerçant sur l'un de mes yeux une certaine compression avec le pouce et l'index de la main correspondante, appuyés simultanément, l'un sur la paupière inférieure, l'autre sur la paupière supérieure, je parviens à allonger considérablement ma vue, qui, dans l'état habituel, est très courte. A cet effet, je me place devant un livre ouvert ou une affiche imprimée à distance double, triple ou quadruple, de celle à laquelle je puis lire, ou même plus grande encore, de telle sorte que je n'aperçois plus les lignes du livre ou de l'affiche que comme des traces grisâtres, puis je presse l'œil doucement, jusqu'à ce que les lettres paraissent *noires*. Si alors la vision est encore confuse, je change tant soit peu les points sur lesquels le pouce et l'index sont appuyés, et après quelques tâtonnements, je parviens à voir distinctement et à lire, ce qui me serait impossible à cette distance en laissant mon œil dans son état ordinaire. Cette compression ne peut être exercée sans que les paupières offrent des surfaces assez larges pour y appuyer les doigts. Il résulte de là que l'œil, au lieu d'être entièrement ouvert pendant l'expérience, ne l'est que partiellement. Je me suis assuré que la plus grande netteté de la vision n'était pas due au rétrécissement du passage laissé à la lumière. A cet effet, j'ai eu toujours soin, mes doigts étant appuyés sur mes paupières, d'essayer de lire sans exercer de compression; mais je n'ai pu y réussir ni avant ni après l'expérience. Ainsi donc, cet allongement de ma vue est bien dû à la compression du globe oculaire. »

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans la Lozère; la Creuse, les Basses-Pyrénées et le Finistère. — *b.* Quatre rapports de M. le docteur *Dauvin* (de Saint-Pol), sur les épidémies qui ont régné en 1856 dans les communes de Boëllecourt, de Béthousart, Savy-Berlette et Flers (Pas-de-Calais). (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : Une lettre de M. le docteur *Chapelle* (d'Angoulême), qui sollicite le titre de membre correspondant et adresse la relation d'une épidémie du choléra qui a régné en 1855 dans le département de la Charente. (*Future commission des correspondants nationaux.*)

M. *Velpeau* présente, au nom de M. *Joseph-Sampson Gamgee*, les ouvrages suivants : 1° *Recherches d'anatomie pathologique et de*

clinique chirurgicale. — 2° *Un travail sur les avantages d'un appareil amidonné dans le traitement des fractures et des luxations.* — 3° *Des réflexions sur l'opération de Petit et l'emploi des purgatifs dans la herniotomie.*

M. *le Président* annonce à l'Académie que M. *Wleminckx* (de Bruxelles) et M. *Gensoul* (de Lyon), membres correspondants, assistent à la séance.

Lectures et rapports.

Physiologie appliquée. — M. *Briquet* donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *De l'absorption des substances médicamenteuses introduites dans le gros intestin sous la forme de clystères.*

L'auteur commence par étudier l'étendue de la surface avec laquelle les clystères sont mis en contact. Ses expériences sur le cadavre d'accord avec celles de Haller et de M. Cruveilhier, établissent que, quand le gros intestin est vide, le liquide injecté par l'anus va assez facilement jusque dans le cæcum, mais pas au delà. M. Briquet croit, en outre, d'après ce qu'il a vu, qu'en faisant incliner le corps on peut, à volonté, diriger le liquide qui se trouve dans l'arc du côlon, soit à droite, soit à gauche Enfin, il s'est assuré que la présence de fèces dans l'intestin gêne notablement, si elle ne l'empêche pas complétement, la pénétration du liquide injecté.

Puis l'auteur cherche à résoudre la question suivante : Le gros intestin est-il une capacité destinée seulement à contenir, sans les modifier, les liquides qu'on y introduit ; ou bien s'y sécrète-t-il quelques sucs capables d'agir chimiquement sur ces liquides et d'y opérer des tranformations ? M. Briquet s'est assuré expérimentalement que le gros intestin n'a aucune action chimique sur les matières salines avec lesquelles il est en contact, et qu'il n'absorbe que celles qui sont en dissolution complète.

D'où il tire deux conséquences importantes :

La première, que quand une substance a besoin, pour être absorbée, d'être décomposée par les sucs provenant des membranes muqueuses, elle ne doit pas être donnée en lavements. Ainsi, les lavements contenant des substances insolubles constituent, sous le rapport de l'absorption, des remèdes à peu près inertes. On comprend maintenant pourquoi les lavements avec *l'écorce du Pérou*, qui étaient si préconisés par Helvétius, leur inventeur, n'ont pas eu de succès.

La seconde conséquence est que, le rapport de la puissance d'absorption de la muqueuse de l'estomac à celle de la muqueuse du gros intestin étant connu, on trouve dans l'absence d'action chimique dans le gros intestin un moyen d'avoir la mesure exacte du pouvoir chimique des sucs de l'estomac.

En troisième lieu, l'auteur recherche avec quelle puissance le gros intestin absorbe les substances solubles. Il a acquis expérimentalement la preuve que l'absorption par le gros intestin est notablement moins prompte et moins énergique que celle qui s'exerce dans l'estomac.

Ainsi, 1 gramme de bisulfate de quinine administré en potion et pris en une seule fois, produit sur l'encéphale des effets qui apparaissent au bout de quelques minutes et qui sont fort intenses. Un et même deux grammes de sulfate de quinine administrés en lavement ne donnent, au contraire, lieu à des troubles cérébraux qu'au bout d'une heure, d'une heure et demie et quelquefois de deux heures, et ces troubles sont notablement plus faibles que dans le cas précédent.

Ces différences tiennent, d'après M. Briquet, à ce que d'une part les veines du gros intestin apportent au cœur les matériaux absorbés bien plus tard que ne le font les veines de l'estomac, en raison de la distance où ces deux surfaces sont du cœur ; et, d'autre part, à ce que l'absorption dans le gros intestin est moindre qu'elle ne l'est dans l'estomac.

L'auteur ayant étudié ensuite dans quelle proportion se fait l'absorption dans le gros intestin et quel est le rapport existant entre l'absorption dans l'estomac et l'absorption dans le gros intestin, conclut de ses recherches que jusqu'à des doses de 1 gramme de sulfate de quinine il y a un tiers au moins de la quantité d'alcaloïde administrée qui se trouve éliminé. Or, comme le sulfate de quinine administré en solution par la bouche subit une élimination de la moitié de la quantité ingérée, il en résulte qu'on peut facilement établir un rapport entre la valeur du médicament administré par l'estomac et celle de ce médicament pris sous forme de lavement. Ainsi jusqu'à cette dose (1 gramme), la potion vaut 3/6 et le lavement 2/6, un sixième de moins que la potion.

Par conséquent, lorsqu'on a besoin de n'administrer que de faibles quantités d'alcaloïdes en augmentant un peu le chiffre de la dose, les lavements pourront être substitués aux potions.

L'auteur a acquis la conviction qu'avec quelques lavements de 50 à 60 centigrammes de sulfate de quinine on peut arrêter toutes les fièvres intermittentes *simples* aussi sûrement et aussi facilement qu'avec l'administration par la bouche. Mais il déclare que dans les fièvres graves, dans les fièvres pernicieuses et dans toutes les maladies où il faut employer le sulfate de quinine à dose élevée, les lavements seront des moyens insuffisants.

Il résulte encore des recherches de M. Briquet qu'au bout d'une demi-heure, l'absorption de la matière active d'un lavement est déjà avancée, et que, au bout d'une heure, elle est à peu près complète ; de sorte que, après ce temps, un lavement qui doit être absorbé a produit tout son effet.

Enfin, l'élimination des sels de quinquina administrés en lavements, a une durée beaucoup moins longue que celle qui suit l'administration par la bouche. Elle ne va, généralement, pas au delà de deux à trois jours. Quelle que soit la dose qu'on a fait prendre, au bout de ce temps l'urine ne contient plus rien de particulier.

M. Briquet termine par les conclusions générales qui suivent :

1° Le liquide qui constitue les lavements peut assez facilement aller jusque dans le cæcum, et, par conséquent, être en contact avec une substance absorbante fort étendue.

2° La membrane muqueuse du gros intestin, et les liquides qui baignent sa surface, n'ont aucune action chimique sur les substances introduites dans le gros intestin, où il n'y a d'absorbé que ce qui était primitivement en dissolution.

3° Quand on administre en lavement des sels solubles de quinine à des doses au-dessous de 1 gramme, un peu plus du tiers de la quantité administrée est éliminé, et, par conséquent, a été absorbé.

4° Quand on administre des doses supérieures à 1 gramme, celles-ci sont mal tolérées, et il n'y a qu'un cinquième ou un sixième de la quantité administrée qui soit absorbé.

5° A quelque dose qu'ait été donné le sulfate de quinine, il ne se produit ordinairement de phénomènes cérébraux que très lentement et à un faible degré.

6° On n'aperçoit de traces d'élimination, et par conséquent d'absorption, qu'une heure après l'administration d'un lavement, et, à ce moment, l'élimination est peu considérable.

7° La durée de l'élimination est en général assez courte, et ordinairement de deux à trois jours au plus.

8° La dilution plus ou moins grande, mais pourtant limitée à un certain degré, la nature plus ou moins visqueuse du liquide, et enfin l'addition des sels de morphine aux alcaloïdes du quinquina, ne modifient pas sensiblement l'absorption.

9° Les jeunes gens absorbent mieux que les adultes. Les vieillards de l'un et l'autre sexe absorbent très mal.

10° Les alcaloïdes de quinquina, administrés en lavement à des doses au-dessous de 1 gramme, peuvent rendre par cette voie tous les services qu'on peut attendre de ces alcaloïdes donnés à faibles doses par la bouche, et peuvent très bien les remplacer.

11° Il n'en est pas de même pour les cas où il faut des doses élevées : celles-ci ne sont jamais absorbées en assez grande quantité pour produire des effets stupéfiants énergiques.

12° On ne peut faire, généralement, tolérer au gros intestin plus de 2 grammes de sulfate de quinine à la fois.

Ces conclusions peuvent s'appliquer plus ou moins exactement aux diverses substances employées en lavement. (*Commission déjà nommée* pour l'examen d'un premier travail de M. *Briquet* sur l'absorption des médicaments.)

CHIRURGIE. — M. le docteur *Chapelle*, d'Angoulême, lit un travail intitulé : *De la fissure à l'anus et de sa cure radicale sans opération sanglante.* — Il y a, dit l'auteur, dans cette maladie un caractère névralgique qui en constitue le fond principal. On comprend, dès lors, l'impuissance thérapeutique des agents employés pour la guérison de la plaie considérée isolément. Tous les topiques impropres à agir puissamment contre l'élément névralgique ont été et devaient être frappés de stérilité. Parmi les moyens curatifs préconisés jusqu'ici contre cette affection, l'incision du sphincter, employée par Boyer, adoptée depuis par la plupart des chirurgiens modernes, est le traitement qui compte le plus de succès. Cette opération agit là de même que la section des nerfs se comporte vis-à-vis des névralgies en général. L'observation montre que l'issue thérapeutique est la même quand on opère la section loin du muscle comme quand on la pratique au niveau de la fissure elle-même, preuve nouvelle du peu d'importance de cette éraillure de la muqueuse dans la maladie qui nous occupe.

C'est la détermination du caractère névralgique de cette affection qui m'a conduit à la rencontre d'un moyen aussi simple qu'efficace pour guérir la fissure anale. Le chloroforme étendu d'alcool, et porté directement sur la partie affectée, est le moyen qui m'a constamment réussi.

Suivant le degré de sensibilité des malades, je diminue ou j'augmente la proportion du chloroforme. Ordinairement je me sers de la solution suivante :

Pr. Alcool, 50 grammes.
Chloroforme, 10 grammes.

Voici comment je procède : avec les doigts de la main gauche j'écarte les bords de l'orifice anal, puis j'introduis profondément dans cette ouverture un pinceau d'aquarelle en poil de blaireau, préalablement trempé dans la solution chloroformique, et je retire les doigts. Le sphincter presse naturellement sur le pinceau, exprime le liquide qu'il contient, lequel agit rapidement sur les tissus contractés, détermine une chaleur vive et pénétrante sur les surfaces contaminées, et, en particulier, sur les points où existe la fissure. Aussitôt après, la coarcation anormale cesse, et le patient n'éprouve plus que l'effet du liquide appliqué.

Ce mode de traitement est complétement inoffensif : il n'a d'autres inconvénients que la douleur locale et immédiate qui suit l'application du liquide chloroformique ; mais cette sensation pénible disparaît assez promptement.

L'auteur rapporte ensuite 14 cas de fissure anale, dans lesquels il a eu recours à ce moyen avec un succès constant.

Sur ces 14 malades, 4 ont guéri après une seule application ; 6 après deux ; chez 3 autres il a fallu recourir trois fois à ce moyen ; enfin chez 1 seulement quatre applications ont été nécessaires pour produire la guérison. (*Comm.* : MM. Trousseau et Nélaton.)

MÉDECINE. — M. *Collineau* lit, en son nom et au nom de MM. *Londe* et *Lecanu*, un rapport sur une *note relative au typhus contagieux*, par M. le docteur *Petit*. La commission propose :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur ;
2° De renvoyer son mémoire au *Comité de publication*.

ÉLECTIONS. — L'Académie procède par la voie du scrutin au renouvellement partiel des membres des *Commissions permanentes*.

Epidémies. — MM. Jolly, Trousseau, Bouley (Henry).
Eaux minérales. — MM. Gibert, Boudet.
Remèdes secrets. — MM. Poggiale, Roche.
Vaccine. — MM. Bricheteau, Leblanc.
Comité de publication. — MM. Louis, Bousquet, J. Cloquet, Nélaton, Wurtz.

La séance est levée à 4 heures 1/2.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. CAZEAUX.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. *Richard* lit le rapport suivant sur un mémoire de M. Bauchet, intitulé : *De la thyroïdite et du goître enflammé.* (Nous publierons ce rapport, en même temps que le mémoire, dans un prochain numéro.)

Chlorate de potasse contre l'angine couenneuse.

M. *Costilhes* communique le fait suivant :

Le 6 novembre dernier, j'ai été appelé près d'un enfant âgé de quatre ans et demi, chez lequel je constatai l'existence d'une angine simple compliquée de bronchite ; je conseillai l'ipéca, un looch blanc, des boissons adoucissantes ; le 8, il y avait fièvre, des exsudations blanchâtres se montrèrent à la partie antérieure des piliers et du voile du palais ; rien au pharynx ni au larynx. Gargarisme boraté avec addition d'acide chlorhydrique. Le 9, aggravation ; l'exsudation de la veille est une fausse membrane évidente, la voix est croupale ; engorgement des ganglions sous-maxillaires, qui n'existait par les jours précédents ; cautérisation de la gorge avec le nitrate d'argent ; potion avec : chlorate de potasse, 4 grammes. Le 10, nouvelle cautérisation ; même dose de chlorate. Le 11, amélioration évidente, surtout dans l'intensité des phénomènes généraux. Je conseillai de nouveau l'administration d'un émétique, dans le but de provoquer l'expulsion des fausses membranes. J'y réussis complétement. Parmi les fausses membranes rejetées par l'enfant, j'ai choisi celle que je présente aujourd'hui à la Société. Deux jours après, la guérison était parfaite. Le malade a pris en tout 20 grammes de chlorate de potasse.

Tel est le fait, ajoute M. Costilhes, qui s'est offert à mon observation, et qui me paraît de nature à confirmer l'heureuse influence du chlorate de potasse contre les affections couenneuses. Mais cette efficacité est-elle supérieure à celle du bicarbonate de soude ?

M. *Bouvier*. Dans le fait intéressant communiqué par M. Costilhes, il y a eu trois médications différentes associées, savoir : le chlorate de potasse, des vomitifs et des cautérisations. Je demanderai à notre honorable confrère quelle est la part qui peut être dévolue à chacune de ces médications dans la guérison de l'affection croupale ?

M. *Costilhes* pense que le premier vomitif est hors de cause, parce qu'il a été administré à un moment où l'angine paraissait simple, où il y avait absence de fausses membranes ; le second vomitif n'a eu d'autre action que de provoquer et faciliter l'expulsion des fausses membranes. Quant à l'influence de la cautérisation seule, elle ne lui paraît pas suffisante pour expliquer la guérison d'une affection qui n'est pas toute dans la partie touchée par le caustique. Il faut donc, par exclusion, croire à la vertu curative du chlorate de potasse.

M. *Duparcque* croit aussi que les moyens locaux sont insuffisants. Il est nécessaire de recourir à l'emploi des agents généraux, les mercuriaux, par exemple ; il vante beaucoup, d'après les bons effets qu'il a eu occasion de constater, l'administration du calomel et de l'alun alternativement à doses fractionnées, ainsi que l'avait conseillé Miquel.

M. *Bouvier* persiste à croire, malgré l'opinion contraire de M. Costilhes, à la vertu curative de la cautérisation dans l'angine couenneuse. Il cite des guérisons obtenues à l'aide de ce moyen, pratiqué soit avec le nitrate d'argent, soit avec le fer chauffé modérément. Quant à l'action du chlorate de potasse, dont il ne veut pas d'ailleurs nier l'efficacité, M. Bouvier pense qu'on doit se tenir, sur ce point, dans une prudente réserve. Ce moyen n'est pas nouveau ; et s'il possédait véritablement les propriétés merveilleuses qu'on lui attribue aujourd'hui, il n'aurait probablement pas été abandonné. Il faut observer et ne pas se laisser aller à l'engouement.

M. *Baillarger* a vu le chlorate de potasse produire de bons résultats dans un cas d'angine couenneuse. Et à propos de la cautérisation, qu'on emploie si fréquemment dans ce genre de maladies,

il rappelle à la Société qu'il a fait confectionner un instrument particulier qui n'offre pas l'inconvénient et le danger du porte-nitrate ordinaire, de laisser quelquefois la pierre infernale tomber dans la gorge et déterminer des accidents plus ou moins graves.

M. *Camus*. J'ai l'habitude, pour cautériser la gorge, d'employer le moyen suivant, qui est à la fois simple, efficace et sans inconvénient. Ce moyen consiste à rouler autour d'un crayon à dessiner, par exemple, une bandelette de linge que l'on trempe dans l'eau, et avec laquelle on frotte ensuite le nitrate d'argent jusqu'à ce qu'une couche plus ou moins épaisse se soit produite à sa surface; puis, à l'aide de cet instrument, je détache la fausse membrane et je frotte les tissus jusqu'à saignement.

M. *Duparcque* se demande comment on cherche un procédé différent pour la cautérisation, lorsqu'on a à sa disposition le moyen conseillé par M. Bretonneau, dont la simplicité et l'efficacité sont incontestables.

La Société procède à l'élection d'un vice-président, d'un secrétaire, et d'un membre du conseil d'administration.

M. *Baillarger* est nommé vice-président pour l'année 1857;

M. *Richard* est nommé secrétaire;

M. *Cazeaux*, président sortant, est nommé membre du conseil d'administration.

La séance est levée à cinq heures.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 2 JANVIER 1857.

1° Suite de la lecture du mémoire de M. *Duparcque* sur l'hystérie.

2° Rapport de M. *Fauconneau-Dufresne* sur une thèse de M. *Géry* fils : *Du traitement de la chorée par le chloroforme.*

Société médicale allemande de Paris.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. MEDING.

Des excroissances papillaires de l'endocarde.

Dans ces dernières années, les travaux de M. Virchow ont puissamment contribué à élucider la question de la thrombose et de l'embolie. On sait qu'en général ce sont des particules détachées d'une valvule dégénérée ou d'une végétation de l'endocarde, qui donnent lieu à l'embolie. Les végétations de l'endocarde sont ou des concrétions fibrineuses non organisées, et qui probablement aussi ne sont pas susceptibles d'organisation, ou bien elles sont organisées et se proviennent exclusivement de cellules.

M. Lambl (de Prague) s'est principalement occupé de l'étude de ces excroissances, et la communication qu'il nous a faite n'est que le résumé d'un travail plus étendu qui doit paraître dans les *Archives d'anatomie pathologique et de physiologie* de M. Virchow. La figure suivante représente les excroissances papillaires trouvées sur les valvules aortiques d'un homme de soixante ans, mort d'hydropisie à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier, au mois d'octobre 1856. (Grossissement 140, Nachet.)

Les excroissances papillaires qui se développent sur les membranes muqueuses et sur les synoviales, ont en général une longueur de 5 à 6 millimètres; elles ne sont pas vasculaires et présentent un cylindre central formé de tissu conjonctif et entouré d'une couche de cellules.

Les excroissances papillaires de l'endocarde se développent de préférence sur le bord libre des valvules de l'aorte, à côté des nodules de Morgagni, quelquefois sur ces nodules eux-mêmes (*a*). Elles échappent facilement à l'observation, parce qu'elles sont étroitement serrées contre l'endocarde; on les aperçoit cependant à l'œil nu lorsqu'on examine les valvules sous l'eau. Ordinairement elles ont la forme d'une langue ou d'une massue (*b*); quelquefois elles se terminent en pointe (*c*) ou en pinceau. Lorsqu'on les examine à un grossissement élémentaire de 250 à 300 diamètres, on observe les particularités suivantes : la base du cylindre est constituée par du tissu conjonctif fibrillaire, qui est organisé et intimement uni au tissu conjonctif de la valvule; le cylindre est entouré d'une couche de tissu hyalin (*b*) et l'enveloppe de toute l'excroissance est formée par une couche de cellules à noyaux (*d*) tout à fait analogues aux cellules épithéliales de l'endocarde. Les prolongements papilliformes consistent en tissu conjonctif peu strié. Le sommet des excroissances est quelquefois coiffé d'amas de cellules sphériques (*f*) dont les caractères particuliers ne sont pas encore bien étudiés.

Avec le temps, les excroissances papillaires peuvent subir diverses modifications. Dans la plupart des cas il s'y forme des dépôts de matière pigmentaire; les globules de pigment s'agglomèrent suivant la disposition primitive des cellules, et communiquent à la végétation une couleur brune (*c*). Souvent aussi elles subissent la transformation calcaire plus ou moins complète. L'état de rigidité qui en résulte prédispose singulièrement à la formation de concrétions fibrineuses et à l'embolie. En dernier lieu, enfin, elles peuvent subir la dégénérescence colloïde. Dans ce cas aussi, des particules détachées et entraînées par le torrent sanguin peuvent donner lieu à des troubles dans la circulation capillaire.

Les études microscopiques que M. Lambl a faites sur ces excroissances, lui ont donné la conviction que le tissu conjonctif naît de cellules. Cette manière de voir n'exclut pas la théorie du clivage du blastème en tissu strié, telle qu'elle a été émise par MM. Gluge, Mandl et d'autres observateurs.

Les formations papillaires de l'endocarde n'étant pas vasculaires, leur nutrition se fait à distance et repose sur ce qu'on est convenu d'appeler l'autonomie de la cellule.

Sur une série de mille cœurs, M. Lambl en trouva cent dans lesquels les excroissances papillaires étaient bien développées; un plus grand nombre encore en présentait un commencement de développement, même dans des cas où il n'y avait aucune trace de ma-



a. Saillie de l'endocarde formée par des agglomérations de cellules.
b. Excroissances papillaires ramifiées; cylindre central formé de tissu fibreux, couche de tissu transparent, couche épithéliale.
c. Excroissance dont le cylindre central est opaque à cause d'un dépôt de pigment qui s'y est formé.
d. Couche de cellules à noyaux.
e. Sommets formés de tissu homogène.
f. Sommets coiffés d'amas de cellules nouvelles.

ladies antérieures qui auraient pu y prédisposer. Dans un cas d'inflammation de la rétine, M. Lambl trouva dans les vaisseaux de cet

organe des cellules analogues à celles des excroissances papillaires.

En général, ce n'est qu'à partir de l'âge de trente ans que ces formations se développent plus fréquemment, et dans la vieillesse elles s'associent aux altérations séniles des organes de la circulation. M. Lambl croit qu'elles ne sont pas un produit de l'inflammation : elles lui paraissent plutôt être l'expression d'une hyperplasie locale, c'est-à-dire d'une nutrition locale plus active.

Dr A. Martin.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Trois cas d'application heureuse de l'opération de Wutzer pour la cure radicale de la hernie inguinale réductible, par M. Vandin.

Ces trois cas ne font qu'attester l'efficacité d'une méthode opératoire que nos lecteurs connaissent déjà. Aussi nous suffira-t-il d'en rapporter les circonstances qui peuvent avoir quelque valeur au seul point de vue vraiment important, l'ancienneté de la hernie et celle de la date de la guérison. Sous ce dernier rapport les observations qu'on va lire ne nous paraissent pas suffisamment probantes.

Obs. — Un homme de quarante-deux ans consulta M. Vandin pour une hernie inguinale oblique, à gauche. Elle causait beaucoup d'incommodité. Comme il désirait vivement d'en être débarrassé, l'opération de Wutzer fut pratiquée le 12 mai. Le lambeau fut enfoncé, recouvert d'une couche de graisse, et avec tous les poils de la région. On fit traverser à l'aiguille le pilier interne de l'anneau inguinal extérieur, et elle ne fut retirée qu'après qu'on se fut bien assuré que les téguments adhéraient en ce point.

Le malade garda le lit huit jours ; la pression fut graduée selon le degré de souffrance qu'elle causait. Il ne survint aucun fâcheux symptôme. Le treizième jour, il ne gardait plus qu'un simple bandage en T, et avait repris ses habitudes précédentes. Au bout de vingt-huit jours, la toux ne faisait plus rien sortir.

Revu le 2 septembre, cet opéré est parfaitement bien, et veut qu'on répète l'application du même procédé du côté droit, où un commencement de hernie s'était manifesté avant l'opération, et quoique le prolapsus des viscères n'y soit maintenant rien moins que complet.

Obs. II. — Un ouvrier âgé de trente-six ans, affecté, depuis huit ans, d'une hernie inguinale à droite, n'avait porté de bandage qu'irrégulièrement. Il fut opéré le 5 janvier 1856. On retira l'instrument le neuvième jour. Il resta encore à l'hôpital six semaines, et garda un bandage tout ce temps. Il a été revu en juillet 1856. Il avait vendu son bandage aussitôt après sa sortie. Et cependant, soit en toussant de toutes ses forces, soit en sautant du haut de son comptoir, il ne put faire sortir la hernie.

Obs. III. — Un Américain, âgé de cinquante ans, avait une hernie inguinale oblique datant de deux ans. Il a été opéré le 1er avril 1856. L'instrument fut maintenu huit jours sans le moindre accident. On a revu cet homme au mois de juillet, guéri, et accomplissant, sans avoir besoin de porter de bandage, ses fatigantes occupations.

Dans les remarques qui suivent cette communication succincte, M. Vandin insiste sur la nécessité de déterminer l'adhérence des deux surfaces du lambeau, soit par le cautère actuel, soit par le chlorure de zinc. (*The Lancet*, 11 octobre 1856, p. 404.)

Cas remarquable d'hydrocèle, par M. J. Lister.

Quoique le liquide de l'hydrocèle remonte quelquefois jusqu'à l'anneau inguinal, il est rare de voir la poche qui le contient se prolonger au delà et jusque dans l'abdomen. Il est plus rare encore, dans de telles circonstances, qu'une hernie ne se soit pas formée à travers l'anneau inguinal ainsi dilaté.

C'est la réunion de ces phénomènes insolites qui donne à la présente observation son intérêt.

Obs. — Un homme, âgé de trente-cinq ans, vint mourir à l'infirmerie royale d'Édimbourg, le 1er janvier 1856. Il portait depuis plusieurs années, dans les bourses, une tumeur très volumineuse qui avait été prise pour une hernie et traitée par un bandage.

A l'*autopsie*, on reconnut que c'était une poche unique. Du côté droit, elle s'était bornée à refouler le testicule ; mais, à gauche, elle occupait le canal inguinal, et s'étendait, sous le péritoine, à toute la fosse iliaque correspondante, repoussant en avant la paroi antérieure de l'abdomen. Le liquide, ne remplissant pas entièrement les deux cavités, refluait sous la pression de l'une dans l'autre, de la portion abdominale dans la scrotale. Le liquide était brunâtre, avec de nombreuses parcelles de cholestérine, comme dans les vieilles hydrocèles. La membrane d'enveloppe n'était autre que la tunique vaginale. Il n'y avait pas de hernie. (*Edinburgh Medical Journal*, sept. 1856, p. 236.)

Sur l'amputation du pénis, par M. Gherini.

Le côté original de ce mémoire n'a trait qu'aux moyens de maintenir la section de l'urèthre béant, d'une manière permanente, après l'amputation de la verge. Earle, comme on le sait, a proposé, dans ce but, de fendre, l'amputation une fois terminée, la paroi inférieure de l'urèthre dans l'étendue d'un quart de pouce, et de maintenir ce degré de dilatation au moyen de corps placés à demeure, tels que l'éponge préparée.

M. Gherini adopte l'idée ; mais elle serait, d'après lui, suivie d'un succès plus certain, plus complet, si l'on en modifiait l'exécution. Au lieu d'une incision bornée à la paroi uréthrale, il veut qu'on pratique d'abord la section de la peau dans l'étendue d'un demi-pouce, celle de l'urèthre étant ensuite bornée à un quart de pouce.

Au lieu des corps dilatants ordinaires, M. Gherini introduit et laisse en place un petit bout de bougie de cire, dont l'extrémité, façonnée en forme de crochet, est placée par lui dans l'angle inférieur de la plaie, celui des bords duquel on a intérêt à empêcher la réunion.

Faut-il, après l'opération, réunir par la suture les téguments et la muqueuse ? M. Gherini le juge inutile, car, dit-il, les bords restent séparés pendant le travail de la cicatrisation, à cause du passage continuel de l'urine ; et, un peu plus tard, ils se réunissent spontanément entre eux, peau et muqueuse.

Sur ce dernier point, nous sommes d'un avis différent. L'urine ne nous semble rien moins que capable d'empêcher, à coup sûr, la réunion qu'on aurait opérée immédiatement, à l'aide de la suture, sur des tissus saignants. La manière hâtive dont se cicatrise le prépuce après l'opération du phimosis, au moyen des serres-fines, est une preuve de la possibilité, en pareil cas, de la réunion par première intention. Quant à l'inutilité de cette suture, elle n'est pas mieux démontrée ; car unir d'emblée la peau à la muqueuse, c'est encore le meilleur moyen de mettre obstacle à cette union intempestive du bord gauche avec le bord droit de l'incision uréthrale, union qui s'établit trop souvent en dépit des efforts du chirurgien, et malgré l'interposition des corps dilatants de toute espèce. (*Gazzetta medica-italiana, Lombardia*, 23 juin 1856, p. 233.)

Mémoire sur une nouvelle méthode de traitement de la blennorrhagie uréthrale, par M. Langlebert.

Il n'est ici question, pour le fond du traitement, que des injections caustiques (Carmichaël et Debeney) au nitrate d'argent. M. Langlebert a seulement modifié en deux points les règles instituées et généralement suivies pour l'exécution de cette méthode, qui eut jadis tant de faveur.

Premièrement, le degré de concentration de l'injection ne doit pas, selon M. Langlebert, être identique dans tous les cas. S'il s'agit d'une blennorrhagie très aiguë, avec écoulement abondant, épais, jaune verdâtre, on la fera avec 1 gramme du sel sur 30 grammes d'eau. Si la maladie est de moyenne intensité, ce sera avec 1 sur 20 ou 25. Enfin, si le mal est indolent et ne se manifeste que par un simple écoulement blanc ou jaunâtre, on la fait avec 1 sur 15.

Mêmes règles et même précision pour l'intervalle à mettre entre les injections. La deuxième doit être faite trois jours après la première ; la troisième quatre jours après la seconde ; les suivantes de cinq en cinq jours. Après la cinquième, la blennorrhagie est

ordinairement réduite à un faible suintement muqueux, qui disparaît peu à peu sous l'influence de quelques adjuvants. Mais, dans l'intervalle, entre les injections caustiques, il est bon de faire quatre à cinq fois par jour une injection avec 2 ou 3 décigrammes de sulfate de zinc sur 100 d'eau distillée.

Ces préceptes peuvent avoir leurs avantages; ils offrent, tout au moins, un champ favorable à la discussion. En voici un qui paraît plus difficile à comprendre.

M. Langlebert a imaginé une seringue dont la canule, de 5 à 6 centimètres de longueur, est terminée par un renflement olivaire, lequel est percé de trous creusés très obliquement, de manière que le liquide poussé par le piston revient forcément sur lui-même. C'est ce qu'il appelle les injections *récurrentes*.

On conçoit que, dans une blennorrhagie commençante, quand l'inflammation n'a pas eu le temps de dépasser de beaucoup en arrière la fosse naviculaire, l'instrument ainsi employé puisse suffire à injecter toute la portion malade du canal. Et cependant on a peine à se figurer que cette modification soit indispensable, puisque, pour limiter la sphère d'action du liquide injecté, il n'y a à prendre qu'une précaution bien simple : ne pousser dans le canal que le tiers ou la moitié du contenu de la seringue, au lieu d'en faire pénétrer la totalité. Certes les praticiens, qui savent quelle peine on a pour refouler l'injection dans les parties profondes de l'urèthre, s'étonneront qu'on ait imaginé un appareil spécial dans le but d'empêcher cette pénétration, si difficile à obtenir lorsqu'on la désire.

Mais voici plus encore. Inventeur d'un moyen propre à empêcher la pénétration du liquide, M. Langlebert a voulu étendre autant que possible son champ d'application. Au lieu de borner, ainsi qu'on aurait dû s'y attendre, l'efficacité de ces injections à la blennorrhagie naissante, il les préconise pour les plus anciennes, les plus profondes. « L'expérience, dit-il, me démontra bientôt que non-seulement les injections caustiques, ainsi limitées, guérissaient rapidement les blennorrhagies bornées à la partie antérieure du canal, mais encore la plupart de celles qui siégeaient dans les parties profondes jusqu'au col de la vessie, soit que, dans ce dernier cas, l'injection agît comme révulsif, soit que son effet substitutif s'étendît au delà des points touchés par le liquide. »

M. Langlebert nous semble tout à fait mal fondé dans sa manière d'établir ce théorème. Si l'expérience lui a réellement démontré un fait aussi étrange, il faut l'enregistrer, mais ne point en essayer l'explication. Croit-il, au contraire, à sa théorie de l'effet substitutif à distance? Alors je ne vois pas pourquoi on ne l'étendrait pas un peu plus encore au grand soulagement des malades, pourquoi on ne se contenterait pas, comme M. Buys l'a proposé dans ce même journal (voy. *Arch. belg. de médec. milit.*, 1852, p. 160), d'injecter seulement la fosse naviculaire, ainsi que ce médecin déclare l'avoir fait sept fois avec succès pour guérir la blennorrhagie!

Indépendamment de ces objections, que la raison suggère, que *notre expérience* à nous a confirmées, il en est une encore qui milite contre la généralisation de l'emploi de cette seringue. Ce n'est pas sans de vives douleurs, nous ont assuré plusieurs patients, qu'on peut s'en servir. Et cela se comprend aisément; car il s'agit de faire pénétrer à 6 centimètres une olive qui doit frotter fort rudement la surface qu'elle touche, puisqu'elle est assez volumineuse pour boucher exactement l'urèthre. (*Archives belges de médecine milit.*, juin 1856, p. 331.)

Considérations sur la pourriture d'hôpital, et sur son traitement par les applications topiques de teinture d'iode, par M. Surdun.

L'auteur raconte que, se trouvant à bord d'un bâtiment où beaucoup de blessés étaient entassés, sous l'influence combinée d'une température très chaude et de pansements forcément très espacés, il découvrit que la pourriture d'hôpital avait envahi bon nombre de ces plaies.

« En cherchant, dit-il, un flacon de nitrate acide de mercure, dont j'avais résolu de me servir faute d'autre chose, je mis la main sur un flacon de teinture d'iode. » Dès lors son plan fut modifié. C'est à ce dernier agent qu'il donna la préférence.

Après avoir lavé la plaie avec de l'eau légèrement chlorurée, il la badigeonna avec un pinceau trempé dans la teinture d'iode pure, insistant sur les points les plus ulcérés.

Sept militaires amputés, deux de la cuisse, cinq du bras, furent ainsi traités.

Les plaies des autres ne présentant pas d'indication aussi pressante furent lavées à l'eau chlorurée et pansées avec un cérat additionné d'acide nitrique : 20 grammes sur 60.

Les sept malades pansés à l'iode souffrirent beaucoup une partie de la nuit, ce qui força de leur donner 0,05 d'opium. Le lendemain ils avaient dormi, et leur moignon ne donnait ni odeur ni presque de douleur.

Il faut dire que les autres, non pansés à l'iode, étaient aussi dans un état satisfaisant.

Dans d'autres cas, M. Surdun a reconnu que lorsque la pourriture d'hôpital se présente sous la forme dite *pulpeuse*, il est bon d'appliquer d'abord un emplâtre vésicant pour détruire la fausse membrane qui recouvre la plaie. On panse ensuite avec la teinture d'iode.

L'auteur rapporte aussi un exemple fort intéressant de l'influence du charbon contre cette maladie. Une soute à charbon avait ses planches mal jointes, de sorte qu'en remuant le charbon il sortit par les fissures, pendant plusieurs heures, une quantité considérable de poussière qui rendit les malades établis à côté aussi noirs que des chauffeurs.

Or, la pourriture d'hôpital, qui jusque-là avait successivement atteint huit blessés sur ce bâtiment, n'en frappa plus désormais un seul; et, de plus, toutes les plaies qui en avaient été atteintes prirent dès lors une apparence favorable. (*Revue thérapeutique du Midi*, 30 août 1856, p. 435.)

Sur l'insomnie dans la syphilis chronique, par le professeur Sigmund.

Il ne s'agit point ici de l'insomnie qui est déterminée par les affections syphilitiques accompagnées de douleurs très vives, telles que les périostites, les ostéites. L'auteur a rencontré plusieurs fois dans sa pratique des individus qui, en l'absence de symptômes bien marqués dépendant d'une syphilis ancienne, étaient affectés d'une insomnie dont les retours présentaient quelque chose de périodique. C'étaient généralement des personnes de trente à cinquante ans, le plus souvent du sexe masculin. L'insomnie se montrait plusieurs années après la disparition des derniers accidents syphilitiques, dans un cas au bout de douze ans. Rien, dans les antécédents ni dans la constitution, ne pouvait expliquer l'apparition de cet accident singulier, qui résistait à tous les moyens mis en usage dans des circonstances semblables ; les narcotiques eux-mêmes semblaient, dans ces cas, agir avec moins d'efficacité. Les malades s'endormaient généralement à l'heure habituelle ; mais leur sommeil ne durait que peu de temps : après trois ou quatre heures, ils se réveillaient sans qu'aucune souffrance expliquât ce réveil, et restaient ensuite sans sommeil jusqu'au matin. Un changement dans les habitudes du malade ne provoquait aucune modification dans l'insomnie, ou ne faisait qu'abréger encore le sommeil.

Un examen attentif faisait découvrir, chez ces malades, des traces de syphilis passées inaperçues jusque-là : c'étaient des taches sur la peau, des nodosités, des squames, des engorgements ganglionnaires, des inflammations chroniques des amygdales, du voile du palais, du pharynx et du larynx, des douleurs musculaires ou articulaires intermittentes ; dans quelques cas il y avait un état d'anémie très prononcé.

Dans toutes ces circonstances, un nouveau traitement dirigé contre la syphilis, le plus souvent un traitement mercuriel, a procuré une guérison rapide de cette affection incommode, dont la persistance avait souvent amené des troubles nutritifs et, par suite, un état d'affaiblissement physique et moral très marqué. Un régime réconfortant, des bains et des lotions froides, un exercice convenable, ont empêché ensuite le retour du mal.

Il nous a semblé utile d'attirer l'attention des praticiens sur ce genre d'insomnie, qui pourrait devenir une source de souffrances pour le malade ainsi que d'embarras pour le médecin. (*Œsterreich. Zeitschr.*, n° 41.)

Sur la durée de l'inoculation de la syphilis,
par le professeur SIGMUND.

Les auteurs sont loin d'être parfaitement d'accord relativement à la classification des symptômes de la syphilis constitutionnelle. Les uns rangent parmi les accidents secondaires des manifestations que d'autres placent dans la catégorie des symptômes tertiaires, et dans le fait il existe, entre ces deux classes de manifestations de la syphilis, des transitions si insensibles, qu'une distinction rigoureuse devient impossible pour les observateurs. D'un autre côté, les renseignements fournis par les malades sur l'époque où se sont montrés les accidents primitifs, sont loin d'être dans tous les cas parfaitement exacts et rigoureux. Il est enfin certaines lésions qui, bien que se manifestant chez des sujets atteints de syphilis constitutionnelle, ne peuvent point cependant être considérés comme dépendant certainement de l'infection vérolique. Telles sont les affections de la rate et du foie, des reins, du thymus, des membranes séreuses, de la muqueuse stomacale, les affections tuberculeuses, scrofuleuses, etc.

Dans le tableau suivant, l'auteur n'a tenu compte que des cas où les formes des manifestations étaient nettement tranchées, et où il a pu avoir des renseignements positifs sur l'époque et le mode d'apparition des symptômes.

Sur 1741 malades qui se trouvaient dans ces conditions, M. Sigmund a observé les symptômes principaux suivants :

1. Affections du périoste, des os, des cartilages et du périchondre, 568, se répartissant ainsi :	
a. Inflammations du périoste ou du périchondre......	202
b. Inflammations des os ou des cartilages	87
c. Les deux espèces à la fois....................	132
d. Nécrose des os ou des cartilages...............	147
2. Affections papuleuses ou pustuleuses de la peau......	547
3. Syphilides squameuses..........................	292
4. Ulcères de la peau..............................	183
5. Perforation et perte de substance du voile du palais...	85
6. Tubercules dans le tissu conjonctif..............	19
7. Maladies des ongles.............................	27
8. Contracture des tendons.........................	20
Total......	1,741

Comme il serait impossible de rapporter pour chaque affection l'époque à laquelle elle s'est manifestée dans les cas particuliers, l'auteur donne, pour chaque groupe de maladies, trois chiffres indiquant l'un la période la plus courte, l'autre la période moyenne, le dernier, la période la plus longue qui a séparé cette manifestation des accidents primitifs.

	Mois.		Années.
1. Affection des os et des cartilages	3	24	11
a. Inflammations du périoste et du périchondre	3	15	11
b. Inflammation des os et des cartilages....	6	17	10
2. Affections papuleuses et pustuleuses de la peau.	6	11	7
3. Syphilides squameuses.................	9	16	13
4. Ulcères de la peau...........	17	22	20
5. Perforations et perte de substance du voile du palais..............................	21	32	19
6. Tubercules du tissu conjonctif...........	43	59	10
7. Maladies des ongles..................	37	48	22
8. Contractures des tendons..............	41	71	7

Ces tableaux, basés sur un très grand nombre d'observations, peuvent servir à établir l'ordre de succession des divers groupes d'accidents syphilitiques, et montrent quelles sont les époques où ces accidents sont le plus fréquents. Il faudra, pour cela, prendre les chiffres de la colonne du milieu, qui correspondent à peu près à l'époque où s'est montré le plus grand nombre des accidents de chaque catégorie. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 45).

Remarques sur l'emploi du mercure coulant,
par M. VOGLER (de Wiesbaden).

L'auteur préconise, après trente-six ans de pratique, l'emploi à hautes doses du *mercurius vivus* dans certaines affections du tube intestinal. Le cas qu'il rapporte n'est pas très favorable à sa manière de voir.

OBS. — C'est une femme âgée de soixante-deux ans, se plaignant depuis longtemps de troubles digestifs, accompagnés d'une chute de la matrice avec prolapsus. M. Vogler fut appelé le 16 avril. La patiente souffrait d'une constipation opiniâtre avec vomissements, soif intense, ventre ballonné, douloureux au toucher ; rien du côté de la matrice, dont le prolapsus restait le même.

A prendre toutes les heures, une cuillerée du mélange suivant : Infus. sennæ compos. avec de l'opium, et toutes les trois heures elect. de senn., 2 onces, et merc. viv. 4 onces, après avoir bien mêlé.

Le 17, même état ; ordonnance de 4 onces de mercure coulant. — Le 18, même ordonnance. — Le 19, pour la troisième fois, 4 onces de mercure avec 2 onces d'électuaire. — Le 22, évacuation abondante. — Le 25, la maladie s'aggrave de nouveau ; pour la quatrième fois, on ordonne 4 onces de mercure. — Mort le 26.

Autopsie. — Adhérence d'une anse intestinale avec le côlon. L'ovaire gauche était adhérent avec le gros intestin, qui était entraîné dans le petit bassin et rétréci en cet endroit, de plus érodé et perforé en deux endroits. La cavité abdominale ne contenait pas de mercure, il est vrai, mais on le retrouvait un peu plus haut que le rétrécissement, en quantité égale avec celle qui avait été prise. Le métal avait une apparence terne, et l'analyse chimique démontra que cette pellicule n'était pas de l'oxyde gris.

A côté de ce triste résultat, l'auteur énumère d'autres succès... semblables.

Il a perdu avec le même bonheur et la même médication un malade souffrant de l'iléus. Haffner (*Med. Zeitung*, n° 24) a eu le même résultat dans un cas de hernie étranglée.

Il en résulte que, dans les cas où l'intestin se trouve enflammé, on ne doit guère essayer de ce terrible remède. Si le mercure n'agissait que par son poids, et sans déterminer dans les parties qu'il touche des inflammations ulcératives, on pourrait en retirer de bons effets. Ainsi l'auteur parle de certains cas d'atonies intestinales, dans les constipations qui mettent la vie en danger, résistant aux divers médicaments, et cédant à l'emploi de l'hydrargyre. Seulement, lorsqu'on en a pris une livre, il survient une légère salivation et des accidents du côté des gencives.

M. Vogler a combattu avec succès une colique hémorrhoïdale accompagnée de violentes douleurs, par cette médication.

Le docteur Levy la conseille dans les cas d'*invaginatio descendens*, pour lesquels Ebert, Rolland, J. Frank et autres l'ont recommandé. Mais M. Vogler veut le voir employé et à hautes doses dans tous les cas de colique et de constipation opiniâtres.

M. Levy craint de voir le métal s'amasser dans le cul-de-sac cæcal, et là causer des déchirures et des péritonites mortelles.

M. Vogler lui objecte bon nombre de faits dans lesquels le mercure a été entièrement rendu, et cela rapidement.

Ficinus, qui l'avait recommandé dans le *volvulus*, raconte le fait suivant, pour montrer l'innocuité de ce médicament (1) :

Un malade, auquel il avait fait prendre 8 onces de mercure en deux prises, fut atteint, trois ans et demi après, d'une colique, et après une selle difficile, il rendit une boule grosse comme un pois, qui était du vif argent; pendant tout ce temps, il avait joui d'une santé parfaite, et régulièrement été à la garderobe. (*Allg. Medic. Centr. Zeit.* du 11 octobre 1856, p. 650.)

Enfin M. Vogler regarde le mercure vif comme le purgatif le plus sûr et le moins irritant, amenant des selles aisées et sans causer de coliques. Il le préfère à la rhubarbe et au séné, et le donne avec succès dans les coliques de plomb. Il avoue avoir dépassé la dose d'une livre. La seule objection qu'il trouve à faire à cet hé-

(1) Nous rappellerons que M. Mialhe (*Chimie appliquée à la physiologie*, etc. Paris, 1856, p. 396 et suiv.) regarde comme toxique le mercure vif qui séjourne dans le corps humain, parce qu'une partie se métamorphose en sublimé.

roïque moyen, c'est sa cherté. Elle ne devrait pas l'arrêter, puisque rien ne se perd et que les malades soigneux (et survivant à son emploi) pourraient le recueillir et s'en faire ainsi une provision pour l'avenir. (*Deutsche Klinik* du 25 octobre 1856, p. 442.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Influence des découvertes physiologiques récentes sur la pathologie et la thérapeutique des organes digestifs, par les docteurs X. Delore et A. Berne, anciens internes des hôpitaux de Lyon. Ouvrage couronné par la Société impériale de médecine de Lyon (médaille d'or). 1 vol. in-8 de 183 pages. Paris, Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 17.

Si nous plaçons haut dans notre estime les hommes dont le génie inventif institue des expériences qui conduisent à des découvertes utiles, nous tenons aussi en grande considération ceux qui colligent les faits et les théories éparses, les comparent, les jugent, et établissent ainsi avec impartialité le bilan de la science sur une question déterminée. Nous disons avec impartialité ; car s'il est très facile aux hommes honnêtes de ne point se laisser aller à ces petites passions qui faussent le jugement, il ne l'est pas autant de résister aux suggestions de l'amitié, à l'autorité du maître, à la fascination de la toge professorale, et, disons-le, à l'intérêt qu'on a toujours à penser comme ceux qui distribuent les récompenses. Dans l'opuscule dont nous allons rendre compte, MM. Delore et Berne ont su éviter ces écueils ; nous les en félicitons sincèrement.

L'ordre que suivront les auteurs est tout tracé par l'énoncé seul du titre qu'ils donnent à leur travail (*Influence des découvertes physiologiques et chimiques récentes sur la pathologie et la thérapeutique des organes digestifs*) : ils rechercheront d'abord quelles sont les découvertes réalisées, puis ils apprécieront la valeur réelle de ces découvertes.

Trois chapitres et un résumé composent l'ouvrage : le premier chapitre est intitulé : *Hygiène du tube digestif* ; — le second, *Physiologie et pathologie du tube digestif* ; *théorie de la digestion* ; le troisième, *Influence des découvertes modernes sur les maladies de la nutrition proprement dite.*

Dans le chapitre premier, où il est spécialement traité des aliments et de leur rôle dans l'économie vivante, les auteurs critiquent la division qu'on en a faite en *aliments plastiques* et en *aliments respiratoires*. Ils ne sauraient accorder que les premiers fussent exclusivement destinés à l'assimilation, les seconds à la calorification et à l'entretien du jeu des organes, sans jamais en réparer les pertes. La graisse, disent-ils, que tous les auteurs rangent parmi les aliments respiratoires, ne fait-elle pas partie du corps au même titre que les os et les muscles ? Est-il bien démontré que la chaleur animale résulte nécessairement de combustions qui s'opéreraient pendant l'acte de la nutrition ? Les expériences de M. Schönbein, les propriétés de l'oxygène ozoné, les découvertes récentes de M. Bernard déposent contre cette assertion. N'explique-t-on pas aujourd'hui les phénomènes d'assimilation par des catalyses combinantes, et ceux de désassimilation par des catalyses dédoublantes ? A cette classification purement théorique des aliments, les auteurs préfèrent celle qui, basée sur leur composition chimique, les divise en aliments azotés, gras et amylacés.

Le second article du chapitre premier est consacré à la conservation des aliments et à l'action spéciale que quelques-uns d'entre eux exercent sur l'économie. On y trouve une analyse succincte des recherches de M. Bocker sur le sucre, qu'il considère comme ralentissant la nutritrion, et de celles de M. Lehmann, qui démontrent que les substances grasses sont essentielles à l'entretien de la vie.

Dans le chapitre deuxième, après un exposé des diverses théories de la digestion, qui ont régné dans la science, les auteurs étudient successivement les phénomènes physiologiques ou morbides qui se passent dans la bouche et dans l'estomac, puis ils passent à l'étude du foie, de la rate, du pancréas, et enfin du tube intestinal. Le premier travail de M. Cl. Bernard sur les glandes salivaires est analysé avec soin. MM. Delore et Berne paraissent partager l'opinion de ce dernier physiologiste, qui pense que la grenouillette n'a pas son siége dans le canal de Wharton. Tout en accordant qu'il en est ainsi dans l'immense majorité des cas, nous pouvons affirmer cependant avoir disséqué une fois une de ces tumeurs qui n'était autre chose qu'une dilatation du conduit en question. On connaît les discussions qui se sont élevées entre MM. Bernard et Mialhe touchant l'action que la salive mixte exerce sur les féculents. Le premier soutenant que ce fluide ne joue dans la transformation des matières amylacées en sucre qu'un rôle tout à fait secondaire, le second prétendant, au contraire, que la salive exerce sur ce phénomène une influence puissante. Les auteurs rapportent des faits qui paraissent donner raison à M. Mialhe ; ils ont vu aussi que la salive provenant d'un malade atteint de ptyalisme mercuriel était moins active que celle fournie par un individu sain.

La partie physiologique de l'étude du suc gastrique nous a paru laisser à désirer. Ainsi, touchant la composition de ce fluide, MM. Delore et Berne n'ont point tenu compte des expériences faites récemment en Allemagne, et qui y ont démontré la présence de l'acide chlorhydrique ; il n'est pas question non plus de l'influence des nerfs sur la sécrétion, influence dont les applications à la pathologie sont, sans conteste, de très haute importance. Nous ne croyons pas qu'il soit exact de dire que le suc gastrique est sans action sur les alcalis végétaux ; la proposition n'est vraie que pour ceux qui sont insolubles dans les acides.

La transformation que les aliments subissent sous l'influence du liquide gastrique n'est peut-être point suffisamment discutée.

A l'occasion des perforations spontanées de l'estomac, les auteurs soulèvent une question fort intéressante : c'est celle de savoir comment se comporte le suc gastrique sur les ulcérations traumatiques ou autres de la poche stomacale. Arrivant à la pathologie de l'estomac, ils désignent sous le nom générique de dyspepsie tous les états morbides caractérisés par un trouble de la digestion. La dyspepsie peut tenir : 1° à un défaut de relation entre la quantité de l'aliment ingéré et le suc gastrique ; 2° à ce que le suc sécrété par l'estomac n'a pas les caractères normaux (c'est ce qu'ils appellent dyspepsie acide) ; 3° à l'absence de la sécrétion.

Dans le premier cas, il y a indigestion.

Dans le second, les matières alimentaires rencontrant, au lieu de suc gastrique franchement acide, un liquide spumeux, à réaction douteuse, entrent en fermentation, les substances végétales passent à l'état d'acide lactique, acétique, d'où résultent ces rapports aigres, ces régurgitations qui tourmentent le malade. La théorie indique l'emploi des eaux alcalines.

Dans le troisième cas, qui n'est, pour ainsi dire, que l'exagération du deuxième, les aliments ne sont point digérés ; ils entrent en putréfaction, et de là malaise, amaigrissement, dégagements d'acide sulfhydrique, etc. C'est en faisant connaître les moyens à employer pour remédier à ces accidents, que MM. Delore et Berne donnent une analyse critique des travaux de M. Lucien Corvisart, qui, comme on le sait, a proposé dans ces circonstances l'emploi d'un suc gastrique artificiel, ou de la pepsine.

Nous craignons que les auteurs n'aient mis un peu de sévérité dans leur appréciation. C'est le suc de l'individu lui-même qui est indispensable à l'accomplissement d'*une bonne digestion*, disent-ils. D'une *bonne* digestion, nous le voulons bien ; mais nous ne pensons pas que M. Corvisart ait la prétention de faire faire de *bonnes* digestions ; il se propose de faire digérer tant bien que mal, et c'est déjà quelque chose. Nous ne croyons pas qu'on puisse sérieusement opposer aux bons résultats annoncés par M. Corvisart, le cas dans lequel M. Chomel a donné sans succès à un malade dyspeptique des estomacs et des pancréas de pigeons. Nous ne voyons pas trop ce que pouvait faire ce mode d'alimentation ; il n'a évidemment rien de commun avec les prescriptions de l'auteur dont on combat la doctrine. Les faits qu'on doit à M. Andral, à M. Dechambre (*Gaz. hebdomadaire*, 1855), et à quelques autres, ont une valeur pratique qui est bien loin de contredire la théorie.

A propos de la physiologie du foie, les auteurs adoptent complétement la doctrine de M. Cl. Bernard; pour eux, comme pour le professeur du Collége de France, l'organe hépatique est destiné à faire du sucre au moyen des aliments albuminoïdes, à transformer en graisse le sucre provenant de l'élaboration des matières amylacées, enfin à rendre la fibrine plus parfaite. Tout en reconnaissant que M. Cl. Bernard a la gloire d'avoir démontré que, contrairement aux assertions d'hommes puissants dans la science, tout le sucre qu'on rencontre dans les animaux ne provient pas des aliments amylacés, nous croyons devoir faire nos réserves sur sa doctrine en général. Le travail que M. Chauveau vient de lire à l'Académie de médecine, et que beaucoup de personnes considèrent comme confirmatif de la théorie de M. Cl. Bernard, nous paraît y être *tout à fait* opposé. En effet, M. Cl. Bernard disait : Le sucre est formé dans le foie, il est brûlé dans le poumon, on n'en rencontre dans le sang de la circulation générale que dans des circonstances spéciales, il y disparaît en entier après quelques jours de diète. La commission de l'Institut a confirmé la plupart de ces assertions. Suivant M. Chauveau, le sucre *produit dans le foie* n'est pas brûlé dans le poumon ; on en rencontre *toujours* dans le sang de la circulation générale, même après huit jours et plus d'abstinence. Et, pour soutenir que le sucre est produit dans le foie, il se base sur ce fait, qu'il y a plus de ce produit dans le sang de la veine sus-hépatique que dans le sang de la veine porte ; or nous avons autrefois démontré que *ce seul fait* ne prouvait rien. S'il fallait faire connaître notre opinion sur cette question si grave, nous dirions que ce que nous avons lu, que ce que nous avons vu nous porte à croire que le sucre se produit *partout* dans l'économie ; qu'il est un état transitoire par lequel passent les matières alimentaires dans l'acte de la nutrition ; que si l'on en rencontre plus dans dans le foie qu'ailleurs, c'est que cet organe reçoit à lui seul tous les matériaux qui plus tard seront disséminés dans l'économie entière ; qu'il les reçoit, pour ainsi dire, de première main. En un mot, pour nous, il se forme du sucre dans le foie, mais *ce n'est point en vertu d'une fonction spéciale* qui serait dévolue à cette glande ; elle jouit de cette propriété au même titre que les muscles et toutes les autres parties de l'économie qui se nourrissent. L'espace qui nous est réservé ne nous permet pas d'exposer en détail notre manière de voir.

L'article sur la pathologie du foie, rapproché de celui où il est traité spécialement du diabète, est écrit avec un esprit pratique qui lui donne une grande importance. On y trouve brièvement exposée l'opinion de M. Jangot, qui attribue cette dernière affection *à l'abolition* de la fonction par laquelle l'organe hépatique transforme en graisse le sucre qui lui arrive de l'intestin.

Les travaux de M. Béclard et ceux de M. Beau sur la rate sont l'objet d'une saine critique.

Quant à la physiologie et à la pathologie du pancréas, les auteurs adoptent à peu près complétement les idées de M. Cl. Bernard, sans nier cependant l'importance des objections faites par M. Blondlot.

Le développement des gaz dans l'appareil digestif, les diverses colorations normales ou morbides des matières fécales, sont dans l'article VI l'objet de considérations déduites d'une juste appréciation des faits connus.

On consultera avec fruit la partie qui traite de l'action de quelques médicaments. On y trouvera exposées et critiquées les idées de M. Mialhe sur les purgatifs, et le travail de M. Lussana sur le sous-nitrate de bismuth, médicament que les auteurs considèrent comme n'ayant d'autre effet que d'absorber l'acide sulfhydrique dégagé dans l'intestin. C'est dans ce chapitre que nous lisons cette phrase : « La vieille hypothèse de la neutralisation du suc gastrique par un alcali est ruinée à tout jamais. » Qu'il nous soit permis de combattre cette assertion. Nous savons bien, car nous l'avons vu souvent, que l'introduction d'un alcali dans l'estomac d'un chien pourvu d'une fistule *augmente* la sécrétion du suc gastrique ; mais cela prouve-t-il que ce même alcali n'en neutralise pas une grande partie, et que par suite la proportion entre la pepsine, agent principal de la digestion, et l'acide, agent secondaire, ne se trouve pas changée ? Soit M une quantité de suc gastrique contenant P de pepsine et A d'acide ; supposons que, sous l'influence d'un alcali, M soit doublé, P sera aussi doublé, mais il n'en sera pas ainsi de A, dont une portion plus ou moins grande se combinera avec l'alcali. On voit par là que l'excitation de l'estomac par ce corps chimique déterminera la sécrétion d'un suc qui, en définitive, sera moins acide que celui qui résulterait, par exemple, de l'action du sucre.

C'est avec bonheur que, dans le résumé qui termine le travail dont nous venons de donner une analyse imparfaite, nous avons lu ces lignes : « On a prétendu à tort que l'on pouvait regarder la physiologie et la pathologie comme des domaines distincts où se passeraient des phénomènes de nature essentiellement différente. Que l'on se borne à dire que, dans l'application, il est encore une infinité de faits dont physiologiquement nous ne pouvons encore rendre compte, mais rien de plus. Et cela ne prouve qu'une chose : c'est qu'il est des points de physiologie jusqu'à ce jour ignorés, et que si nous considérons cette science comme la base de la médecine, il faudra que cette base soit complète pour que l'édifice puisse s'y reposer complétement. L'avenir semble là. » Pour nous, nous n'hésitons pas à dire : l'avenir est là.

Nous ne sommes pas aussi complétement de l'avis des auteurs quant aux limites qu'ils imposent aux applications des sciences physiques à l'étude des phénomènes de la vie. Sans doute, il faut marcher avec prudence dans cette voie ; mais il faut marcher. Devant les difficultés, le fou se désespère, le sage se résigne ; il ne faut faire ni comme le fou ni comme le sage, il faut *chercher*. L'élan est donné, il faut se laisser aller. Nous connaissons l'axiome : *Melius est sistere gradum quam progredi per tenebras*, mais nous sommes loin de l'adopter. En marchant dans les ténèbres, on court au moins la chance d'en sortir.

Malgré les légers dissentiments qui séparent nos opinions de celles de MM. Delore et Berne, hâtons-nous de dire que nous avons tiré de la lecture de leur mémoire un grand profit ; nous pensons qu'il en sera de même pour tous les médecins qui ne veulent pas être comptés parmi ceux que M. le professeur Bérard appelle spirituellement *les immobiles*.

Docteur MARTIN-MAGRON.

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — Octobre. Cas d'infection purulente et de résorption putride, par *Lunelongue*. — Épanchement pleurétique. — Empyème ; état du malade, dix-huit mois après l'opération, par *Laforgues*. — Clinique.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 19. Clinique chirurgicale (polype du pharynx lié et cautérisé ; hydarthrose du genou ; injection iodée ; cystite ; calcul vésical ; injection ; lithotritie), par *Bron*. Ulcération simple de l'estomac, sans gastrorrhagie ni vomissement, par *Gabian*. — Fièvres intermittentes de *Sancergues*, par *Macario*. — 20. *Idem*. — Grossesse extra-utérine ; gastrotomie par le caustique ; guérison, par *Martin*. — De l'onguent mercuriel, par *Mouchon*. — 21. Effets de l'eau appliquée extérieurement, par *Gillebert d'Hercourt*. — Uréthrotomie externe (suite), par *Reybard*. — Fièvres (suite), par *Macario*. — 22. Pathogénie des maladies chroniques au point de vue de la médecine thermale, par *Durand-Fardel*. — Asphyxie d'un nouveau-né ; retour à la vie après deux heures, par *Lavirotte*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 19. Effets opposés du chloroforme et de l'éther, par *Sirus Pirondi*. — Influence de l'élément intermittent sur la marche des maladies, par *Guyton*. — 20. Indications des émissions sanguines dans les maladies catarrhales fébriles, par *Aillaud*. — Injections iodées dans les kystes congénitaux du cou, par *J. Roux*. — 21. Spécificité et affections spécifiques, par *Jaumes*. — Loi d'appropriation comme base de thérapeutique, par *Du Chambon*. — Incision des gencives contre les accidents de première dentition, par *Mourgue*. — Deux cas heureux de pratique médicale, par *Liégey*. — 22. Valeur diagnostique de l'hémorrhagie auriculaire, par *Cade*. — Considérations et observations sur l'histoire des fluxions de poitrine, par *H. Guinier*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 10. Sur les dangers des frictions stibiées, par *Bamberger*. — Rapport sur l'asile de Stephansfeld, par *Dagonet*. — 11. Paraplégie guérie après sept ans de durée ; considérations sur Wildbad et les bains de mer, par *Weber*. — Sur l'état puerpéral, par *Stoltz*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — N° 10. Octobre. Traitement de la fistule lacrymale, par *Costes*. — Sur les corps étrangers introduits dans la vessie, par *Denucé*. — Novembre. Mêmes travaux (suite). — Muguet des enfants nouveau-nés ; par *Lebariller*. — Sur les sirops d'aconit, de belladone, de jusquiame, de ciguë, de digitale, de stramonium, par *Martin*.

UNION MÉDICALE DE LA GIRONDE. — Octobre. Hystérie grave guérie par les eaux de Bagnères-de-Bigorre, par *Bonnet de Malherbe*. — Clinique. — Novembre. Traitement des maladies diphthéritiques, par *Luchaze*. — Sur la fièvre puerpérale épidémique, par *Dubreuilh*. — Méthode amovo-inamovible; déchirure de l'anneau herniaire dans la hernie étranglée, par *Soulé*.

GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE. — N° 10. Sangsues filiformes dans certains cas notables de l'Algérie, par *Payne*. — Histoire médico-légale de l'expédition de Kabylie, par *Bertheraud*. — Eaux minérales (suite), par *Lelorrain*. — 11. Affections phlegmoneuses (suite), par *Douchez*. — Note sur un trocart, un scarificateur nasal et un moyen de tamponner les narines, par *Bertheraud*. — Eaux minérales (suite), par *Lelorrain*. — Égouts d'Alger, appareil de Demolins, par *Bertheraud*. — Découverte du gorille, périple du Carthaginois Hannon, par *Aucapitaine*. — Sur le laurier rose, par *Latour*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 21° livraison. Existence de lésions graves sur la tête des nouveau-nés à la suite de l'accouchement spontané, par *Lhermitte*. — Sur l'oxyure vermculaire, par *Marchand*. — 22° livraison. Influence du taxis infructueux sur le succès de la kélotomie, par *Camille Bernard*. — Quelques mots sur le traitement des hernies étranglées, par *C. Lauwers*.

ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE. — Septembre. Fièvres intermittentes et fièvres typhoïdes, par *Gouzée*. — Rapport médico-chirurgical sur la campagne d'un brick dans la mer du Nord, par *F. Durant*. — Fracture comminutive des doigts; amputation partielle de la main; guérison, par *Schoby*. — Deux cas de névralgie trifaciale, par *Gustin*. — Morve aiguë spontanée chez l'homme, par *Gustin*.

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE (Bruxelles). — Novembre. Affection vertigineuse chez une jeune fille et chez une jeune femme dans la même maison, par *Liégey*. — Fièvre intermittente liée à un rétrécissement de l'urèthre, par *Hamburtin*. — Anévrysme de l'aorte ascendante, par *Alvarenga*. — Clinique. — Décembre. Système médical du docteur Mandt, par *Wulz*. — Farcin chronique chez l'homme; guérison, par *Cazin*. — Hydarthrose du genou, injection iodée, par *Joly*. — Extraction des corps étrangers de la même articulation, par *le même*. — Moyen de faire cesser le hoquet, par *Ceysens*. — Présentation de l'épaule; complications; mort de l'enfant, par *le même*.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — N° 44. Arthrite blennorrhagique, par *Thiry*. — 45. Clinique. — (Les n°s 46, 47 et 48 manquent). — 49. Sur l'ozone, par le docteur *H.*

ANNALES DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE (Bruxelles). — Octobre. Variétés de la stomatite aphtheuse, par *Dessart*, *Bary*, *Jossart* et *Lecouturier*. — Analyses et revues.

THE LANCET. — N° 16. Manière de tenir le bistouri dans l'opération de la lithotomie, par *Liston*. — Influence de la chaleur artificielle sur l'atmosphère de Londres, par *W.-D. Chowne*. — 17. Moyen rapide contre l'asphyxie, par *Marshall Hall*. — Ankylose vraie des coudes; résection d'un côté, par *Holthouse*. — 18. Sur la spermatorrhée, par *M. Wilson*. — Maladies de l'enfance, par *Hewitt*. — 19. Sur la hernie fémorale étranglée, par *Birkett*. — Sur l'uréthroplastie, par *Thompson*. — Abcès du cerveau, par *Chaplin*. — 20. Faits contre la syphilis primaire, par *Behrend*. — Cas de craniotomie, par *Sheppard*. — 21. Hernie fémorale (suite). — Maladies des femmes au déclin de la vie, par *Tilt*. — 22. Traitement des rétrécissements de l'urèthre, par *Wakley*. — Maladies des femmes (suite). — Traitement du charbon, par *Higginbottom*. — Méthode prompte contre l'asphyxie, par *Legat*. — 23. Considération sur les égouts, par *Marshall Hall*. — Fièvre régnante dans une école d'orphelins, par *W. Budd*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N° 329. Pneumonie aiguë négligée pendant une semaine, par *A. Neale*. — Ablation d'hémorrhoïdes par l'écraseur, par *Waters*. — 330. — Influence du chloroforme sur le résultat des opérations, par *J. Arnott*. — Cas singulier d'obstétrique, par *F. Hobson Warren*. — Maladies produites par une haute température, par *C.-F. Moore*. — 331. Influence du chloroforme (suite). — Ulcère non syphilitique de la gorge, par *Coote*. — Mortalité après l'amputation pour blessures ou pour maladies, par *J.-H. James*. — 332. Diagnostic de l'anévrysme aortique, par *W. Fuller*. — Sur la trachéotomie pratiquée de bonne heure, par *G.-M. Jones*. — Mortalité de Londres dans l'été dernier, par *J.-J. Fox*. — 333. Diagnostic de l'anévrysme thoracique, par *H.-W. Fuller*. — Anatomie d'un avant-bras difforme, par *Priestley*. — Mélancolie dépendant d'une cause physique; ablation d'une tumeur par l'écraseur, par *Hood*. — 334. Statistique des maladies gastro-intestinales des militaires, des femmes et enfants dans l'Inde, par *C.-A. Gordon*. — Empoisonnement par un emplâtre de belladone appliqué sur la peau, par *W. Jenner*. — Cas d'obstruction intestinale, par *J. Long*. — 335. Statistique, etc. (suite), par *Gordon*. — Emploi de l'écraseur, par *H.-B. Macleod*. — Fracture du crâne; trépanation; guérison, par *W. Dale*. — 336. Cas de spina-bifida, par *de Chaumont*. — Sur le développement et le déclin de la menstruation, par *J. Allen*.

EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL. — Octobre. De la nécrose des scrofuleux, dans ses rapports avec la carie, par *J. Spence*. — Sur les statistiques médicales, par *W. Fraser*. — Clinique ophthalmologique, par *R. Hamilton* et *Benj. Bell*. — Clinique chirurgicale, par *M. Edwards*. — Communicabilité de la syphilis secondaire à la femme, par l'intermédiaire du fœtus, par *B. Balfour*. — Constitution des femmes; inflammation du tissu cellulaire de l'abdomen et du bassin, par *Ch. Bell*. — Novembre. Pathologie et traitement de l'anthrax contagieux, par *Laycock*. — Cas de néphralgie calculeuse; obstruction des uretères par des calculs: mort, par *Harvey*. — Durée de la grossesse, par *Matthews Duncan*. — Coup d'arme à feu ayant atteint l'orbite et le cerveau, par *Spence*. — De la saignée de la jugulaire dans l'asphyxie, par *John Strutthers*. — Action de l'atropine sur la pupille, par *Harley*. — Deux cas de tétanos idiopathique, dont un cas après avortement; remarques, par *Robert Annan*. — Cas de charbon, par *Gibson*. — Effets du charbon dans le choléra et la rougeole épidémiques.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N° 929. Origine et progrès de la médecine rationnelle, par *Aickin*. — 930 à 933 *manquent*. — 934. Sur les maladies urinaires, par *Kirby*.

CHARLESTON MEDICAL JOURNAL AND REVIEW. — 1856. Novembre. Sur la fièvre typhoïde (traitement), par *A. Dargan*. — Constitution de l'association médicale de la Caroline du sud. — Sur la fièvre jaune, par *H. Dickson*. — Divers cas de chirurgie, par *H. Toland*.

Livres nouveaux.

ANATOMIE GÉNÉRALE ET COMPARÉE, Développement et structure du système osseux, par le docteur *Charles Rouget*, grand in-8° de 72 pages avec 1 planche. Paris, Victor Masson. 2 fr. 50

DE L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA qui a régné dans le département de la Charente pendant l'année 1855, par le docteur *A. Chapelle*, in-8° de 103 pages. Paris, Victor Masson. 1 fr. 50

DE L'ARTHRITE DITE BLENNORRHAGIQUE, recherches sur cette affection, leçon, par le docteur *Thiry*, recueillie par *L. Buys*, in-8° de 48 pages. Bruxelles et Paris, Victor Masson. 1 fr. 50

DES MOUVEMENTS DANS LES ORGANES SEXUELS DES VÉGÉTAUX ET DANS LES PRODUITS DE CES ORGANES, par le docteur *H. Baillon*. — Thèse de concours pour l'agrégation, in-4° de 72 pages. Paris, Victor Masson. 2 fr.

DU LAIT. Thèse de concours pour l'agrégation, par le docteur *P.-O Réveil*, 1 vol. in-4° de 140 pages. 3 fr.

DE L'ÉTRANGLEMENT DES HERNIES ABDOMINALES, par le docteur *Paul Broca*, 2° édition, in-8° de 371 pages. Paris, Victor Masson. 5 fr.

TRAITÉ DE L'ANGINE GLANDULEUSE et observations sur l'action des Eaux-bonnes dans cette affection, précédés de considérations sur les diathèses, par le docteur *Noël Gueneau de Mussy*, in-8° de x-269 pages avec une planche. Paris, Victor Masson. 4 fr. 50

ÉTUDES SUR L'ÉTAT SPHÉROÏDAL DES CORPS, nouvelle branche de physique, par M. *P.-H. Boutigny* (d'Évreux). 3° édition, in-8° de XIII-352 pages. Paris, Victor Masson. 7 fr.

RECHERCHES SUR LES CAUSES ET LES INDICATIONS CURATIVES DES MALADIES NERVEUSES, par le docteur *O. Landry*, in-8° de 130 pages. Paris, Labé. 3 fr. 50

DIAGNOSTIK DER TUMOREN DES UTERUS AUSSERHALB DER SCHWANGERSCHAFT (Diagnostic des tumeurs de l'utérus en dehors de la grossesse), par *B. Breslau*, in-8°. Munich, chez Kaiser. 1 fr. 50

DIE ERNÆHRUNG DER ORGANISMEN BESONDERS DES MENSCHEN UND DER THIERE IM HUNGERNDEN ZUSTANDE (La nutrition des organismes particulièrement de l'homme et des animaux), par *C. Enzmann*, in-8°. Dresde, chez Meinhold Hohne. 4 fr.

LEHRBUCH DER GEBURTSHUELFE MIT EINSCHLUSS DER OPERATIVEN THERAPEUTIK (Traité d'obstétrique y compris la thérapeutique opérative), par *C.-R. Braun*. 1re partie, in-8°. Vienne, chez Braumüller. Prix de l'ouvrage complet. 18 fr.

CANSTATT'S JAHRESBERICHT UEBER DIE FORTSCHRITTE DER GESAMMTEN MEDICIN IN ALLEN LAENDERN, im Jahre 1855. 4° vol. Nosologie spéciale, in-4° de 553 pages. Würzburg, Stahel.

DELLA NECROSI DELLE OSSA MASCELLARI, par le docteur *Aug. Argentier* (d'Aost), in-8° de 43 pages, avec 1 pl. Turin, Biamardi.

Prix de l'abonnement annuel à la GAZETTE HEBDOMADAIRE *pour l'étranger, par la poste.*

Autriche, Bade, Bavière (jusqu'à la frontière)	24 fr.
Angleterre, Malte; Belgique; Grèce; Pays-Bas; Egypte, Syrie, Turquie	27
Bolivie, Californie, Chili, Pérou	36
Colonies, États-Unis du Nord, Australie, Brésil, Canada, Chine, Cuba, Mexique; Toscane	29
Duchés italiens; Suisse	25
Espagne, Prusse, Pologne, Russie; Saxe; Suède	28
États romains	34
Portugal	25
Sardaigne	26
Sicile	30

On peut s'abonner par l'entremise de tous les libraires de l'Étranger, ou en adressant directement un mandat sur Paris à la LIBRAIRIE VICTOR MASSON.

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la *Gazette hebdomadaire* expire le 31 décembre courant, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 10 janvier 1857, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 janvier prochain.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 9 JANVIER 1857. — N° 2.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 8 janvier 1857.

SUR LES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE.

Si, dans le faisceau des sciences médicales, il en est une qui ait fait des progrès incontestables depuis le commencement de ce siècle, c'est assurément l'anatomie pathologique. Telle qu'elle était constituée jusqu'à l'époque où elle fut modifiée par les recherches microscopiques et chimiques, c'est-à-dire se bornant à constater des changements dans la forme, les dimensions, le volume, la consistance, la couleur des organes, cette science n'exigeait qu'un examen peu approfondi et en général facile. Aussi cette partie, préliminaire pour ainsi dire, mais néanmoins très importante, de l'anatomie pathologique, a-t-elle été cultivée avec un grand soin et a-t-elle acquis rapidement, grâce à l'observation exacte des faits, un degré de perfection et de certitude qu'on serait heureux de retrouver dans toutes les branches de l'art de guérir. Il en a été tout autrement quand il s'est agi d'expliquer le mécanisme de tous ces changements, de se rendre compte des altérations de texture qui correspondent aux modifications de forme, de volume, etc., et de remonter aux causes, puisées dans l'étude des lois générales des corps vivants, qui engendrent ces altérations. Cette deuxième partie de l'étude des lésions morbides est encore dans son enfance; elle n'a été cultivée, jusque dans ces derniers temps, que par un petit nombre d'observateurs, et elle exigera des efforts puissants et soutenus pour arriver à la perfection qu'elle doit atteindre.

Il est cependant un organe pour lequel on dirait que tout est encore à faire au point de vue anatomo-pathologique, et dont l'étude, sous ce rapport, semble ne dater que d'hier, tellement la plupart des questions y sont encore et controversées. Nous voulons parler de l'urèthre. Ce n'est pas à dire, cependant, que les maladies de l'urèthre aient été négligées; trop souvent elles ont été le point de mire de la spéculation pour qu'on n'ait pas cherché au moins à élucider quelques-uns des

---

FEUILLETON.

Madère et son importance au point de vue médical (1).

Nous savons maintenant que la tuberculose est répandue sur toute l'étendue du globe; mais nous savons aussi qu'il existe certaines contrées où les tubercules pulmonaires sont rares, et dont le climat favorise la cure.

L'île de Madère me paraît, plus qu'aucun autre point du globe, offrir aux poitrinaires des chances de soulagement ou de guérison. Un séjour de plus de deux ans et demi que j'ai fait dans cette île m'a permis de recueillir de nombreuses observations sur l'excellence de son climat et sur l'influence bienfaisante qu'il exerce sur beaucoup de malades, et particulièrement sur les poitrinaires. Le but de ce travail est, en attirant l'attention de mes collègues sur Madère, d'être utile à ceux qui souffrent.

La première impression que Madère fit sur moi au moment où j'arrivai en vue de Funchal, sa capitale, fut si favorable, que je fus frappé de l'idée que cette île a été créée par la nature dans un but sanitaire.

Le malade trouve dans les jardins délicieux de Madère une tranquillité qu'il chercherait en vain au milieu du tumulte et de l'agitation des villes. On y jouit sans cesse d'un air doux et pur qui n'est altéré ni par la poussière ni par les miasmes. La température y est d'une égalité surprenante (elle est, en moyenne, de 18°,3 cent., s'élève au maximum jusqu'à 29°,4 cent., et ne descend jamais au-dessous de 9°,3 cent.).

Le malade peut y passer l'hiver sans ressentir les rigueurs de cette saison, sans avoir jamais besoin, fût-il très sensible au froid, de faire chauffer ses appartements. Dans le cas où il souffrirait de la chaleur à Funchal même, il lui suffirait, pour trouver une fraîcheur délicieuse, d'aller habiter une des nombreuses maisons de campagne parsemées sur le penchant des montagnes environnantes.

(1) Extrait du livre intitulé : *Madeira und seine Bedeutung als Heilungsort*, in-8°. Heidelberg, 1855; traduit par M. le docteur BÉGUIN (de Postdam).

problèmes qu'elles soulèvent. Mais si par là le traitement a fait des progrès, l'anatomie pathologique y a peu gagné. Le grand but, le seul qu'on poursuivait le plus souvent, a été de guérir, ou de trouver de nouveaux moyens de traitement, et, dans cette course au clocher, on s'est en général assez peu préoccupé de l'étude exacte des lésions, une fois le malade mort. Il faut bien le dire aussi, les maladies des voies urinaires étant en général devenues le partage de ce qu'on a appelé les spécialistes, on n'a pas toujours porté dans cette étude les connaissances, anatomiques et physiologiques qui ont été si utiles dans l'histoire morbide des autres organes. Ceci soit dit sans méconnaître d'heureuses exceptions.

On pourrait penser néanmoins que des discussions si vives et parfois si peu parlementaires auxquelles se sont livrés les uréthrologues, ont dû jaillir au moins des notions certaines sur quelques points circonscrits, faciles, en apparence, à vérifier, tels par exemple que le siége des rétrécissements de l'urèthre. Il n'en est rien. Ouvrez les traités classiques de chirurgie, comparez les mémoires écrits par les spécialistes : vous ne trouverez que des affirmations contradictoires. Pour les uns, le siége de prédilection des rétrécissements est dans la région membraneuse de l'urèthre, et cette opinion règne encore le plus généralement à notre époque ; pour les autres, il est dans la région spongieuse ou bulbeuse. La cause de ces divergences d'opinion n'est pas difficile à trouver ; elle réside tout entière dans cette circonstance, que la détermination du siége du mal, dans la plupart des cas, a été faite sur le vivant, d'après la longueur de la bougie qu'il fallait introduire dans le canal pour arriver au rétrécissement. Or, suivant qu'on accordait à la totalité de l'urèthre normal et à l'une ou l'autre de ses parties un centimètre de plus ou de moins, on plaçait la même coarctation dans la région spongieuse, bulbeuse ou membraneuse.

Ce n'est donc que par l'autopsie que la question pouvait être tranchée ; les observations de rétrécissement de l'urèthre avec inspection cadavérique ne font point défaut dans la science ; mais un grand nombre d'entre elles manquent des détails nécessaires pour convaincre le lecteur que le mal siégeait véritablement dans la région annoncée par le titre de l'observation. D'un autre côté, comme l'a fait remarquer M. Verneuil, un rétrécissement qui dure depuis un certain temps se complique souvent de lésions de l'urèthre siégeant en arrière de l'obstacle, d'où une nouvelle source d'erreurs.

Dans le but d'élucider certaines questions pendantes concernant l'anatomie pathologique des coarctations uréthrales, M. Prò a eu l'heureuse idée de visiter les musées de Londres, où sont déposées de nombreuses pièces pathologiques se rapportant à ces affections. Le résultat de ses recherches, qui a été consigné dans la thèse inaugurale de ce jeune médecin, est le suivant : Sur 123 rétrécissements de l'urèthre qu'il a pu observer, 20 se trouvent au commencement de la portion spongieuse, 17 à la partie moyenne de cette même portion, et 31 dans son dernier tiers ; 12 occupent la portion de l'urèthre qui correspond au bulbe, 10 sont à l'union de la portion spongieuse avec la portion membraneuse, 15 au commencement de la portion membraneuse ; 18 occupent toute cette dernière, et 1 seulement l'extrémité postérieure de la même portion. M. Prò n'a pas trouvé un seul cas de rétrécissement siégeant dans la région prostatique de l'urèthre.

Cette statistique, fondée sur un si grand nombre d'observations, semble bien propre à donner des notions certaines sur le siége des rétrécissements uréthraux. Mais il suffit de jeter un coup d'œil sur le travail de M. Prò pour se convaincre que ses observations sur les pièces des musées anglais ont été fort superficielles ; que le plus souvent, si ce n'est toujours, il lui a été impossible de s'assurer, par l'examen minutieux de la préparation, que le rétrécissement était tel que le désignait l'étiquette, et qu'ainsi M. Prò n'a fait que reproduire cette dernière, ne pouvant étudier la pièce qu'à travers le bocal qui la contenait.

Ces faits ne sauraient donc inspirer une grande confiance. M. A. Guérin, qui a eu l'occasion de disséquer un nombre assez considérable de rétrécissements, est arrivé à des résultats bien différents : il n'a jamais rencontré de rétrécissements de la portion membraneuse de l'urèthre : toujours ils avaient leur siége dans la portion spongieuse. Ces faits concordent parfaitement avec ceux que M. Verneuil a trouvés consignés dans les *Bulletins de la Société anatomique*, et qui, ayant été, pour la plupart, contrôlés et discutés publiquement, présentent une certaine garantie d'exactitude. Or, en réunissant toutes les observations réunies dans ce précieux recueil, M. Verneuil est arrivé au chiffre de 30 rétrécissements de l'urèthre, dont étaient porteurs 24 malades. Parmi ces rétrécissements, 15 siégeaient dans la région spongieuse, 7 affectaient la région bulbeuse, 4 existaient à l'union de la région bulbeuse et de la région membraneuse ; le siége des 4 derniers laisse des doutes dans l'esprit du lecteur. Si cette statistique démontre que les rétrécissements de la portion membraneuse de l'urèthre sont beaucoup plus rares qu'on ne l'avait pensé jusqu'à ce jour, elle n'autorise pas cependant

---

Le temps est presque toujours beau ; la pluie et le vent ne durent jamais plus de deux ou trois jours de suite, et ne forcent que très rarement le malade à rester chez lui. Pendant les trois hivers que j'ai passés à Madère, je n'ai noté que vingt-quatre jours où un mauvais temps décidé (pluie et vent) empêchât les malades délicats de sortir.

Le climat de Madère est maritime ; sa température est non-seulement d'une grande égalité, mais est moins élevée que celle de pays plus septentrionaux, comme l'Algérie, par exemple. La température moyenne d'Alger est de 21°,6 cent.

L'automne, époque de la grande affluence des étrangers, dure en général depuis la mi-septembre jusqu'au commencement de décembre. Dans ces trois mois, la température ne diffère que de quelques degrés de celle des mois d'été.

En décembre, les jours sereins alternent avec les jours pluvieux. La neige, après de courtes apparitions, ne devient permanente sur les hauts sommets qu'en janvier et février ; elle ne descend jamais plus bas qu'à 2,500 mètres au-dessus de la mer. Le thermomètre indique généralement, pendant ces mois d'hiver, de 15° à 15°,5 cent.

Au mois de mars, la température s'élève ; de temps en temps, il tombe un peu de pluie ; on voit encore quelques traces de neige sur les hauteurs. En avril, le temps est moins variable et la chaleur augmente. Le mois de mai forme la transition du printemps à l'été proprement dit. De légers nuages se forment au-dessus des montagnes ; mais s'ils ternissent un peu la pureté du ciel, ils ont l'avantage d'affaiblir l'intensité des rayons brûlants du soleil.

Juin, juillet et août se distinguent par une grande égalité de température. La chaleur, qui ne dépasse que rarement 23 degrés cent., fait émigrer les habitants de Funchal sur les hauteurs environnantes. La pluie est fort rare, et ce n'est qu'en septembre que la sécheresse disparaît peu à peu.

Voici quelques rapprochements qui feront mieux ressortir l'égalité de la température qui règne à Madère : Le maximum de température de Funchal est de 29°,4 cent., le minimum de 9°,3 cent. ; à Malaga, le thermomètre varie de 35, 36° à 6, 7° cent. ; à Palerme,

à conclure que la portion membraneuse n'est jamais rétrécie. Il serait à souhaiter que des autopsies bien faites, avec dissection minutieuse de l'urèthre, vinssent élucider définitivement cette question controversée.

MARC SÉE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA THYROÏDITE (*Goître aigu*) ET DU GOÎTRE ENFLAMMÉ (*Goître chronique enflammé*), par L.-J. BAUCHET, docteur en médecine, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Mémoire présenté à la Société de médecine du département de la Seine, le 25 juillet 1856.

Ce travail a pour but de combler une lacune dans nos livres classiques. Les auteurs qui ont écrit sur les maladies du corps thyroïde ont sans doute indiqué son inflammation; mais ils n'ont dit que quelques mots de cette affection. Les recherches bibliographiques donnent peu de documents, et, pour ne citer qu'un auteur moderne, M. Vidal consacre une demi-page à cette maladie.

D'après Sacchi, les accidents cérébraux ou pulmonaires sont fréquents dans cette affection; la résolution est aussi plus facile que dans les autres organes, à cause du grand nombre de veines qui l'entourent et entrent dans sa structure. Et cependant, quelques lignes plus loin, Sacchi ajoute que la terminaison ordinaire est l'induration et la suppuration. Il y a évidemment une contradiction entre ces deux assertions. La première me semble préférable à la seconde, ainsi qu'on le verra plus loin.

Suivant M. Cruveilhier, il se fait souvent dans l'intérieur de cet organe des épanchements sanguins qui peuvent se résorber ou devenir le point de départ de l'inflammation. La grande vascularité du corps thyroïde est aussi une cause fréquente de phlébite. M. Bach (de Strasbourg) a décrit, dans un mémoire publié dans les *Mémoires de l'Académie de médecine* (t. XIX, p. 346), la congestion du corps thyroïde; mais il ne dit pas un mot de son inflammation.

La thyroïdite, cependant, n'est pas une maladie rare, et il est peu de chirurgiens à qui il n'ait été donné de la rencontrer plusieurs fois. J'en ai vu plusieurs exemples dans le service de M. le professeur Velpeau, et M. Bourreau, interne aussi du savant professeur de la Charité, m'a communiqué plusieurs observations que j'ai réunies à celles que je possède et qui ont servi de base à ce mémoire.

Je pourrais, au lieu du mot thyroïdite, me servir, pour désigner cette maladie, du titre: *Goître aigu;* quelques mots sont nécessaires pour développer ma pensée. Les auteurs qui se sont occupés des affections du corps thyroïde les ont envisagées presque toujours isolément: les uns ont étudié les dégénérescences cancéreuses de cette glande et leur ont appliqué les noms de *tumeurs cancéreuses du corps thyroïde*, ou *goîtres cancéreux*, etc., les autres, *les kystes*. D'autres enfin, les hypertrophies, les indurations de cet organe, et ils se sont servis des expressions *goîtres liquides*, *goîtres solides*, *kystes*, *hypertrophie du corps thyroïde*, etc. Le corps thyroïde, comme les autres organes, présente des affections diverses: les unes sont inflammatoires, les autres kysteuses, d'autres hypertrophiques, d'autres cancéreuses, etc.; mais toutes ces maladies se rencontrent dans un même organe. Le corps thyroïde devrait être étudié dans ses diverses altérations, comme la mamelle, comme le testicule, etc. C'est pour avoir négligé un pareil travail qu'on a souvent employé les expressions les plus diverses pour désigner la même altération. Il serait bien temps qu'on fît pour cette glande ce qu'on a fait pour les autres organes. Or, le mot *goître* est une expression consacrée par le temps et par l'usage pour les maladies du corps thyroïde; pourquoi ne pas prendre cette expression et lui donner telle ou telle qualification, suivant qu'on étudie telle ou telle altération de la thyroïde?

J'avais écrit ces lignes, quand, il y a quelques jours, M. Velpeau, dans une leçon clinique, a professé les mêmes idées. Fort de cette autorité, je proposerai une classification conçue à peu près de la manière suivante:

Goître, pour désigner les maladies du corps thyroïde;
Goîtres aigus (thyroïdite);
Goîtres solides (hypertrophiques, cancéreux);
Goîtres liquides (séreux, hématiques, purulents, etc.).

Je n'ai pas en vue de traiter ici les diverses espèces de goîtres: cette classification serait modifiée, arrangée, si l'on se proposait de traiter du goître en général et de ses variétés. Je n'insisterai donc pas davantage sur cette idée, et je reviens à mon sujet de: Goître aigu (thyroïdite).

L'inflammation débute, dans le corps thyroïde comme dans beaucoup d'autres organes, dans la mamelle, par exemple. Tantôt elle envahit tout le corps thyroïde, tantôt un seul des

---

de 39° à 2° cent., et au Caire de 41° à 4° cent. Ajoutons encore que la différence entre le maximum et le minimum de la température atteint rarement dans le même jour 7° cent.

C'est un peu avant le lever du soleil que le thermomètre est le plus bas; il monte lentement jusque vers onze heures ou midi, pour retomber assez promptement sous l'influence rafraîchissante de la brise de mer.

Avec une température aussi agréable, le malade peut passer presque toute la journée en plein air, et respirer à pleins poumons l'air pur et fortifiant de la mer.

Le ciel est en général pur; j'ai compté, dans l'année 1853, 167 jours sans nuages, 110 où le ciel était plus ou moins couvert, et 88 jours plus ou moins pluvieux. Les nuits sont presque toujours superbes. Le brouillard n'atteint presque jamais Funchal, mais il descend souvent jusqu'à 1,000 pieds au-dessus de la mer.

Il va sans dire que le climat de Madère est humide, en raison de l'immense nappe d'eau dont cette île est entourée. L'air est le plus sec vers le milieu de la journée, et l'humidité augmente après le coucher du soleil.

Le vent du nord est celui qui prédomine à Madère, après lui le vent d'ouest, puis celui d'est, enfin celui du sud y est le plus rare. Funchal, entouré de montagnes de trois côtés, est complétement à l'abri des trois premiers de ces vents. Ce sont les vents locaux qui soufflent surtout sur la ville et ses environs: le vent de mer vient du S.-O., rarement du S.-E.; il commence à souffler vers neuf heures du matin, et tombe vers quatre heures de l'après-midi; le vent de terre vient du N.-E., s'élève vers huit heures du soir, et dure généralement jusqu'au lever du soleil. Ainsi, le soir et le matin, l'air est parfaitement tranquille.

Ces vents sont rarement violents, et, à part quelques rares exceptions, les malades n'en éprouvent aucun désagrément.

Je ne puis passer sous silence un vent particulier que les Portugais appellent *leste*, et qui vient de l'E.-S.-E. Quand il souffle, le ciel est sans nuages; son azur est comme voilé par une légère couche de vapeurs jaunâtres, et l'air devient plus

lobes de cette glande. De là des inflammations générales ou partielles. Chemin faisant, je dirai quelques mots de l'inflammation des goîtres préexistants, et aussi du goître suffocant. Je serai bref sur ces deux points, parce que les auteurs se sont bien plus spécialement occupés de ces maladies et les ont bien décrites; mais je m'appesantirai surtout sur l'inflammation qui débute spontanément dans la thyroïde, qui n'a jusqu'alors subi aucune altération. Quand on songe à la position, à la situation de cette glande, aux mouvements incessants dont elle est agitée, puisqu'elle suit les mouvements du larynx; aux nombreux vaisseaux qui la circonscrivent et la nourrissent, on peut s'étonner qu'elle ne soit pas plus fréquemment le siége d'une inflammation.

Avant d'aborder la description de la thyroïdite, je rapporterai les observations que j'ai pu recueillir ou qui m'ont été communiquées.

Obs. I. — Hôpital de la Charité. Service de M. Velpeau. Salle Sainte-Catherine, n° 16.

Thyroïdite aiguë. — Claire G..., âgée de trente ans, lingère, entrée le 7 janvier 1853, sortie le 29 du même mois. Cette femme, d'un tempérament sanguin très prononcé, est bien constituée; elle est nerveuse et impressionnable, et a eu plusieurs fois des crises nerveuses et des congestions sanguines, pour lesquelles on lui a fait des saignées assez fréquentes. Voilà pour ses maladies antérieures.

Il y a quatre ou cinq jours, sans cause appréciable, elle éprouve une douleur et une tension vives au côté gauche du cou, dans la région sous-hyoïdienne. Elle avait des accès d'étouffements très forts entre lesquels elle respirait difficilement, et en même temps un sentiment de strangulation pénible, et de la difficulté dans la déglutition. Puis des nausées, de l'inappétence, de la fièvre, et une soif ardente. Elle sentit se développer dans la région sous-hyoïdienne une tumeur qui grossit assez rapidement, puisque en trois ou quatre jours elle avait atteint le volume que nous lui voyons au moment où elle entre dans nos salles.

8 *janvier*. — Voici ce que l'on constate.

La malade est dans un état d'anxiété et de suffocation très prononcées; elle a le teint très coloré, parle difficilement, elle dit souffrir beaucoup de cet état, ainsi que de la grosseur qu'elle a au cou; cependant, comme elle est très nerveuse et exaltée, elle exagère ses souffrances.

On trouve à la base du cou, derrière et au-dessus de la clavicule gauche, une tumeur bien manifeste; la peau qui la recouvre est un peu tendue, sa surface, large de trois travers de doigts environ, est plate et irrégulière. On a de la peine à saisir les limites supérieures de la tumeur, qui sont vagues, mais ne dépassent pas la ligne médiane; quant aux limites inférieures, elles sont soustraites, en partie, à l'exploration par l'obstacle qu'oppose la clavicule, derrière laquelle se trouve et que dépasse en haut la tumeur.

Cependant, on parvient à la saisir entre les doigts, et l'on sent alors qu'elle est lisse, arrondie, placée derrière le sterno-mastoïdien, et de la grosseur d'un œuf environ. Elle est peu mobile, appliquée sur la trachée avec laquelle elle semble entièrement unie, très douloureuse au toucher; sa consistance est mollasse, un peu élastique, mais on ne perçoit aucune sensation de fluctuation. Dans les efforts de déglutition, la tumeur est soulevée, suit les mouvements d'ascension et de retrait du larynx et de la trachée. Si l'on applique les doigts sur la tumeur, pendant que l'on recommande à la malade d'avaler sa salive, on sent très bien ce mouvement.

Le pouls est ample et fréquent, les nausées et l'inappétence persistent (15 sangsues, cataplasmes).

10 *janvier*. — La suffocation a diminué, mais les nausées existent encore; le volume de la tumeur est un peu moindre (vésicatoire volant).

13 *janvier*. — (Onctions mercurielles.) Les symptômes perdent de leur intensité, mais la malade se plaint de la recrudescence de ses douleurs vers le soir. Elle avait déjà accusé le symptôme, lors de son entrée à l'hôpital.

20 *janvier*. — La tumeur a complétement disparu, l'état général est bon, la malade sort.

Obs. II. — Hôpital de la Charité. Service de M. Velpeau. Salle Sainte-Catherine, n° 8.

Thyroïdite aiguë. — Louise B.., âgée de trente-cinq ans, domestique, entrée le 18 janvier 1853, sortie le 5 mars 1853. Cette malade est d'une bonne constitution (peau brune, cheveux noirs); elle a ressenti, il y a une vingtaine de jours, une douleur vive au cou, et elle s'est aperçue, il y a quinze jours, que son cou grossissait du côté droit. Peu à peu, cette tumeur, bien limitée, augmenta de volume dans tous les sens, au point de comprimer la trachée et de rendre la respiration très difficile. Quand on touche cette tumeur, on s'aperçoit qu'elle est isolée, que les parties voisines ne sont pas gonflées; cette exploration est très douloureuse pour la malade qui a, du reste, un caractère très irritable, et paraît être dans une grande anxiété. Le lobe droit du corps thyroïde est gonflé, enflammé. La peau est tendue, luisante; la tumeur s'élève et s'abaisse dans les mouvements de déglutition; on voit très bien ces divers mouvements, et on les perçoit très bien aussi avec les doigts. On peut saisir la tumeur et la limiter, quoique difficilement, et en faisant souffrir la malade. La tumeur a le volume d'un gros œuf de poule. Par moments, suffocation, sifflement prononcé, dans les mouvements respiratoires. Fièvre, inappétence.

19 *janvier*. — (15 sangsues sur la tumeur). Cette évacuation sanguine n'amène pas de mieux sensible, et la malade éprouve toujours des accès de suffocation; il est ordonné, dès le lendemain, un large vésicatoire volant sur la tumeur.

---

chaud et plus sec; il ne s'élève, du reste, que fort rarement.

Il n'y a guère d'orages qu'en hiver, et à de rares intervalles. Il n'a grêlé qu'une fois pendant les deux ans et demi que j'y ai passés.

Voici le résultat des observations sur l'ozone faites l'hiver dernier: Le papier amido-ioduré se colora d'une manière prononcée toutes les fois que l'humidité de l'air était grande (d'après le psychromètre), tandis que, par un air sec, c'est à peine s'il se colorait légèrement, et que, pendant que le *leste* soufflait, il ne subissait aucun changement.

L'influence du climat de Madère sur diverses maladies est décidément des plus satisfaisantes; l'expérience est là pour le prouver. Nul doute que les médecins des pays septentrionaux n'y envoient en foule leurs malades, quand les brillants résultats obtenus jusqu'à ce jour seront plus connus. Il est cependant de la plus grande importance, avant de faire entreprendre à un malade un pareil voyage, de connaître non-seulement le genre de sa maladie, mais surtout le degré qu'elle a déjà atteint.

Le climat de Madère, qui appartient à la zone tempérée, tenant le milieu entre celui des pays chauds et celui des pays à la température moyenne, est tel que les malades n'auront point à craindre les désagréments qu'entraîne généralement l'acclimatation. (Je ne puis attribuer au changement du climat les légères diarrhées qu'on observe chez les malades au commencement de leur séjour, puisqu'elles ont leur source soit dans une faute de régime, soit dans une affection tuberculeuse déjà avancée du canal intestinal.)

On peut généralement conseiller le climat de Madère à tous les malades à qui il est nécessaire de respirer constamment un air frais et pur, et qui doivent craindre les brusques changements de température.

Entrons dans quelques détails sur les maladies auxquelles le climat de Madère offre le plus de chances de guérison.

Madère exerce une action aussi salutaire que la grande majorité des stations médicales du Midi de la France, de l'Italie, de l'Espagne et de l'Égypte, sur les malades atteints de scrofules, de rhumatisme, de goutte, de dérangements des voies digestives, etc.;

22 *janvier.* — L'anxiété est moins vive, la pression est moins douloureuse, la malade parle mieux, la glande thyroïde a un peu diminué de volume, et la respiration se fait plus facilement. Néanmoins, inappétence, insomnie et soif excessive.

24 *janvier.* — La malade se plaint de douleurs de ventre qu'elle attribue à une constipation; depuis dix jours, dit-elle, elle n'a pas été à la selle (25 grammes d'huile de ricin). Le vésicatoire suppure beaucoup. Douleurs lancinantes au sommet de la tumeur, que la malade compare à celles qu'occasionne un panaris.

26 *janvier.* — La malade a eu de la fièvre toute la nuit, avec frissons intenses; une sueur abondante couvre ses joues.

27 *janvier.* — La fièvre a duré toute la journée d'hier, et a augmenté le soir. Ce matin, elle se trouve mieux. Le cou est rouge, érysipélateux, les ganglions cervicaux sont engorgés (potion calmante).

Les symptômes s'aggravent vers le soir, et l'érysipèle se déclare avec violence; toute la poitrine et les épaules sont couvertes d'une plaque rouge caractéristique. La nuit, menaces de suffocation; l'interne de garde est appelé et ordonne une potion stibiée. La malade en prend deux cuillerées qui provoquent des vomissements fréquents et amènent un grand soulagement.

28 *janvier.* — La malade a repris ses forces et demande à manger; il ne lui est donné que deux pots de limonade et de l'eau de Seltz. La langue est blanche, pâteuse. La tumeur n'a pas changé d'aspect, quoique moins douloureuse, mais la peau qui recouvre les seins est rouge et tendue; la malade crie quand on la touche.

29 *janvier.* — Hier, durant toute la journée, la malade a eu la fièvre, n'a pas reposé la nuit, a beaucoup vomi; toute autre boisson que l'eau de Seltz lui donne des éructations. Ses règles ont paru avec abondance, elles ont avancé de quelques jours.

30 *janvier.* — La nuit a été mauvaise : rêvasseries continuelles, fièvre, agitation générale, les règles se sont arrêtées, la soif est ardente, la langue est chargée; ce matin, la malade est plus calme, elle se plaint de douleurs dans les mollets; l'érysipèle est remonté, a gagné la joue gauche. Des cataplasmes sont appliqués sur la tumeur, et des compresses imbibées d'eau de sureau étendues sur toute la poitrine.

31 *janvier.* — La journée d'hier n'a pas été aussi mauvaise; assoupissement, mais pas de fièvre; cependant la nuit a encore été agitée; rêvasseries; le matin, la malade est plus calme.

Toujours même traitement, eau de Seltz, cataplasmes et compresses de sureau.

1er *février.* — L'érysipèle a voyagé hier, il a gagné les hanches, puis les reins. La langue est sèche, elle a une teinte noirâtre. Toujours de la fièvre.

2 *février.* — Respiration embarrassée, un peu sifflante, face bouffie, oppression, abattement général, envie de vomir. Si l'on touche les joues, la malade crie, les paupières sont gonflées, tout annonce que l'érysipèle va se déclarer aussi de ce côté. Il a gagné les bras et descend jusqu'au coude, après avoir quitté la poitrine. Au milieu de tous ces phénomènes, la thyroïde reste dans le même état, quoique moins douloureuse à la pression.

3 *février.* — La malade est dans une prostration complète, elle ne peut plus parler, la peau des joues est rouge, luisante et tuméfiée, les yeux sont complétement fermés, la langue est noire, toute la tête est prise; même traitement.

4 *février.* — Pas de changement notable.

5 *février.* — Un peu d'amélioration, les yeux commencent à s'ouvrir, la malade répond aux questions qu'on lui adresse, la langue est toujours noire, très épaisse, la malade a vomi plusieurs fois pendant la nuit.

6 *février.* — La face reprend peu à peu son état naturel, les yeux sont bien ouverts; la céphalalgie, intense depuis quelques jours, a diminué; l'érysipèle gagne les extrémités; il a presque complétement abandonné le tronc. Il a gagné l'avant-bras jusqu'à l'articulation du poignet, les jambes sont prises; même régime.

7 *février.* — La face est dégagée, l'état général s'améliore.

8 *février.* — La fièvre a diminué, la langue est couverte de petites plaques blanches, la soif est toujours vive, la malade parle bien, elle est sortie de son abattement et commence à reprendre confiance. Les jambes sont encore douloureuses, il reste un peu de gonflement. La thyroïdite est revenue à son état normal. L'appétit manque toujours; eau de Seltz et limonade. Malgré le purgatif administré il y a quelques jours, on n'a point obtenu de garderobes, car la malade dit n'avoir pas été à la selle depuis son entrée à l'hôpital.

9 *février.* — Vomissements de bile assez abondants, apyrexie, soif excessive, l'appétit est revenu, la nuit a été bonne.

10 *février.* — La malade se trouve très bien portante et demande à manger. Elle prend des potages.

11 *février.* — La fièvre est revenue, la face est rouge, vomissements. douleurs de tête.

12 *février.* — Commencement de bronchite. L'érysipèle n'existe plus que sur les jambes; il existe un point douloureux, très rouge, auprès de l'articulation tibio-fémorale.

13 *février.* — Amélioration générale, la toux s'est arrêtée, les jambes sont toujours douloureuses. Même état pendant les jours suivants.

14 *février.* — (Huile de ricin 25 grammes). La malade se plain le lendemain de coliques sourdes, le ventre est gonflé. Enfin, le 21, des selles abondantes surviennent et soulagent complétement la malade qui entre en convalescence.

Il s'est formé, près de l'articulation dont j'ai parlé plus haut, un abcès assez volumineux. M. Velpeau pratique une incision, et il en sort du pus franchement phlegmoneux.

22 *février.* — Le 22, la malade se lève et mange une portion; l'érysipèle a complétement disparu, et la thyroïde guérie; plus de tuméfaction, ni de douleur à la pression, seulement un peu d'induration. La respiration est bien libre. L'amélioration persiste les jours suivants, et la malade sort guérie le 5 mars 1853.

---

mais elle est sans rivales pour l'influence bienfaisante de son climat plutôt humide que sec sur la presque totalité des maladies du larynx et de la poitrine où prédominent l'irritation et l'inflammation. C'est ainsi que j'ai observé une guérison rapide, ou du moins une sensible amélioration, chez les sujets atteints de laryngite franche, de bronchite chronique, de pneumonie chronique, d'invétérés épanchements dans le parenchyme des poumons et dans la plèvre.

Presque tous les malades qui séjournent à Madère sont des tuberculeux. Le climat de cette île exerce une influence salutaire, non-seulement sur les phénomènes pathologiques propres au poumon, mais encore sur la santé générale des malades. Le reproche qu'on lui fait de troubler la digestion et d'affaiblir le corps est, d'après mes observations, tout à fait mal fondé. Presque tous les malades, au contraire, fort peu de temps après leur arrivée, voient leur appétit s'améliorer et sentent revenir leurs forces. J'ai observé généralement une augmentation dans le poids de leur corps au bout de quelques mois de séjour. Une transpiration trop forte disparaît promptement au moyen d'ablutions fortifiantes d'eau de mer.

La plupart des tuberculeux qui se trouvaient à Madère pendant le séjour que j'y fis présentaient les signes pathologiques ou de cavernes, ou d'un ramollissement des tubercules. Une observation attentive et prolongée de ce genre de malades m'a montré que, sous l'influence du climat de Madère, le travail de ramollissement suit plus ou moins lentement son cours et se termine par la cicatrisation des cavernes et la disparition des crachats. J'ai vu des guérisons complètes de ce genre arriver au bout d'un ou deux ans. Les guérisons par ramollissement sont plus fréquentes que celles qui ont lieu par la transformation crétacée. On ne peut, du reste, déterminer la cause de ces deux moyens de guérison. Il est possible que l'évaporation plus on moins grande du sang dans les poumons suivant le degré d'humidité ou de sécheresse de l'air respiré influe sur les dépôts tuberculeux de manière à les mouiller ou les sécher, et à activer ainsi, soit leur ramollissement, soit leur *crétification*. Il va sans dire que les cas où l'infiltration tuberculeuse

Obs. III. — Hôpital de la Charité. Service de M. Velpeau. Salle Sainte-Catherine, n° 12.

Thyroïdite aiguë (M. Bourreau). — Jeune femme, âgée de vingt ans, domestique; entrée le 1er novembre, sortie le 12 novembre 1855. Cette jeune fille, d'une bonne constitution, d'une excellente santé habituelle, n'ayant jamais été malade, réglée très régulièrement depuis l'âge de treize ans, habite Paris depuis trois années, et y a toujours vécu dans de bonnes conditions hygiéniques. Elle est originaire d'un pays très salubre, où il n'y a point d'individus goîtreux. Les parents de la jeune fille sont encore très bien portants. Elle est la plus jeune de quatre sœurs qui ne portent, dit-elle, aucune tumeur au cou. Mais sa mère, à la suite de sa troisième couche, a vu se développer, au-devant de la trachée, une tumeur dont elle ne souffre nullement, peu volumineuse, et qui paraît être restée toujours parfaitement indolente.

La jeune fille est, depuis deux mois et demi, affectée de vers intestinaux. Elle a considérablement maigri; elle a très souvent des coliques et des douleurs dans les jambes; elle a gardé le lit jusque vers ces derniers quinze jours. Elle a repris alors, mais avec peine, ses occupations ordinaires.

Il y a trois jours, le 28 octobre, elle sentit un peu de tension avec gonflement à la partie antérieure du cou. Pas de rougeur à la peau, point de douleur à la pression.

La nuit suivante, elle fut prise en se réveillant d'un peu de dyspnée, et elle éprouva, du côté du cou, une douleur encore peu intense Le lendemain, frisson, céphalalgie siégeant dans toute la moitié gauche de la tête.

La malade est obligée de se remettre au lit. Le gonflement augmente, et avec lui la difficulté de respirer devient plus marquée. Les mouvements du cou sont en même temps rendus impossibles. Le 30 octobre, la malade va consulter un médecin qui lui prescrit des frictions mercurielles et des cataplasmes émollients. Elle suit cette ordonnance, et le lendemain elle entre à l'hôpital.

2 *novembre*. — Le gonflement a un peu diminué au dire de la malade, et voici ce que l'on constate. La face est pâle, un peu abattue. Quand la malade se tient assise sur le lit, elle peut pencher la tête en arrière, mais la flexion en avant détermine une douleur assez notable. On voit, à la partie antérieure du cou, une tumeur saillante occupant le corps thyroïde dont elle représente bien la forme. Tumeur développée sur toute la longueur du corps thyroïde, mais beaucoup plus développée dans le lobe gauche, où elle a presque le volume d'un petit œuf, que dans le lobe droit. La pression en est douloureuse, il n'y a pas de rougeur. La respiration est accélérée et gênée, la voix est assez notablement affaiblie (12 sangsues, cataplasmes émollients).

3 *novembre*. — Le lendemain, il y a une amélioration notable : la dyspnée a disparu, la tumeur est moins douloureuse, en même temps que son volume a diminué (frictions mercurielles).

5 *novembre*. — Large vésicatoire volant, puis frictions mercurielles. Sous l'influence de ce traitement la tumeur se résout, tous les accidents ont disparu, le gonflement et l'induration se dissipent, et la malade quitte l'hôpital complétement guérie le 12 novembre 1855.

2 *décembre* 1855. — Les accidents se sont de nouveau manifestés, et l'application de sangsues a été de nouveau nécessaire à deux fois différentes.

Obs. IV. — Hôpital de la Charité. Salle Sainte-Vierge, n° 29.

Thyroïdite à marche lente. — Suppuration. — Ouverture de l'abcès, sortie de pus mêlé de gaz. — Cataplasmes. — Injections iodées, etc. — Guérison. — Noyau d'induration. (M. Bourreau.) — Un homme, âgé de vingt-cinq ans, domestique, malade depuis deux mois, entré le 8 juin, sorti le 13 juillet 1855. — Cet homme, d'une bonne santé ordinaire, quoique d'une constitution d'apparence peu robuste, d'un tempérament lymphatique, se dit malade depuis deux mois.

L'affection a débuté par une petite grosseur, située au niveau du corps thyroïde, douloureuse au toucher, et qui a augmenté peu à peu. Point de violences extérieures, point d'efforts musculaires, point de douleurs permanentes dans la colonne cervicale, ni dans la clavicule, point d'hypertrophie ganglionnaire. Ses organes thoraciques sont sains. Lorsque la tumeur eut acquis un certain volume, elle commença à gêner les mouvements; le malade se soulageait en fléchissant le cou. La tumeur était spontanément le siége de douleurs pungitives, profondes. Depuis quelques jours, les symptômes allant toujours en augmentant, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

8 *juin*. — Aujourd'hui, on trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf, siégeant à la partie interne et antérieure du triangle sus-claviculaire gauche, en dehors du sterno-mastoïdien, sans limites bien précises, et paraissant se perdre sous les muscles de la région. En avant, on la suit jusqu'auprès de la ligne médiane; en dehors, elle se termine à trois travers de doigt environ du bord antérieur du trapèze. En haut, l'os hyoïde la circonscrit nettement; en bas, elle disparaît au niveau de la clavicule, sous laquelle elle semble se prolonger. La peau n'a pas changé de couleur, si ce n'est au sommet où elle est un peu rosée et chaude. Les parties molles environnantes sont le siége d'une tuméfaction. Quant à la consistance de la tumeur elle-même, elle est variable : dure en certains points, elle est manifestement fluctuante en d'autres. En la saisissant entre les doigts, il n'est pas possible de lui faire exécuter des mouvements étendus, mais pendant la déglutition, elle suit évidemment les mouvements ascensionnels de la trachée; elle proémine encore dans les fortes expirations; fluctuation. Les douleurs spontanées sont peu vives, mais la pression est très pénible.

M. Velpeau plonge un bistouri étroit dans le centre de la tumeur; aussitôt s'échappe du pus verdâtre bien lié, mêlé à des bulles de gaz en grande quantité. L'ouverture est agrandie et le stylet, porté dans la plaie, pénètre d'avant en arrière et de dehors en dedans

---

était très étendue et où les cavernes étaient nombreuses, de même que ceux qui présentaient les phénomènes d'une phthisie aiguë, se terminaient plus ou moins rapidement par la mort.

La mortalité est en rapport avec l'excellence du climat. Sur deux cents malades environ (la plupart tuberculeux) qui viennent chaque année à Madère, il n'en est mort, dans ces dernières années, que la dixième partie, résultat fort satisfaisant surtout si l'on considère que bien des malades arrivent dans l'île, sinon mourants, du moins dans les dernières périodes de la phthisie. Les phénomènes qui accompagnent la mort des tuberculeux y sont, comme ailleurs, ceux de la colliquation; cependant, il arrive fort souvent que les sujets s'éteignent dans un état fort supportable, sans avoir à souffrir ni de transpirations ni de diarrhées colliquatives.

Il y a donc certains tuberculeux à qui le climat de Madère, quelque excellent qu'il soit, ne peut apporter les soulagements qu'ils désirent. Le médecin ne doit pas exposer de pareils malades à un trajet aussi long, avec des chances de guérison presque nulles. A cette catégorie de cas appartiennent ceux où la maladie montre un caractère aigu très prononcé; ceux où l'infiltration a atteint une grande étendue, comme par exemple lorsqu'elle a envahi près de la moitié des poumons; ceux où la tuberculose est compliquée d'autres maladies graves, telles que la maladie de Bright; enfin, ceux où une trop grande faiblesse ne permet pas d'entreprendre un pareil voyage.

Je dois dire ici en passant qu'un voyage par mer est plutôt bienfaisant que pernicieux pour les tuberculeux. Je n'ai jamais observé chez eux d'accidents inquiétants pendant la traversée; j'ai vu, au contraire, dans plusieurs cas, des hémorrhagies des poumons disparaître complétement avec le mal de mer (ce qui rappelle l'action efficace des vomitifs dans les cas désespérés d'hémorrhagies des poumons) (1).

Les tubercules pulmonaires se développent aussi chez les habi-

(1) Ce passage vient à l'appui des remarques présentées l'an dernier sur ce sujet par la Gazette hebdomadaire (1856, p. 178).

à la profondeur de 1 pouce environ. (*Mèche entre les lèvres de la plaie, cataplasmes.*)

12 *juin.* — La suppuration continue, assez abondante. Par la pression, on sent le lobe gauche de la thyroïde, tuméfié, induré, bosselé. Cependant, la suppuration diminue de jour en jour par le resserrement du foyer, et le 30, il ne coule plus que de la sérosité.

Le 27, M. Velpeau avait prescrit des injections quotidiennes d'eau iodée dans le foyer. L'ouverture de l'abcès se resserre, elle est réduite à une simple fistule qui finit par se cicatriser.

Dès le premier *jour de juillet* l'écoulement a cessé, et le 13, jour de sortie du malade, il ne reste plus qu'un noyau d'induration gros comme une noix, complétement indolent, et occupant bien manifestement le corps thyroïde.

Je fais suivre cette observation de quelques lignes que j'ai recueillies à la clinique de M. Velpeau le jour de la sortie du malade, et qui achèveront de démontrer le siége de l'affection et les intéressantes particularités qu'elle a présentées. Il s'agit d'un jeune homme, bien portant habituellement, qui entre à l'hôpital pour se faire traiter d'une thyroïdite aiguë. Il existait dans le foyer purulent des gaz qui s'étaient développés spontanément au centre d'un phlegmon idiopathique du corps thyroïde. Ce foyer ne communiquait nullement avec les voies respiratoires, et datait de peu de temps.

D'où viennent ces gaz? Pas de gangrène, pas de communication avec le tube aérien ; faudrait-il rapprocher ce fait de ce qui se passe quand un abcès se développe, par exemple, près du rectum, sans avoir communication avec cet intestin?... Ce fait trouverait-il son explication dans cette loi, que, des abcès se développant au voisinage d'une cavité, il se forme souvent des gaz dans ce foyer, sans qu'il y ait communication directe entre la poche et la cavité?...

Ou bien, comme les fonctions du corps thyroïde sont peu connues, y aurait-il quelque conduit entre le larynx et la thyroïde, ainsi que quelques auteurs l'ont prétendu, et ce fait pathologique viendrait-il à l'appui de cette supposition?... Cette hypothèse me paraît moins admissible que la précédente. Toujours est-il que c'est une observation fort intéressante et bien singulière. Je rapprocherai de ces faits l'observation suivante recueillie par moi dans le service de M. Velpeau.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III.

REVUE CLINIQUE.

CAS DE PEAU BRONZÉE (MALADIE D'ADDISON), par le docteur C. METTENHEIMER (de Francfort-sur-le-Mein.)

L'observation qui va suivre, due à M. Mettenheimer, et tirée de DEUTSCHE KLINIK; **elle est surtout intéressante en ce que, recueillie avant l'époque où M. Addison publia ses recherches, elle se présente dégagée des préoccupations qu'a pu amener plus tard l'attrait de la nouveauté. Et la coloration de la peau était si particulière, si différente notamment de ce qu'elle est dans la cachexie cancéreuse ; la débilité avait été si profonde et si singulière, que M. Mettenheimer en fut frappé, se disant, néanmoins, qu'un tel ensemble symptomatologique ne ressemblait pas aux effets habituels des désordres trouvés dans les poumons, dans le cœur, dans le foie, dans la rate. Aujourd'hui, M. Mettenheimer n'hésite pas à regarder ce cas comme un exemple de la maladie dite *d'Addison*. A. D.**

OBS. — Le 28 août 1853, je fus invité par M. Emden à faire l'autopsie d'un homme de quarante-sept ans, mort la veille, et dont la maladie avait présenté des particularités curieuses. Le docteur Vinnaça, qui avait soigné le défunt avec M. Emden, le docteur Schölles et M. Wild, interne, voulurent bien m'assister. Voici l'histoire de la maladie telle que ces messieurs me la communiquèrent.

L'affection durait depuis plusieurs années. Les principaux symptômes étaient un grand abattement, un manque total d'appétit, une constipation opiniâtre, une *coloration gris-brun* de la peau, et une douleur continuelle dans la région rénale qui empêchait le malade de marcher. Les bruits et battements de cœur étaient très faibles, les forces du malade diminuèrent au point que dans les derniers temps de sa vie il ne put plus quitter le lit. L'urine excrétée était peu considérable ; elle était trouble et sentait fortement l'ammoniaque. Le malade tomba dans un état comateux et mourut bientôt. La coloration particulière de la peau, que les médecins comparaient à celle qui est produite par l'usage prolongé du nitrate d'argent à l'intérieur, avait spécialement attiré leur attention. On la remarquait encore sur le cadavre, surtout au visage et aux mains, où elle était caractéristique. Dans le résumé de l'autopsie, que je fis alors, je la désignai sous le nom de brun de mulâtre, avec des teintes noirâtres semblables à la fumée ou au gris-noir métallique. Je ne la désignai pas sous le nom de couleur bronzée, mais autant que je puis me le rappeler, cette dénomination lui convenait parfaitement.

Autopsie. — *Cavité thoracique.* — Adhérences de tout le pourtour du poumon gauche avec les plèvres : quelques indurations (de nature tuberculeuse ou carcinomateuse?) se trouvaient dans le lobe inférieur. Tissu pulmonaire ramolli, riche en pigment noir. Le cœur est petit, ramolli, pâle. Dans le ventricule droit se trouve un caillot fibrineux considérable et mou. L'artère coronaire est ossifiée, ainsi que toutes ses branches ; quelques-unes de ces dernières sont oblitérées. Les muscles du cœur subissent un commencement de dégénérescence graisseuse ; les molécules graisseuses, d'un jaune sombre, sont disposées en rangées serrées dans l'axe du

---

tants de Madère ; la maladie marche chez eux aussi lentement que chez les étrangers, fait qui mérite d'être cité, puisqu'il est l'opposé de ce qui se passe dans les pays plus chauds, comme le Brésil, l'Égypte, etc. La maladie attaque ici presque exclusivement ou les pauvres dont la misère est indescriptible, ou les riches à la suite d'excès de tout genre. Du reste, la tuberculose est moins fréquente à Madère que partout ailleurs. L'autopsie montre très rarement des dépôts de tubercules dans le cerveau, signe pathologique très fréquent dans les pays plus chauds.

Ainsi le climat de Madère convient surtout à ceux des tuberculeux chez lesquels la maladie présente le caractère de la congestion et penche à l'inflammation. Tous ceux chez qui l'infiltration ne sera pas trop avancée, chez qui les cavernes ne seront ni trop grandes ni trop nombreuses, chez qui la fièvre ne sera pas trop forte, pourront espérer d'y trouver leur guérison.

Mais pour arrêter les progrès de sa maladie, pour l'anéantir complétement, un seul hiver passé à Madère n'est pas suffisant ; un séjour d'une année ou deux n'est certes pas trop long. Aussi conseillerai-je aux malades de rester au moins une année dans l'île ; ils feront bien de demeurer en hiver à Funchal ou dans ses environs, et de passer l'été soit sur les montagnes, soit dans le nord de l'île.

On loge à Funchal dans des hôtels ou restaurants (*hospedarias, boarding houses*) où l'on s'abonne soit à tant par jour, soit au mois, soit pour toute une saison La plupart de ces hôtelleries sont tenues par des Anglais ou par des Portugais. L'étranger y est agréablement frappé de la grande propreté et de la régularité du service ; leur disposition intérieure, en général très simple, est fort convenable ; la nourriture aussi y est simple, mais fort bonne, fortifiante, et plus qu'abondante. Le prix du logement et de la nourriture varie pour un mois de 30 à 50 patakas (170 à 250 fr.). Toute monnaie d'argent espagnole, anglaise et du Nord de l'Amérique a cours à Madère ; je conseille aux étrangers de se munir seulement d'or anglais ou de l'Amérique du Nord.

On peut se loger, en outre, dans de charmantes maisons de campagne entourées de délicieux jardins, qui sont semées à l'en-

faisceau musculaire primitif. Dans les oreillettes, dépôts assez importants, formant des ponts, ressemblant à des tendons, et semblant être le produit d'une endocardite ancienne; la moitié de la valvule bicuspide est épaissie; on voit de petits dépôts athéromateux autour des valvules aortiques; la membrane interne de l'aorte et de l'artère pulmonaire est saine du reste.

Cavité abdominale. — Foie plus volumineux que d'habitude et ayant subi la dégénérescence qui fait ressembler sa coupe à celle d'une noix muscade. Au fond de la vésicule biliaire, remplie d'une bile jaune-verdâtre, se trouvent quelques calculs biliaires. La rate est augmentée de volume, ramollie et ressemblant à de la bouillie. La pulpe est rouge-cerise, comme dans le typhus.

Les deux reins hypérémiés sont très volumineux : le microscope y fait reconnaître les désordres du premier degré de la maladie de Bright. Entre le sommet du rein droit et la base du foie, on remarque une tumeur cancéreuse de la dimension du poing d'un enfant; à gauche, au même endroit, au-dessus du rein, on en remarque une pareille. Cette dernière présentait à l'intérieur plusieurs points verts ramollis, formés par des gouttelettes de graisse libres ou agglomérées les unes avec les autres, et des cristaux de cholestérine. Le tissu lui-même est formé par des noyaux libres et par des cellules en fuseau. La tumeur du côté droit donnait à la pression une substance lactescente composée de cellules petites, à granulation fine. On ne trouvait aucune trace des capsules surrénales. La vessie était hypertrophiée et la muqueuse enflammée en divers points. Le tube intestinal ne présentait rien d'anormal.

IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Traitement des kystes de l'ovaire; mode d'action de la teinture d'iode.

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez bien voulu insérer, dans votre journal, une observation prise dans mon service, à l'hôpital de la Charité, et relative à un kyste ovarien traité pendant un mois par les injections iodées. A l'examen anatomique de cette poche, on avait trouvé des fausses membranes, dures comme des lames de cuir, tapissant toute l'étendue de sa face interne. Ce fait, que M. Robert, de l'hôpital Beaujon, a rappelé à l'Académie de médecine dans une de ses dernières séances, a été accueilli par quelques personnes avec peu de faveur; ces personnes ont cru y voir, à raison des opinions qu'elles se sont faites sur l'action de l'iode, une chose impossible.

Quant au fait lui-même, c'est la seconde fois qu'il se présente à mon observation. D'ailleurs, les pièces anatomiques ont successivement passé sous les yeux des personnes les plus compétentes en pareille matière, lesquelles n'ont pas émis le moindre doute sur la nature de l'altération. Ce fait est donc hors de toute contestation.

Il faut alors que le scepticisme de ces personnes porte sur l'interprétation qui en a été donnée, laquelle consiste à admettre que l'iode a exercé une action spéciale sur des fausses membranes dont l'irritation causée par le contact de l'air ou des liquides excitants aurait provoqué la formation, ou bien à supposer que l'iode aurait coagulé les liquides séreux à mesure qu'ils se seraient exhalés à la face interne du kyste.

Voici des expériences propres à édifier la conscience timorée de ces personnes et à éclairer le lecteur.

1° Si, pour imiter autant que possible les pseudo-membranes, on fait légèrement coaguler en nappe du sérum très pur de sang tiré à des malades apyrétiques, et si l'on place ce coagulum, très mou, dans la teinture d'iode avec laquelle se font les injections, au bout de vingt-quatre heures, ce coagulum s'endurcit et prend la consistance du caoutchouc. Si on laisse ensuite ce coagulum durci au contact de l'air, comme cela ne peut pas manquer d'avoir lieu dans les grands kystes traités par les injections répétées, il devient dur comme une lame de cuir. Or, c'est exactement sous cet aspect que se sont présentées les fausses membranes qui tapissaient la face interne du kyste en question.

2° Si, ne faisant plus coaguler le sérum, on le met tout simplement en contact avec partie égale de teinture d'iode, à l'instant même la liqueur se prend en masse, et, au bout de vingt-quatre heures, on trouve un dépôt solide, grenu, grisâtre, ayant la consistance de la fibrine du sang, non homogène, et formant les deux tiers de la masse. Au bout de quelques jours, la teinture d'iode qui surnage est complétement décolorée. Cette masse de coagulum est identique avec ce qui a été trouvé dans l'observation sus-indiquée, remplissant le tiers inférieur du kyste. Pour peu qu'on réfléchisse sur ce qu'est la teinture d'iode, c'est-à-dire un composé de 88 parties d'alcool et de 12 d'iode, la coagulation du sérum du sang ne paraîtra pas extraordinaire, vu la propriété qu'a l'alcool de solidifier l'albumine. Il fallait donc déterminer si cette coagulation était due à l'alcool ou à l'iode. Or, la question se trouve nettement résolue par les expériences suivantes.

3° Si l'on met de l'alcool analogue à celui qui entre dans la teinture d'iode en contact avec le sérum du sang, il se fait à l'instant un trouble, la liqueur devient blanche et prend la consistance et l'apparence d'un lait très clair. Au bout de quarante-huit heures, il ne se fait pas sensiblement de dépôt. Ainsi, l'alcool de la teinture iodée n'est pas l'agent principal de la coagulation opérée par cette teinture. Cette coagulation est due à autre chose, et cette autre chose c'est l'iode, ainsi que le constate l'expérience qui suit.

4° Si l'on met une solution d'iode dans laquelle l'eau remplace l'alcool et se trouve dans les mêmes proportions (88 d'eau et 12 d'iode) plus 1 ou 2 d'iodure de potassium; si, dis-je, on met cett

---

tour de Funchal, à une très petite distance de cette ville. Elles sont ou non meublées, ou déjà pourvues de tout ce qui est nécessaire à la vie, en joignant l'élégance au confortable. On en trouve de toute grandeur, aussi bien pour deux ou trois personnes que pour toute une famille. Les étrangers qui se logent dans ces villas font venir leur nourriture d'un hôtel ou prennent un cuisinier à leur service; cette manière de vivre est infiniment plus agréable et plus économique pour une famille.

Ce qui rend le séjour de Madère un peu cher, c'est le prix élevé des moyens de transport nécessaires à un malade. Les chemins étant, en général, fort rapides, le malade est forcé, pour se rendre d'un endroit à un autre, d'aller à cheval, ou en voiture, ou en chaise à porteurs. Il résulte de tout cela qu'un séjour d'un mois à Madère revient, tout compris, pour une famille de deux à trois personnes, à 120 ou 160 patakas (640 à 860 fr.). La dépense est beaucoup moindre si on loue une simple maison de campagne, et lorsqu'on a appris à connaître les sources d'approvisionnement à bon marché.

On fera bien d'entreprendre le voyage de Madère en été ou au commencement de l'automne; on évitera de cette manière les tempêtes de l'équinoxe, qui ont lieu vers la fin de septembre ou au commencement d'octobre; le malade arrivera à sa destination avant les pluies d'automne, et pourra plus facilement choisir un logement à sa convenance, le nombre des étrangers étant, à cette époque, encore peu considérable.

Il y a deux moyens de se rendre à Madère depuis l'Europe, soit par l'Angleterre, soit par Cadix en traversant la Méditerranée. La première de ces routes est préférable à la seconde et est la plus fréquentée; on peut s'embarquer à Southampton sur un des grands bateaux à vapeur brésiliens qui partent chaque mois pour Rio-Janeiro et qui touchent à Lisbonne et à Madère. Le prix de la traversée est de 22 ou 30 livres sterling (550 à 750 fr.).

Si les malades ne trouvent pas des distractions assez variées dans les pittoresques et nombreux sites de Madère, ils pourront, en été, faire un voyage en Portugal, ou dans la Méditerranée, ou dans les îles Canaries.

solution en contact avec du sérum, à la température ordinaire, le mélange se trouble encore, et, au bout de vingt-quatre heures, il est pris en une masse molle, rougeâtre, homogène, exactement semblable au caillot du sang provenant d'une saignée.

Ainsi, quand dans les kystes il y a des fausses membranes, et quand elles sont mises alternativement en contact avec l'iode et avec l'air pendant un assez long espace de temps, comme cela a lieu dans le traitement des kystes ovariens par les injections répétées, les fausses membranes se durcissent, se solidifient, deviennent de véritables corps étrangers inorganisables, obstacles invincibles à l'adhésion des faces opposées des kystes dans lesquels elles se trouvent renfermées.

Quand les kystes ne renferment pas de fausses membranes, ils contiennent toujours un liquide plus ou moins albumineux, qui provient de celui qui n'a pas été évacué par la canule du trocart, ou de celui qui s'exhale constamment à la face interne du kyste; le contact de l'injection iodée détermine nécessairement, dans ce liquide, la condensation de la portion d'albumine qu'il contient et forme une couche sur les parois des sacs, ou des dépôts à la partie déclive de leur cavité. Heureusement, quand l'air n'intervient pas, cette coagulation ne donne pas lieu à un produit solide très dur et inorganisable comme dans le cas précédent, et peut-être ce produit, au lieu d'être un obstacle, est-il un moyen d'oblitération des bouches exhalantes des kystes et d'adhérences entre les parois opposées de ces cavités.

Ces faits peu connus, mais dont tous les chirurgiens expérimentés avaient quelque idée, sont loin d'être des motifs de rejet du traitement des kystes par l'iode; s'ils excluent le traitement par les injections répétées, ils ne sont nullement en opposition avec le traitement par l'injection faite une seule fois, ils ne détruisent en rien les résultats obtenus par ce dernier mode de traitement, ils changent seulement l'interprétation du *modus agendi* qui les a produits.

Veuillez agréer, etc. Docteur BRIQUET.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1856.—PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

CHIMIE APPLIQUÉE. — M. *Ozanam* présente à l'Académie un mémoire sur l'action anesthésique du gaz *oxyde de carbone*.

L'auteur part de ce principe déjà admis par quelques médecins, et notamment par M. S. Dumoulin, que toute la série des corps carbonés volatils ou gazeux est douée du pouvoir anesthésique, et dans ses expériences, entreprises avec MM. Blondeau et Fabre, il vérifie cette loi sur le gaz oxyde de carbone. L'action de ce gaz est analogue à celle du chloroforme.

A. Quand on le donne par inhalation. On distingue quatre périodes :

1° Une période prodromique;

2° Une période d'excitation, marquée par des contractions et des convulsions;

3° Une période anesthésique, caractérisée par l'arrêt partiel, puis absolu de la sensibilité;

4° Une période de réveil ou de mort.

La mort peut arriver en deux minutes, comme pour le chloroforme. Sur vingt-cinq expériences, la mort subite n'a eu lieu qu'une fois, ce qui donne à penser que ce gaz est moins dangereux à respirer qu'on ne le croit d'abord, surtout si on le respire mêlé à l'air atmosphérique. Deux expériences de Samuel Witt montrent que l'homme peut être soumis avec prudence à ces inhalations.

B. *Action locale de l'oxyde de carbone.* — L'action est à peu près nulle sur la peau recouverte de son épiderme. La sensibilité n'y est pas altérée. Mais sur une surface dépouillée d'épiderme, le gaz produit au bout d'un certain temps des effets anesthésiques très remarquables, et qui montrent que l'oxyde de carbone pourra être employé avec avantage comme anesthésique local. (*Comm.:* MM. Flourens, Dumas, Velpeau.)

CHIMIE ORGANIQUE. — *Note pour servir à l'histoire du colchique d'automne*, par M. *L. Oberlin*.

L'auteur a extrait du colchique d'automne un principe cristallin neutre, qu'il désigne sous le nom de colchicéine, et qui diffère de la colchicine, produit complexe, suivant M. Oberlin, et incristallisable.

Les propriétés de la colchicéine sont de cristalliser très facilement en lamelles nacrées, d'être presque complétement insoluble dans l'eau, mais de communiquer à ce véhicule une légère amertume qui augmente sensiblement lorsqu'il est porté à l'ébullition. A ce degré, il se dissout une notable partie du produit, qui se dépose aussitôt après refroidissement.

La colchicéine se dissout dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, l'acide nitrique concentré, l'acide sulfurique, l'acide chlorhydrique, l'acide acétique, l'ammoniaque et la potasse caustique.

Elle est inaltérable à l'air; elle est sans action sur le papier de tournesol rouge ou bleu. Exposée dans un tube à la chaleur du bain d'huile, elle se ramollit d'abord et entre en fusion à 155 degrés; si on élève la température, elle se colore à environ 200 degrés.

Voici les résultats de l'analyse élémentaire de la colchicéine : C = 62,83, H = 6,60, Az = 4,19, O = 26,38 : total, 100,00.

D'après M. Oberlin, la colchicéine préexisterait dans les semences du colchique.

En résumé, Madère est une station médicale des plus remarquables par la grande égalité de la température et l'excellence de son climat, qui permet d'y séjourner pendant toute l'année. L'air n'y est altéré, ni par la poussière (terrain de basalte), ni par les miasmes; avantage que Madère a sur l'Égypte, Malte, Naples, Nice, Malaga, etc.; enfin, un malade peut y vivre plus commodément et plus agréablement que partout ailleurs.

Un côté désavantageux de Madère, peut-être le seul, c'est le manque de bonnes voies de communication et de chemins plats et unis. Du reste, cette île réunit au plus haut degré les conditions nécessaires au rétablissement de la santé.

Le climat des îles Canaries est le seul qui puisse être comparé à celui de Madère; cependant, je ne puis le conseiller aux poitrinaires. Orotava, au nord de Ténériffe, est complétement exposé aux vents du nord; Santa-Cruz, au sud-est de cette île, n'a point de promenades ombragées; las Palmas, capitale de la grande Canarie, est de même privée d'ombre et trop exposée aux vents du N.-E.

En conseillant aux poitrinaires le séjour de Madère, je suis loin de vouloir atténuer le mérite des sites délicieux de l'Italie et des Alpes, et de leur climat si pur et si doux. Je crois seulement qu'il est de la plus haute importance que les malades du nord s'habituent par degrés au changement de la température. Je crois que les médecins doivent envoyer leurs malades d'abord à Madère, où ils les feront séjourner de deux à trois ans; puis, pour les habituer petit à petit à la température de leurs pays, ils pourront leur faire passer un hiver en Italie, et enfin les envoyer en Suisse (Rigi, bords du lac de Genève). L'important, selon moi, est de commencer par le climat le plus doux, et j'aime à croire que lorsqu'on connaîtra mieux Madère et l'excellence de son climat, ou s'empressera de profiter des *avantages extraordinaires* de cette île que la Providence a placée dans une situation si favorable pour servir de refuge aux organisations délicates et maladives.

Puissent ces quelques lignes attirer l'attention des médecins du Nord, et être utiles à l'humanité souffrante!

Docteur MITTERMAIER.

Expériences physiologiques. — D'après les expériences faites par M. le professeur Schroff (de Vienne), la colchicéine obtenue suivant le procédé de MM. Hess et Geiger détermine une action toxique sur les lapins à la dose déjà de 0gr,01 ; l'animal ne succombe qu'après douze à dix-huit heures. Donnée à des doses plus élevées, même de 1 gramme, elle n'a amené la mort qu'après sept à huit heures.

La colchicéine est-elle injectée dans l'estomac à la dose de 0gr,01, l'animal ne meurt qu'après dix à douze heures ; mais à la dose de 5 centigrammes, elle détermine une paralysie complète des membres, et il succombe après quelques minutes.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 6 JANVIER 1857. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Une observation de kyste ovarique volumineux guéri par un traitement médical (sirop de scillitine composé ; tisane de racines d'asperges nitrée ; régime sec, exigu ; compression méthodique. — Diurèse abondante ; affaissement du kyste et disparition complète de la tumeur), par M. le docteur *Suzeau* (de Thiers). (*Commission chargée de l'examen des faits relatifs au traitement des kystes ovariques.*) — *b*. Une note sur l'action des principes immédiats de l'organisme sur l'albumine du plasma, pour servir de base à la théorie des affections diphthéritiques, etc., par M. le docteur *Billiard* (de Corbigny). (*Comm.* : MM. Bouchardat et Bégin.) — *c*. Une lettre de M. le docteur *Gaimard*, qui met à la disposition de l'Académie, des billets pour visiter les collections rapportées d'Islande, du Groënland et du nord de l'Europe, par l'expédition du prince *Napoléon*.

M. le *Président* annonce que M. le docteur *Hullin*, de Mortagne (Vendée), membre correspondant, assiste à la séance.

M. *Michel Lévy*, *président*. Messieurs, j'ai un premier devoir à remplir envers l'Académie, un devoir bien doux, celui de la remercier des suffrages presque unanimes qui m'ont appelé à diriger ses travaux. Quoique les vice-présidents que vous nommez aient toute une année par devers eux, pour se préparer aux soins de la présidence, ils ne viennent pas s'asseoir à cette place sans une certaine émotion. Celle que j'éprouve est d'autant plus grande, que vous m'avez honoré d'un témoignage tout à fait spontané.

Un sentiment patriotique a dirigé votre choix ; le souvenir de quelques services rendus au loin, dans des circonstances difficiles et mémorables, a inspiré votre confraternité : je vous en remercie, et pour moi-même et pour les médecins militaires que vous avez en quelque sorte associés à l'honneur de cette libre élection.

Est-il besoin d'ajouter que la reconnaissance ne fait pas seule toute mon émotion, et qu'il s'y mêle un peu de crainte de ne pas suffire à la tâche qui m'est imposée ! Toutefois, je ne veux pas m'exagérer les difficultés attachées à ma nouvelle fonction. Les travaux académiques ont, pour ainsi dire, un rhythme qui leur est propre : la science a sa discipline ; ce qui fait la méthode dans l'exposition et dans la controverse fait l'ordre dans les séances. La publicité qui les entoure est comme un régulateur de plus, en même temps que le stimulant des viriles émulations auxquelles l'Académie est redevable de ses discussions les plus fécondes.

Au besoin, messieurs, votre indulgence m'assistera ; elle n'a fait défaut à aucun de mes prédécesseurs ; et d'avance je la sollicite tout entière.

Sur la proposition de M. le président, l'Académie vote des remercîments à M. *Bussy*, président sortant.

M. Michel Lévy rend ensuite compte de la réception qui a été faite au bureau de l'Académie et à sa députation, à l'occasion du jour de l'an, au palais des Tuileries et au ministère de l'instruction publique.

Aux Tuileries, dit M. Michel Lévy, l'accueil a été, de la part de l'Empereur, comme toujours, des plus gracieux. Mais nous avons tous vu avec un grand regret que l'Académie n'occupait point, dans ces sortes de cérémonies, le rang de préséance qui convient à son caractère officiel et à son rôle scientifique. Le bureau se propose de faire des démarches dans le but de revendiquer pour notre corps, dans les réceptions officielles, une place qui soit plus en harmonie avec sa dignité.

M. *Michel Lévy* annonce que M. le ministre de l'instruction publique, après avoir témoigné la plus vive sollicitude pour les intérêts de l'Académie, a fait part à la députation de son intention de reporter le budget annuel de la compagnie au chiffre auquel il était fixé avant 1848, ce qui permettra d'augmenter la valeur des jetons de présence et d'en allouer aux membres des commissions. Le ministre a fait espérer encore que des distinctions honorifiques dont on est peu prodigue depuis quelque temps, seraient accordées à deux des plus anciens membres de l'Académie.

M. *Depaul*. Messieurs, permettez-moi aussi de vous adresser tous mes remercîments pour le nouvel honneur que vous avez bien voulu me faire en me nommant pour le troisième fois votre secrétaire annuel.

Je n'ai pas de meilleur moyen de vous prouver combien je suis reconnaissant de vos bienveillants suffrages que de redoubler de zèle et d'efforts dans l'exercice de mes fonctions, et, sous ce rapport, messieurs, vous pouvez compter sur tout mon dévouement.

Discussion sur les kystes de l'ovaire.

M. *J. Guérin* ne croit pas que la discussion actuelle demeure stérile, comme quelques-uns ont paru le craindre. Déjà elle a dû fixer les esprits sur bien des questions qui étaient jusqu'à ce jour incertaines ou mal connues. C'est ainsi qu'elle laisse bien peu de choses à ajouter maintenant à l'origine, au mode d'évolution, à la marche des kystes de l'ovaire, à leur classification et à leur anatomie pathologique. Enfin les éclaircissements apportés à cette tribune par différents orateurs, les interprétations données aux statistiques, et le contrôle des faits auquel M. Velpeau surtout les a soumises, sont bien de nature à jeter quelque jour sur la question si difficile du traitement de ces tumeurs.

Cependant, les orateurs même qui se sont le plus appesantis sur ce point du débat ont laissé une lacune considérable, que M. J. Guérin va essayer de remplir.

Certaines circonstances de l'opération, quelle qu'elle soit, ne peuvent-elles pas exercer une influence fâcheuse sur les résultats du traitement ?

Quelles sont ces circonstances ? Et quels sont les meilleurs moyens de les prévenir ou de les conjurer ?

En d'autres termes, quelle est la pathologie et quelle est la thérapeutique de l'opération ?

Telles sont les questions que l'orateur se propose de résoudre.

« Trois faits capitaux, dit-il, me paraissent ressortir de la discussion :

» 1° Il existe un assez grand nombre de cas de mort survenue dans les premiers jours qui ont suivi l'opération.

» 2° Presque tous ont été attribués à l'inflammation suraiguë du péritoine.

» 3° On a reproché au procédé de la canule à demeure de provoquer l'inflammation suppurative du kyste.

» Dans tous ces cas, le danger, selon moi, est produit par une même cause, l'action funeste de l'air sur les parois du kyste ou sur le péritoine, beaucoup plus encore que par l'épanchement du liquide dans la cavité séreuse.

» Et d'abord, quel est le mécanisme de la pénétration de l'air dans le kyste ovarique ? Immédiatement après la ponction, et tant que l'écoulement du liquide est continu, l'air ne peut pas avoir d'accès dans la tumeur ; mais sitôt que le jet s'affaiblit et devient intermittent, l'opérateur le seconde par des pressions répétées sur l'abdomen. Dans ces manœuvres, le kyste se resserre et se dilate alternativement, par une série de mouvements que je ne saurais mieux comparer qu'au *jeu du soufflet*. Pendant la compression, une portion de liquide est rejetée ; mais quand la compression cesse, les parois de la poche s'écartent et *aspirent*, en quelque sorte, l'air

qui vient prendre la place du liquide évacué. L'air introduit ainsi dans la tumeur provoque les accidents les plus redoutables, et par l'altération qu'il fait subir au contenu du kyste, et par les modifications qu'il imprime à sa surface interne. Et ces accidents seront d'autant plus graves que le liquide sera plus altérable et d'une spécificité plus dangereuse.

» L'air peut pénétrer dans le péritoine par un mécanisme semblable. Mais les expériences que j'ai faites sur les animaux, et un certain nombre d'observations relatives à des femmes atteintes de pneumatose péritonéale (par suite de l'usage mal réglé du clysopompe dans les injections vaginales), m'ont démontré que la présence de l'air dans la séreuse abdominale ne produit que du malaise, des angoisses, des douleurs assez vives, mais jamais d'accidents mortels.

» Le véritable danger pour le péritoine, c'est donc l'épanchement dans sa cavité, ou du liquide morbide ou du liquide médicamenteux injecté. J'ajouterai, toutefois, que ce danger est singulièrement accru par l'entrée de l'air, lequel peut, par son action, transformer ces liquides, inoffensifs d'abord, en liquides irritants, et, pour ainsi dire, en liquides de mauvaise nature.

» Les praticiens ne me paraissent pas, jusqu'à présent, s'être préoccupés du danger que je signale, et je ne sache pas qu'aucun des orateurs qui m'ont précédé ait parlé avec détail de cet accident de la ponction des kystes ovariques, ni des moyens d'y remédier.

» Il est clair que le plus sûr sera d'empêcher l'introduction de l'air dans la tumeur; et pour cela il faudra trouver un procédé qui permette : 1° de vider le kyste en entier sans que l'air vienne remplacer le liquide enlevé ; 2° de retirer le liquide morbide, d'injecter la liqueur médicamenteuse, puis de l'évacuer à son tour, sans faire pénétrer d'air dans le kyste et sans produire d'épanchement dans le péritoine.

» Je crois que tous ces avantages se trouvent réunis dans l'application de la méthode sous-cutanée au traitement des tumeurs ovariques. »

(L'orateur montre à l'Académie une seringue à double canule qu'il a imaginée pour l'évacuation et l'injection des kystes de l'ovaire, et qui satisfait à toutes les indications qu'il vient de poser. M. J. Guérin explique le mécanisme de cet instrument, et simule l'opération sur une vessie pleine de liquide.)

« Au moyen de cette seringue, ajoute l'orateur, on peut facilement évacuer le kyste, y pousser une injection irritante, en retirer de nouveau le liquide injecté sans exposer les malades aux dangers de la pénétration de l'air. Il est même possible, avec cet instrument, de se passer d'injection et de provoquer dans toute l'étendue de la surface interne du kyste une irritation qui suffira pour produire l'adhérence des parois et l'oblitération de la cavité. Pour cela il faudra, après l'évacuation complète du liquide, continuer à faire quelques aspirations à vide : la seringue, agissant alors à la manière d'une ventouse, appellera à la face interne de la tumeur une fluxion sanguine qui, suivie d'une exhalation plastique, amènera des adhérences et une cure radicale aussi bien que les injections iodées ou autres, et sans exposer aux mêmes dangers. Cette manœuvre m'a constamment réussi dans le traitement des grandes cavités purulentes et de l'empyème.

» Enfin, cet instrument exerce une aspiration assez énergique pour extraire d'une cavité morbide ces contenus gélatiniformes, demi-solides, qui ont fait jusqu'ici le désespoir des opérateurs et contre lesquels on ne voyait, dans l'espèce, d'autre remède que l'ovariotomie.

» Je crois donc pouvoir espérer que le mode de traitement que je propose contre les kystes ovariques simplifiera beaucoup l'opération, écartera ses dangers, fournira des résultats plus sûrs que les procédés ordinaires et diminuera sensiblement le chiffre des kystes ovariques considérés comme incurables.

» Il est une précaution que je recommande très expressément à la suite de l'évacuation des kystes ovariques, c'est d'exercer autour de l'abdomen une compression méthodique au moyen d'un bandage de corps ou d'une ceinture de caoutchouc, afin de favoriser le retrait de la tumeur et même de maintenir au contact les parois du kyste. »

M. *Trousseau*. Le débat actuel ressemble, en quelque manière, à la lutte qui s'est engagée à une autre époque entre les lithotriteurs et les lithotomistes. Comme les lithotriteurs, les partisans des injections iodées n'apportent à la discussion que des statistiques heureuses, des faits de guérison. C'est que, de même que les lithotriteurs aussi, ils ne pratiquent leurs opérations que sur des sujets choisis, renvoyant à leurs adversaires les cas les plus défavorables. Jusqu'à présent, je crois, on n'a guère pratiqué d'injections irritantes que dans de *jeunes* kystes, dans des kystes peu volumineux encore, et présentant toutes les conditions possibles de curabilité ; ça donc été surtout une opération d'élection, tandis que la ponction simple, la ponction palliative, s'est pratiquée surtout dans des cas d'urgence, et à titre d'opération de nécessité : c'est ce qui a fait exagérer son insuffisance ou ses dangers.

Je persiste à croire que la ponction simple peut devenir une opération utile, efficace et sans danger, si elle est pratiquée dans des cas de kystes peu volumineux encore, comme ceux que l'on choisit d'habitude pour l'injection iodée.

Quant à la méthode des injections, je voudrais qu'on n'y eût recours qu'à titre d'opération de nécessité, quand le kyste s'est reproduit après un certain nombre de ponctions palliatives, quand ses parois commencent à être modifiées par le travail morbide, et que l'altération du liquide annonce un changement profond dans les conditions de la tumeur.

M. *Cazeaux* trouve que la comparaison faite par M. Trousseau des lithotriteurs et des partisans des injections iodées, manque de justesse. Il n'a jamais pour son compte pratiqué d'injection iodée dans les kystes ovariques ; mais il a beaucoup étudié cette question, et il a suivi avec une grande attention tous les faits qui s'y rapportent. Il résulte de ses recherches à cet égard que contrairement à l'opinion de M. Trousseau, des injections iodées ont été pratiquées avec succès par M. Boinet et par d'autres chirurgiens dans des kystes de toute espèce, et très variables dans leur volume, leur âge, leur capacité, leur structure, l'épaisseur de leurs parois et la nature de leur contenu. L'orateur maintient les opinions qu'il a développées dans ses deux précédents discours relativement à l'opportunité des injections iodées et aux indications qui s'y rapportent.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. CAZEAUX.

Sur la thyroïdite et le goître enflammé (1).

M. *Ad. Richard* lit le rapport suivant :

J'ai à vous rendre compte d'un travail de M. le docteur Bauchet sur la thyroïdite et le goître enflammé. Je le ferai en très peu de mots ; car l'œuvre de notre confrère est une véritable monographie destinée à combler une lacune de nos traités de pathologie. Une analyse dans laquelle je suivrais l'auteur pas à pas vous paraîtrait fastidieuse, et je préfère vous présenter un résumé succinct du sujet, ce qui vous fera, j'espère, conclure que cette monographie était nécessaire, et reconnaître le mérite de M. Bauchet.

La thyroïdite se manifeste ou dans un corps thyroïde jusque-là absolument sain, ou dans un corps thyroïde envahi par un goître : thyroïdite proprement dite, goître enflammé.

L'étiologie de cette affection ne donne rien de satisfaisant, à l'exception de cette importante particularité que les femmes y sont beaucoup plus exposées que les hommes, et spécialement les jeunes femmes à l'époque des règles. On a déjà remarqué que les goîtres actifs augmentent au moment de l'éruption menstruelle.

Si l'on veut peindre l'invasion de la thyroïdite, on peut se la représenter comme le commencement d'une angine intense : douleur profonde dans le cou, s'exaspérant au moindre mouvement, le menton penché, la tête fléchie et immobile. Seulement, ici, la déglutition est simplement pénible, à cause de l'ascension de l'ap-

(1) Voir aux *Travaux originaux*.

pareil laryngo-trachéal, et n'offre pas cette sensation atroce de déchirement de l'amygdalite. Joignez à la douleur, dans l'invasion de la thyroïdite, des symptômes généraux assez marqués, fièvre, dégoût, agitation. Au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, la maladie se caractérise par le *gonflement*, symptôme capital qui fixe le diagnostic. Dans la région du corps thyroïde, aux dépens d'une de ses moitiés ou de tout l'organe, se dessine peu à peu une véritable tumeur, circonscrite, qui efface et nivelle l'enfoncement intersterno-mastoïdien, tumeur douloureuse, plaquée profondément sur la trachée, s'élevant et s'abaissant dans les mouvements de déglutition. En quelques jours, cette tumeur atteint le volume d'un œuf ou d'une petite pomme; la peau, jusque-là simplement tendue, devient luisante, puis la résolution survient; ou, au contraire, ce qui est plus rare, la peau rougit, en même temps que les symptômes s'aggravent; la tumeur se ramollit un peu, et du pus se rassemble en quantité variable.

Dans ces deux circonstances, la marche de la maladie est rapide, très rapide même; car huit ou dix jours suffisent à son entière évolution. Mais il est une forme chronique, dans laquelle, les symptômes généraux étant nuls, la douleur et la gêne très modérées, la tuméfaction ne s'accroît qu'avec une extrême lenteur; de même, plusieurs semaines suffisent à peine à la résolution, laquelle peut même faire défaut, et la terminaison du mal est un état hypertrophique persistant.

Quoi qu'il en soit, dans sa forme aiguë, la thyroïdite entraîne un pronostic des plus favorables. Il y a toute chance pour qu'une jeune femme, par exemple, prise de cette affection, guérisse vite et radicalement. Deux restrictions, pourtant : quand du pus se forme, et déjà cela est exceptionnel, il se fait jour à travers la peau, ou la main du chirurgien lui fraye cette voie toute naturelle; mais si la suppuration s'est faite profondément, aux dépens de la face postérieure de la glande thyroïde, si cette dangereuse circonstance est méconnue, ou si, pour la conjurer, la malade n'est assistée que par une main inhabile ou hésitante, la vie court un vrai danger : le pus, fixé par l'aponévrose profonde du cou, fuse dans le médiastin, disséquant les gros vaisseaux, ou pouvant même les ulcérer. La suppuration d'une thyroïdite expose à un autre péril moins prochainement grave, mais plus fréquent. En vertu de sa grande vascularité, le corps thyroïde, enflammé ou non, est sujet aux épanchements sanguins. Si l'abcès qui s'ouvre à la peau, au lieu d'être purement phlegmoneux, est un abcès sanguin, la détersion du foyer s'opère mal, le pus croupit et s'altère, l'infection putride se déclare, et la mort peut survenir, si elle n'est prévenue par une sage et habile intervention de la main.

Il est donc très utile de pouvoir reconnaître une thyroïdite, presque toujours pour rassurer le malade, quelquefois pour l'arracher à une mort imminente.

La monographie de M. Bauchet rendra familière aux praticiens cette page, négligée jusqu'ici, de pathologie. Sans doute, depuis une quinzaine d'années, un assez grand nombre de cas de thyroïdite avaient fixé l'attention des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris; mais c'était une étude inédite, à laquelle manquait un historien. Ce mérite était réservé à M. Bauchet, qui a su combiner les fruits d'une expérience antérieure au résultat de cinq observations qui lui sont personnelles.

Personne n'était plus capable que notre confrère de tirer le meilleur parti possible de ces ressources. Ancien interne lauréat des hôpitaux, initié à la pratique particulière de son maître M. Velpeau, M. Bauchet est fort de cette éducation anatomique et clinique qui féconde pour la vie entière les vues du praticien.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

Collodium corrosif, par M. MACKE (de Sorau).

M. Macke recommande sous ce nom une solution de 1 drachme de sublimé dans 1 once de collodion. Il l'emploie comme caustique dans les *nævi materni* superficiels, les *télangiectasies* peu considérables, et autres signes peu importants que les malades désirent se voir enlever. Il s'en est servi surtout chez les enfants et chez ceux que le couteau effraie. M. Macke trouve à ce collodion l'avantage de ne pas s'étendre, comme les autres caustiques, sur les parties voisines; il se sèche promptement et ne peut être enlevé facilement; enfin, dans les cas où l'inflammation qu'il causerait trop intense, on peut faire au-dessus du caustique des applications d'eau froide sans en déranger l'effet. On l'étend avec un pinceau fin. Il produit une eschare de 1 à 2 lignes qui tombe au bout de trois à six jours et est suivie d'une prompte cicatrisation. La douleur que cause l'application est peu intense et la résorption du sublimé est nulle, d'après l'auteur. (*Medicin. Central Zeitung*, 24e année, n° 52.)

Coloration particulière de la peau consécutive à l'emploi du nitrate d'argent chez les épileptiques, par le docteur EICHMANN.

L'auteur a donné du nitrate d'argent cristallisé à 21 épileptiques. Dans 1 cas, ce médicament a procuré une guérison rapide et radicale; dans 3 cas, il fallut continuer longtemps la médication; sur les 17 restants, 5 furent soulagés. M. Eichmann donne le remède d'abord à la dose de 1/8e de grain trois fois par jour en pilules; il monte peu à peu jusqu'à 1 et 1 1/2 grain sans produire de désordres notables. Chez deux sujets qui en firent usage à haute dose pendant longtemps, apparut, neuf semaines après l'emploi du médicament, une couleur gris bleuâtre qui devint peu à peu noire, et qui s'étendait sur une grande partie du corps; la teinte était surtout marquée aux mains, au cou et au visage, mais elle n'en était pas moins sensible sur le reste de la peau; elle manquait à la plante des pieds, aux genoux, aux coudes, et partout où les sujets avaient des cicatrices. Attribuant la coloration à l'argent, M. Eichmann fit prendre pendant trois semaines des bains de potasse, et pendant cinq semaines des bains de savon; la couleur disparut à peu près chez certains sujets; chez d'autres, elle subsista encore pendant une année, et disparut peu à peu au bout de deux ans et demi. — Ces résultats sont conformes à ce qu'on sait déjà, soit de la la valeur du médicament comme anti-épileptique, valeur très faible, sinon tout à fait nulle, soit de la ténacité de la coloration cutanée. (*Ueber die Missfärbung, etc., Zeitschrift für Deutsche Chirurgie*, t. IX, 3e fascicule, p. 135.)

Des hémorrhagies dans les fièvres, par M. H. KENNEDY.

L'auteur a rassemblé 262 cas de fièvres de toute nature, où il a étudié les hémorrhagies. Il y a 163 hommes et 99 femmes. L'épistaxis s'est montrée sur 122 hommes et 41 femmes.

L'auteur explique cette fréquence chez le sexe masculin par la force plus grande de la circulation, le tempérament sanguin qui se rencontre plus souvent chez les hommes, etc.

Parmi les hémorrhagies, celles du nez se rencontrent le plus souvent. Elles se produisent dans les premiers jours, mais peuvent se répéter; tantôt ce ne sont que quelques gouttes de sang, tantôt des pertes inquiétantes. Des observations de M. Kennedy, il suit que ces hémorrhagies, si faibles qu'elles soient, ont souvent une action bienfaisante, surtout celles qui se produisent dans le pharynx. Les saignements des gencives sont rares et de mauvais augure. Les hémoptysies ne sont pas fréquentes, tandis que les hémorrhagies intestinales ont une grande importance. Sur 19 hommes qui en furent affectés, 5 succombèrent; sur 20 femmes, 6; et l'autopsie ne démontra aucune lésion dans les intestins. Il y eut 21 hémorrhagies utérines, survenant la plupart du temps au milieu de la fièvre; ce furent soit une menstruation exagérée, soit la suite d'un avortement; elles eurent peu d'influence sur la maladie. Les hémorrhagies vésicales sont rares. L'auteur a observé trois fois des transsudations à travers la peau. (*Dublin Quarterly Journal*, 1er août. — *Canstatt's Jahresbericht*, 1856, p. 93.)

Valeur physiologique et thérapeutique des phosphates terreux, par le docteur Hegar.

Après avoir fait remarquer combien le dosage de l'acide phosphorique par le perchlorure de fer donne des résultats incertains, et rassemblé tout ce que la science possède sur la production et la signification du phosphate de chaux dans l'organisme à l'état de santé ou à l'état de maladie, sur la quantité de phosphate de chaux contenu dans l'eau et les aliments comparée à celle qui se trouve dans les urines, l'auteur expose diverses expériences faites par lui sur ce sujet.

Comme résultat constant, M. Hegar cite la production égale d'urée, d'acide phosphorique et d'acide sulfurique, tandis que le chlore n'est pas produit dans la même proportion. Il attaque les expériences faites par M. Beneke sur l'excrétion des phosphates terreux. On sait que ce dernier a prétendu que, dans toute maladie se liant à un amaigrissement considérable (scrofules, tubercules, suppurations considérables, rhumatisme aigu et autres cachexies), il y avait une notable production de phosphates terreux; rattachant cette anomalie à la production d'une grande quantité d'acide oxalique dans l'organisme, il propose comme moyen palliatif l'emploi du phosphate de chaux.

M. Hegar conteste les assertions de M. Beneke, en démontrant que la méthode qu'il employait pour déterminer les phosphates est défectueuse, et que ses conclusions sont inexactes. De plus, comparant les résultats de M. Beneke avec ceux de M. Mosler, il fait voir que les quantités de sel regardées comme exagérées par le premier ne dépassent pas les oscillations que le second a démontré exister à l'état normal.

M. Hegar démontre que toute métamorphose exagérée des tissus, comme on en trouve dans les maladies chroniques, augmente la quantité des phosphates terreux de l'urine. La production de ces derniers peut venir aussi d'une diminution dans la réparation organique générale, lorsque les substances protéiques sont décomposées dans le sang avant d'avoir servi à la nutrition. Les exsudations qui se forment dans le corps humain exercent aussi une influence marquée en enlevant au sang plus ou moins de phosphates terreux.

Quant à la quantité d'oxalate de chaux se trouvant dans l'urine, il est à remarquer qu'il ne se montre qu'après la durée plus ou moins longue de la fermentation de l'urine; qu'il se forme après l'usage de vins mousseux, de bières riches en acide carbonique, après les catarrhes chroniques du poumon, l'emphysème, la convalescence de maladies graves, et enfin dans tous les cas où la respiration est gênée.

L'acidité des sucs digestifs influe aussi sur la séparation de phosphates terreux. On ne trouve pas toujours simultanément l'acide oxalique et les phosphates terreux; dans la carie, l'ostéomalacie, le rachitisme, il vaut bien mieux regarder la substance osseuse modifiée comme absorbant le phosphate de chaux que d'attribuer ce rôle à l'acide oxalique, difficilement soluble.

Voulant examiner si, comme l'a prétendu M. Beneke, l'alimentation sucrée et farineuse a de l'influence sur la production d'acide oxalique, M Hegar analysa son urine avant et après l'ingestion de 3/4 de livre de sucre de lait: il trouva qu'*avant* elle contenait 4,70 grammes d'acide phosphorique, dont 0,90 grammes de terre; que pendant qu'il absorbait ce sucre elle n'en contenait que 3,57 grammes dont 0,58 de terre, et après 3,37, dont 0,70 de terre (en vingt-quatre heures).

Il est enfin difficile d'admettre que l'alcalinité exagérée du sang augmente la quantité d'acide oxalique, et par suite l'excrétion des phosphates, car l'alcalinité du sang augmente les actes d'oxydation organique. Si l'on observe, après la prise d'alcalis, une augmentation de phosphates terreux, la cause en vient de ce que les alcalis précipitent la transformation des albuminoïdes, et par suite la séparation de phosphate de chaux qui les accompagne toujours dans l'organisme.

M. Hegar, examinant ensuite la valeur du phosphate de chaux comme médicament, conclut, de diverses analyses d'urines, qu'il n'a de valeur que dans les cas où la nourriture ne contient pas assez de sels de chaux, et où il est impossible de changer l'alimentation.

Donné à hautes doses, il peut troubler la digestion et passer par l'intestin sans être absorbé. Néanmoins, M. Hegar ne fait que substituer une hypothèse à une autre hypothèse, et jusqu'à ce que de nouvelles expériences aient démontré que M. Beneke se trompe (et les expériences qu'il a faites sur des patients sont nombreuses), on ne peut conclure contre lui. (*Zur Würdigung der phosphors. Erden*, etc., dans les *Archiv für gemeinschaftliche Arbeiten*, vol. II, fasc. 3, et *Canstatt's Jahresbericht*, 1856, p. 70.)

Du coup de soleil dans les armées, par le docteur C.-F. Riecke.

Voici encore des observations qui viennent corroborer les remarques que nous avons présentées récemment, et à plusieurs reprises, sur la maladie appelée insolation.

Cette affection se remarque surtout chez les soldats en marche et chez les individus employés aux travaux des champs. On en a observé plusieurs cas en Belgique (1853-54), dans la Valachie, dans la Dobrutscha. L'armée prussienne en présenta des exemples en 1778, 1827, 1828 et 1853. Les causes sont: une chaleur sèche avec absence de vent, l'accumulation d'une trop grande quantité d'électricité dans l'air, la poussière soulevée par la marche en commun, les vêtements trop étroits ou les fardeaux trop lourds, etc. Les principaux symptômes sont: le soldat a une démarche incertaine, il va silencieusement et ne parle pas jusqu'au moment où il s'affaisse. Les inspirations sont courtes et accompagnées d'une espèce de râlement; le pouls est petit et faible, la pupille très rétrécie; souvent des mucosités encombrent la bouche, et les dents sont convulsivement serrées; les yeux font saillie, sont rouges, le visage livide, le corps recouvert de sueur froide. Si la mort ne survient pas bientôt, le délire furieux commence à se manifester; la mort arrive par oxydation incomplète du sang, par asphyxie jointe au manque d'eau dans le sang.

Pour prévenir de semblables accidents, M. Riecke conseille aux chefs de corps de prendre conseil des médecins; car eux seuls savent où peut s'arrêter la résistance de la nature humaine. Il déclare toute marche par une chaleur de 22 degrés Réaumur pernicieuse et dangereuse. Chaque soldat doit avoir sur lui du pain, et à des intervalles réguliers, pouvoir en tremper un morceau dans un liquide réconfortant, et se soutenir ainsi.

L'auteur finit par des réflexions sur le sort des armées; on se protége par des ouvrages et des travaux énormes contre les balles ennemies, tandis qu'on enferme le loup dans la bergerie en entassant les hommes, en négligeant des mesures hygiéniques, en n'écoutant pas le défenseur de la santé qui, dans les armées prussiennes comme dans bien d'autres, n'a qu'une position subalterne, qu'une importance médiocre, qui a rarement le droit de placer un conseil, lequel est le plus souvent dédaigné ou méprisé. (*Beiträge zur Gesundheitspflege*, VI[e] partie, par C.-F. Riecke. — *Canstatt's Jahresbericht*, VII[e] vol., 1856, p. 88.)

VII.

BIBLIOGRAPHIE.

Commentaires historiques, critiques et pratiques sur la suette, par le docteur Marc Borchard. Broch. in-8. Paris, Germer Baillière.

De l'origine miasmatique des fièvres endémo-épidémiques, dites intermittentes, palustres ou à quinquina, par le docteur Félix Jacquot. Paris, J.-B. Baillière.

Théorie de la fièvre typhoïde dothinentérique et du typhus, par le docteur Netter. Paris et Strasbourg, Veuve Berger-Levrault et fils.

Société impériale de médecine de Constantinople. Discussion sur le typhus observé à l'armée d'Orient. Constantinople, Henri Cayol.

De l'administration du sulfate de quinine d'après des études faites en Algérie, par le docteur Ronzier-Joly. Paris, Victor Masson.

Étude sur la fièvre puerpérale épidémique, et en particulier sur l'épidémie qui a régné à Dunkerque, de juin 1854 à mars 1855, par le docteur Zandyck. Paris, Labé.

Mes études sur le choléra, ou Découverte de tout ce qu'il importe à la science et à l'humanité de connaître sur cette maladie, par le docteur Azémar (d'Elne). 1 vol. in-8. Paris, Germer Baillière.

Considerazioni sulla contagiosità di cholera-morbus asiatico, precedate da una critica analisi delle due memorie del signor Bo : *La Quarantane e il cholera-morbus* (Considérations sur la contagiosité du choléra, etc.....), par M. Prospero Pirondi. 1 vol. in-8. Marseille, Arnaud.

Assurément, il n'est aucun médecin qui pense que la science n'existait pas avant lui et qu'elle ne date que de nos jours ; il n'en est aucun qui puisse croire que l'art d'observer et de décrire les maladies a été inventé dans ces derniers temps ; aucun, enfin, qui se persuade que les médecins des siècles antérieurs au nôtre n'avaient pas des notions positives sur la nature, les causes et le traitement des maladies. Non, pas un médecin n'oserait s'avouer à lui même, et encore bien moins avouer aux autres de pareilles prétentions. Et cependant, quand on lit certains livres publiés de notre temps, on est frappé du silence à peu près complet que les auteurs gardent sur les écrivains précédents qui ont traité des mêmes matières; c'est là qu'on voit s'étaler, sans le moindre scrupule, la doctrine de la *table rase*, ainsi que l'a si bien qualifiée un savant rapporteur à l'Académie de médecine. On y remarque avec tristesse la présomption naïve et l'assurance périlleuse avec laquelle ces auteurs proposent leurs idées étiologiques, pathologiques et thérapeutiques comme des dogmes infaillibles, sans tenir aucun compte des observations faites avant eux et dans des conditions plus ou moins analogues. Triste résultat du morcellement des études médicales et de l'importance trop exclusive donnée à l'étude des faits physiques et à l'observation individuelle !

Ce n'est pas ainsi qu'ont procédé les auteurs dont nous nous proposons d'examiner les ouvrages. M. le docteur Borchard, honoré deux fois de la mission d'aller porter des secours aux populations Périgourdines décimées par la suette, a eu sous les yeux un vaste champ d'observation. Mais avant de publier les résultats de son expérience, non-seulement il a voulu méditer longtemps sur les faits qu'il a observés, se tenant ainsi en garde contre tout entraînement, mais encore il a voulu connaître et étudier les observations et les idées publiées avant lui sur le même sujet ; et c'est ainsi, par de longues et consciencieuses études, qu'il se prépare à traiter complétement les divers points obscurs et difficiles relatifs à la suette.

Dans un premier mémoire, qui sera comme la préface du livre qu'il promet, M. Borchard a d'abord passé rapidement en revue les différentes doctrines émises dans ces derniers temps en Italie, en Allemagne et en France, en les caractérisant avec une indépendance de critique aussi nette et précise dans le fond que modérée et respectueuse dans la forme. Ayant lui-même tous les éléments nécessaires pour avoir une opinion sur ce sujet, puisqu'il s'était trouvé trois fois dans des foyers d'épidémie de suette, il a pu passer au crible de son expérience l'expérience de ses contemporains. Nous avons eu déjà l'occasion de dire quelques mots de ce premier travail dans la Gazette hebdomadaire, et nous avons rappelé aussi le rapport que présenta M. Borchard, au retour de sa mission, à la Société de médecine de Bordeaux.

L'auteur vient de faire un nouveau pas dans cette voie, en publiant un second fragment sur la suette. Dans ce récent travail, il se livre à une intéressante esquisse historique et critique sur les ouvrages des auteurs qui l'ont observée et décrite jusqu'ici ; et, après avoir énuméré les conditions d'un semblable travail, il nous dit lui-même dans quel esprit il entend procéder à l'examen de ces écrits. « Notre époque, dit-il, s'était posée en juge sévère de toutes les supériorités des siècles précédents. A ses arrêts rigoureux, on reconnaît aisément qu'ils ont été dictés par l'esprit intolérant d'un système exclusif et absolu. Aussi, de nos jours sont-ils souvent réformés. Une philosophie plus saine gagne lentement du terrain : non seulement elle permet, mais elle exige qu'on interroge les œuvres devant lesquelles s'inclinaient de nombreuses générations. Elle ne veut pas restaurer le culte superstitieux de l'autorité, jadis si fatal à l'avancement de la médecine ; mais elle demande qu'on prononce sur nos devanciers sans opinion préconçue, avec une égale indépendance vis-à-vis de leurs sectaires enthousiastes, et à l'égard des novateurs que l'exagération présomptueuse de leur propre valeur emporte trop souvent jusqu'à l'injustice. Elle ne répudie pas l'exactitude scrupuleuse dans l'art d'observer, et elle se félicite hautement de voir l'anatomie, la physique, la chimie imprimer parfois une certitude mathématique à nos investigations ; mais elle admet la puissance de l'intuition qui reconnaît le vrai immédiatement en vertu d'une faculté supérieure, et elle revendique une large part pour la synthèse qui relie les faits et les principes particuliers, les domine, et, avec ces matériaux, construit des règles générales. » C'est là, suivant nous, la seule vraie et bonne philosophie, celle en dehors de laquelle l'esprit n'a plus de guide fidèle et sûr.

M. Borchard, qui a étudié son sujet sous toutes ses formes, constate ensuite un fait qui prouve la nécessité de tenir compte des observations faites dans des pays divers et par des hommes placés dans des conditions différentes. Et ici il aborde un des phénomènes psychologiques les plus curieux, et, comme il le dit lui-même, de la plus haute portée, touchant à l'existence de l'homme isolé et de l'homme social. « Chaque pays, dit-il, a sa médecine à lui, quoiqu'il n'ait ni son astronomie, ni sa physique, ni sa chimie, ni sa botanique, ni sa zoologie qu'il ne faut pas confondre avec sa faune et sa flore ; mais il a aussi sa philosophie. Cette parité entre la première de toutes les sciences et la nôtre assigne à celle-ci un rang élevé dans la hiérarchie de ces plus nobles émanations de l'activité humaine. » M. Borchard ne fait qu'énoncer ce phénomène, qui aurait besoin de commentaires et de développements que ne comporte pas le plan qu'il a adopté ; mais il en tire la conclusion qu'il est nécessaire de demander leur contingent à toutes les littératures médicales ; et c'est en effet toujours là qu'il faut en venir pour trouver une parcelle de vérité en médecine.

L'auteur commence ensuite son enquête historique de la suette. Cette maladie a eu une période pour ainsi dire mythologique, et ses premiers historiens ressemblent de bien loin à Homère quand il dépeint Apollon en courroux lançant ses flèches sur le camp des Grecs :

Νοῦσον ἀνὰ στρατὸν ὦρσε κακήν, ὀλέκοντο δὲ λαοί.

« Il fit naître dans l'armée une maladie funeste, et les guerriers périssaient. » Tous, en effet, attribuent la suette à la colère divine, excitée tantôt par une cause, tantôt par une autre, suivant les passions qui les animaient. Mais bientôt des voix plus scientifiques se firent entendre. Boerhaave et Frédéric Hoffmann firent entrer la suette dans leurs cadres nosologiques. M. Borchard donne une analyse détaillée et pleine d'aperçus ingénieux, en ce qui concerne la suette, des doctrines de ces deux coryphées de la médecine allemande à la fin du XVII[e] siècle ; puis il passe en revue Stahl et son école, de Haen, et il s'arrête un instant pour dire quelques mots de la *malignité* et des *crises*, ces noms autrefois si abusivement employés, non moins abusivement bannis aujourd'hui de la médecine et qui y rentreront bientôt, parce qu'ils sont l'expression de faits réels.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans cette savante dissertation,

et nous ne voulons pas d'ailleurs frustrer le lecteur du plaisir que nous ont procuré les pages bien courtes où il dégage avec sagacité, dans les doctrines de ces maîtres, les choses vraies et bien observées des choses faussées par l'esprit de système et par les doctrines philosophiques alors en vogue. Nous ne quitterons cependant pas notre auteur sans dire un mot de la forme remarquable de ses écrits. M. Borchard est un écrivain abondant et disert; son style est imagé et très correct. En voyant la facilité avec laquelle il manie la langue française, sa subtilité à en découvrir tous les secrets et à trouver toujours le mot propre, la clarté avec laquelle il sait rendre sa pensée, on ne se douterait jamais qu'il est né dans la rêveuse Allemagne. Tout au plus le devine-t-on à son érudition franche et nette, à ses aperçus philosophiques et à ses tendances synthétiques. Il aime la causerie médico-littéraire, il s'y complaît et s'y arrête volontiers, et son lecteur se laisse aller avec un certain charme dans les sentiers fleuris où on le conduit, lors même que des chemins détournés l'éloignent un peu du but qui lui a été indiqué.

De la suette, maladie encore mal déterminée et qui pourrait bien avoir quelque parenté avec le miasme paludéen, à la fièvre intermittente endémo-épidémique, la transition est toute naturelle, et M. le docteur Félix Jacquot nous en fournit les éléments. Ce médecin, en effet, a déjà publié plusieurs mémoires sur ce dernier sujet. Une position toute spéciale, qui l'a mis à même d'observer ces pyrexies dans des climats et sous des latitudes et longitudes diverses, en France, en Algérie, en Orient, en Italie, donne à ses travaux une importance et une autorité incontestables. La sagacité, d'ailleurs, et la saine critique dont il fait preuve, jointes à une étude attentive de tout ce qui a été écrit sur ce sujet par les médecins de la marine militaire et par les voyageurs libres donnent à ses assertions une gravité qui ne peut manquer d'attirer l'attention de tous les esprits sérieux.

M. le docteur Jacquot, dans le mémoire que nous avons sous les yeux, se propose de démontrer deux propositions principales: 1° la fièvre intermittente a pour cause spéciale déterminante le miasme palustre; 2° les agents météorologiques développent et accélèrent l'action du miasme, ou bien la retardent ou l'empêchent. Pour arriver à prouver ces deux propositions, il accumule les faits et les observations pris sur tous les points du globe. Quant à la première, elle est généralement admise en France, et nous ne connaissons guère que M. Armand qui, dans un livre publié en 1854, ait nié la spécificité pyréto génésique du miasme palustre, pour en gratifier les perturbations météorologiques. Nous ne nous arrêterons donc pas longtemps à faire ressortir les preuves, irrécusables, suivant nous, à l'aide desquelles M. Jacquot réfute l'opinion de M. Armand. Nous noterons seulement, en passant, que quelques médecins ont parfois attribué aux miasmes animaux la même puissance pour engendrer les fièvres qu'aux miasmes palustres. M. le docteur Delioux (de Cherbourg), entre autres, attribue beaucoup de fièvres intermittentes aux effluves qui s'échappent des fumiers entassés près des fermes, et il ajoute: « On ne peut s'empêcher d'accorder une certaine valeur étiologique aux miasmes animaux » Il nous est impossible de partager cette manière de voir, et il nous faudrait de bien autres preuves que celles-ci pour ébranler notre conviction. En admettant que les effluves qui s'échappent des fumiers puissent engendrer la fièvre, il n'y a nul besoin de faire intervenir les miasmes animaux là où l'action de la cause palustre peut se faire sentir. On sait, en effet, que les fumiers sont toujours très humides et renferment, par conséquent, tous les éléments qui peuvent donner naissance au miasme paludéen. Nous considérons donc la première proposition de M. Jacquot comme incontestable dans sa généralité.

La seconde est d'une vérité moins évidente au premier abord. Aussi l'auteur l'appuie sur des recherches et des observations très diverses. Pour bien faire comprendre sa pensée, il emploie la comparaison suivante: la germination d'une graine ne peut avoir lieu sans humidité et sans chaleur; et cependant il est clair que ces agents ne sont pas la cause intime, substantielle de la végétation: ils n'en sont que la cause occasionnelle. De même le miasme paludéen est le germe où réside la force, la puissance pyréto-génésique; les agents météorologiques n'en sont que l'occasion. Ce sont ces agents aussi qui dissolvent et propagent le miasme.

Les conditions atmosphériques qui empêchent l'action du miasme palustre et celles qui le développent sont opposées et corrélatives. Ces dernières peuvent toutes se réduire à une seule, qui est la chaleur humide. Ainsi, les pluies du printemps et de l'automne, après les gelées de l'hiver et les chaleurs de l'été, sont des circonstances en général favorables au développement des fièvres. Mais ces circonstances peuvent être modifiées par des conditions topographiques et hydrologiques spéciales. M. Jacquot explique très bien toutes ces actions complexes qui, en définitive, trouvent leur raison d'être dans le contact réciproque des agents météorologiques, miasmatiques et hydrologiques. Quant aux conditions qui empêchent le développement du miasme palustre, elles consistent principalement dans la gelée et la sécheresse. L'auteur cite un grand nombre de localités dans les quatre parties du monde, où un soleil ardent, un vent violent et sec arrêtent rapidement les pyrexies intermittentes.

C'est uniquement par des faits judicieusement interprétés que M. Jacquot démontre sa thèse, et il en cite de fort curieux. Ainsi, il est d'observation que l'intensité des endémo-épidémies est en rapport direct avec l'étendue des foyers palustres: c'est là un fait très général; et cependant il y a une exception singulière à cette loi: on la trouve à l'embouchure de la Plata, le long du cours de l'Uruguay, et dans une partie de celui du Parana: « Ce n'est que depuis peu d'années, dit M. Alcide d'Orbigny, qu'on observe des fièvres intermittentes à Corrientes; encore ne se montrent-elles pas fréquentes dans ce pays couvert d'eaux stagnantes qui s'évaporent l'été et laissent des marais immenses contenant de l'eau croupie et fétide. » Bonpland n'a pas observé deux cas de fièvre en dix-huit ans à San-Borja, située entre l'Uruguay et d'immenses marais. M. Jacquot cherche la cause de cette immunité, et il indique, sous toutes réserves, la constitution physique des eaux, certaines particularités hydrologiques, et surtout les orages, à qui beaucoup de naturalistes prêtent une influence assainissante, d'accord en cela avec la voix populaire, qui dit que *l'orage purge le temps*. Ces questions, qui ont tout l'attrait de la nouveauté, sont très bien traitées dans le mémoire de M. Jacquot.

Il entre en outre dans quelques détails sur divers points de pyrétologie que nous ne pouvons examiner ici, tels que: développement de la fièvre hors des foyers palustres, après l'ingestion dans l'estomac d'une eau marécageuse; latence et incubation plus ou moins prolongées du miasme; périodicité fréquente des rechutes; assainissement par la séparation des eaux douces et salées sans destruction des marécages; production de fièvre lors du remuement des terres vierges; admission de fièvres intermittentes non miasmatiques, sporadiques, nerveuses, n'ayant de commun avec les autres que la forme. Il est regrettable que l'auteur n'ait dit que peu de mots de ces dernières fièvres, si fréquentes après le cathétérisme uréthral: c'est un des points les plus obscurs et les moins étudiés de la pyrétologie, et il eût été désirable qu'un homme expérimenté comme M. Jacquot y portât son attention.

En résumé, notre auteur démontre très bien que partout la répartition si différente des fièvres dans les diverses saisons de l'année est liée aux influences météorologiques (causes occasionnelles), quand il existe des foyers miasmatiques (cause spécifique); mais que, en l'absence de ceux-ci, le climat et les météores sont impuissants à engendrer de toutes pièces ces pyrexies.

Ce nouveau travail de M. Félix Jacquot est très substantiel, plein de faits intéressants, traité avec méthode et clarté. On y remarque une foule de détails et d'aperçus nouveaux, qui jettent un grand jour sur quelques points obscurs. Dans son assurance de voyageur qui a beaucoup vu, il s'élève contre la *pathologie de clocher*, et ne veut pas qu'on étende à toutes les localités les théories qui ont pour base une observation restreinte à un seul pays. C'est un excellent livre à consulter sur les endémo-épidémies palustres.

Nous passons maintenant aux ouvrages relatifs au typhus, à la fièvre typhoïde, aux fièvres palustres, à la fièvre puerpérale et au choléra. Docteur René Briau.

(*La suite prochainement.*)

VIII.

VARIÉTÉS.

— Dans le nº de la *Gazette hebdomadaire* du 26 décembre 1856, nous avons inséré un extrait d'un rapport sur les tumeurs glandulaires du voile du palais, lu à la Société de chirurgie par M. Adolphe Richard. Ce rapport a été fait sur un mémoire de M. Jules Rouyer, où se trouvent réunies toutes les observations jusqu'ici connues de tumeurs glandulaires du voile du palais.

— « 1° Les pharmaciens ont qualité pour agir en justice contre ceux auxquels ils reprochent des ventes illicites de médicaments.

» 2° Les prohibitions et pénalités de la loi du 21 germinal an XI sont inapplicables aux médecins homœopathes qui distribuent des globules à des malades, lorsqu'il n'existe pas dans la localité de pharmacien homœopathe. Il en est surtout ainsi, quand les globules ont été pris dans une pharmacie spéciale. »

Ainsi jugé d'abord par le tribunal correctionnel d'Orléans le 7 septembre dernier; puis, en appel, le 21 novembre par la Cour impériale de Bordeaux (chambre correctionnelle). Les motifs principaux du jugement du tribunal et de l'arrêt de la Cour sont que « la méthode homœopathique constitue un système médical tout nouveau, entièrement inconnu à l'époque où fut promulguée la loi de l'an XI, » et que « les préparations dont elle fait usage ne figurent pas au Codex. »

Voyez un arrêt en sens contraire de la Cour impériale d'Angers, le 26 septembre 1856. (*Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 699, au feuilleton). Nous reviendrons snr cette question.

IX.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE. — 1856. Novembre. Sur le cancer encéphaloïde, et de la dégénérescence cancéreuse des excroissances verruqueuses; traitement, par *R.-G.-H. Butcher*. — Signes de l'épanchement thoracique, par *Alfred Hudson*. — Observation pratique de polype utérin, par *R. Johns*. — — Observations de dégénérescence graisseuse des reins et du foie, par *B.-W. Richardson*. — Sur le tubercule, par *Cormac*. — Sur l'effet de quelques remèdes dans l'épilepsie, par *J. Osborne*. — Contribution à la craniologie, par *Humphry Minchin*. — Inflammation et obstruction des branches de l'artère pulmonaire, par *G.-H. Kidd*. — Contribution à la pathologie de la moelle, par *Thomas Reade*. — Observation sur l'anthrax, par *T.-H. Ledwich*.

THE CINCINNATI MEDICAL OBSERVER. — 1856. Novembre. Squirrhe de l'estomac; détails nécroscopiques, par *Leasure*. — Traitement local des tuyaux bronchiques, par *Haughton*. — Empoisonnement par l'opium; mort du docteur Smith, par *Flammer*.

THE NEW-ORLEANS MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL. — 1856. Novembre. Pensées sur la santé publique, par *Morton Dowler*. — Cas de *cachexie africaine*, par *H. Peake*. — Abcès du foie, par *D. Brasher*. — Notes d'anatomie pathologique, par *B. Dowler*. — Médecine transcendentale, par *le même*. — Considérations esthétiques et médicales. — Sur la popularisation de l'anatomie et de la physiologie aux États-Unis, par *le même*. — Fièvre jaune et quarantaine, par *E.-D. Fenner*.

GAZZETTA DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — Nº 42 (*bis*). Inhalations d'éther contre le tétanos, par *Perosino*. — 43. *Idem*. — 44. *Idem*. — Plaies de la cornée avec procidence de l'iris, par *Otto*. — 46. Tétanos (suite), par *Perosino*. — 47. Emploi chirurgical des injections iodées. — 48. *Idem*. — Sur la peau bronzée. — 49. Mêmes travaux.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — Nº 42. Prolégomènes de physiologie, au point de vue de la pathologie générale, par *Puccianti*. — 43. *Idem*. — 44. *Idem*. — 45. *Idem*. — Choléra de Poppi, en 1855, par *C. Sancasciani*. — 46, *manque*. — 47. Choléra de Poppi (suite). — 48. Sur les hernies, particulièrement sur celles qui sont étranglées, par *A. Ranzi*. — Choléra de Poppi.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — Nº 19. Sur la maladie d'Addison, par *Peyrani*. — Fièvres intermittentes et typhoïdes de Crimée, par *Balestreri*. — 20. Sur la maladie d'Addison, par *Peyrani*. — Clinique, par *Umani*. — 21. Sur l'empoisonnement par le phosphore, par *Marchiandi*. — Sur la scrofule, par *Onetti*.

IL FILIATRE SEBEZIO. — Septembre-Octobre. Sur la corde du tympan et l'intermédiaire de Wrisberg, par *Barbarisi*. — Cas de gastro-méningite arthritique, par *Zarlenga*. — Sur les doctrines dynamiques, par *Piccirilli*. — Mutisme suite de lésion des lobes antérieurs du cerveau, par *Pandolfi*. — Sur les statistiques médicales proposées au Congrès de Paris, par *de Renzi*. — Cas singulier d'accès hépatique, par *Tartaglia*. — Novembre. Maladie de diagnostic douteux, par *Agostinacchio*. — Deux maladies supposées périodiques, par *le même*. — Cas ... rémittente comateuse, par *Mandoj*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — Nº 40. De la folie dans l'Inde anti..., par *Lombroso*. — Mouvement de l'asile de Salisburgo de 1852 à 1855. — O... dans la mélancolie, par *G. Clerici*. — Sur l'excitabilité nerveuse, par *Ambro...* — 41. Sur le système nerveux, par *Lussana*. — Sur l'héméralopie, par *Pazzo...* — Tétanos rhumatique; traitement antiphlogistique; frictions éthérées, gu..., par *A.-R.* — 42. Sur le système nerveux, par *Lussana*. — Observation de ... bronzée, par *G. Minzoni*. — Sur la médecine cantonale et sur le choléra, par *...netti*. — 43. Sur le système nerveux, par *Lussana*. — Pneumonie contagieuse d... bêtes bovines, par *Andreis*.

EL SIGLO MEDICO. — Nº 145. Études des conditions extérieures, etc. (suite), par *Salgado*. — Contagiosité du choléra, par *Vicente Nuflo*. — 146. Contusion de la tête, sans lésion extérieure; symptômes cérébraux : herpès rongeant; iodure de soufre, guérison, par *T. Thens y Echenique*. — Contagiosité du choléra, par *Vicente Nuflo*. — 147. — Études des conditions extérieures (suite). — Remar... sur le choléra, par *D.-B. Amat y Vallejo*. — 148. Syphilis, par *Olivares* (suite). — Typhus amaril de la corvette *la Ferrolana*, par *J.-M. Sinigo*. — Une femme peut-elle enfanter sans le savoir? — Sur l'épidémie de Luzaga. — 149. Typhus amaril (suite). — Oblitération du rectum chez un nouveau-né; mort. — Choléra de Montilla, par *J.-M. de Aguayo y Trillo*. — 150. Études sur la syphilis, par *G. Olivares*. — Sur le typhus amaril de la corvette *la Ferrolana*, par *J.-M. Sinig...* — 151. *Idem*. — Apparences d'apoplexie; guérison rapide. — 152. Typhus ama... (suite). — Clinique ophthalmologique.

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — Nº 91. Établissements de bienfaisance (suite), par *J.-C. Ferraz di Miranda*. — Éclampsie au terme de la grossesse; lombric passé de l'œsophage dans le médiastin postérieur, par *Magalhaes Continho*. — Details sur le choléra. — 92. Établissement de bienfaisance (suite). — Démonstration de botanique, par *E. Baptista*. — 93. Constitution de Lisbonne en octobre 1856. — Établissements de bienfaisance (suite). — 94. *Idem*. — Choléra de Peniche en 1856.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — Nº 20. Utilité des hôpitaux, par *Capdevila*. — Clinique. — 21. Sur la médication contro-stimulante, par *P. Espina y Martinez*.

Livres nouveaux.

DE L'ADMINISTRATION DU SULFATE DE QUININE d'après des études faites en Algérie, par le docteur *Ronzier-Joly*, 1 volume in-8° de 180 pages, Paris, Victor Masson. 2 fr. 50

ILLUSTRATIONS OF THE PATHOLOGIE OF CANCER (Pathologie du cancer), par *J.-Z. Laurence*; in-8°. Londres, chez Richards. 6 fr. 25

THE PHYSIOLOGICAL ANATOMY AND PHYSIOLOGY OF MAN (Anatomie physiologique et physiologie de l'homme), par *R.-B. Todd* et *W. Bowmax*, 2 vol. in-8°. Londres, chez Parkes. 56 fr

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 16 JANVIER 1857. — N° 3.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 7 janvier 1857, M. Morin est nommé préparateur de physique près la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. le docteur [illegible], démissionnaire.

M. [illegible] (Léon), docteur en médecine, est nommé chef de clinique de l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Trousseau.

M. Charrier (Amédée), docteur en médecine, est nommé chef de clinique dans le service des accouchements de l'hôpital des Cliniques.

— Par arrêté, en date du 7 janvier 1857, sont acceptées les démissions :

1° De M. Brousse, agrégé en exercice pour trois ans (2e section) près la Faculté de médecine de Montpellier ;

2° De M. Viguier, agrégé en exercice pour six ans (1re section, botanique et histoire naturelle) près ladite Faculté.

M. Jallaguier, agrégé libre près la Faculté de médecine de Montpellier, est rappelé à l'activité pour six ans près ladite Faculté, et sera attaché, en cette qualité, à la 1re section (botanique et histoire naturelle).

— Par arrêté en date du 9 janvier 1857, sont attachés, en qualité d'agrégés stagiaires près les Facultés de médecine, savoir :

A la Faculté de médecine de Paris : 1° Section des sciences anatomiques et physiologiques : MM. Baillon (Henri-Ernest), histoire naturelle; Rouget (Charles-Marie-Benjamin), anatomie et physiologie. — 2e Section des sciences physiques · MM. Reveil (Pierre-Oscar), pharmacie et toxicologie ; Guillemin (Claude-Marie), physique.

A la Faculté de médecine de Montpellier : Section des sciences physiques, M. Moitessier (Albert), pharmacie et toxicologie.

A la Faculté de médecine de Strasbourg : Section des sciences anatomiques et physiologiques : M. Morel (Charles-Basile), anatomie et physiologie.

— Par arrêtés en date du 9 janvier 1857, M. Arthaud, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques près l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, et M. Berriat, docteur en médecine, sont nommés professeurs suppléants près de ladite École.

M. Moitessier, docteur en médecine, agrégé stagiaire près des Facultés de médecine, licencié ès sciences physiques, est chargé du cours de chimie de la Faculté des sciences de Clermont pendant la durée du congé accordé à M. Aubergier.

FEUILLETON.

Lettre à M. le docteur Pointe sur le traitement moral de la folie.

Mon cher professeur,

Vous me faites l'honneur de me demander mon opinion sur la valeur du traitement moral de la folie, si vanté par les uns, si déprécié par les autres, et vous seriez bien aise de savoir ce que j'en pense.

A mon sens, l'aliénation mentale est, dans une de ses conditions essentielles, une maladie nerveuse. Cette maladie est tantôt la cause du délire, tantôt le résultat d'une mauvaise direction des facultés et des opérations de l'âme. La folie peut encore dépendre du concours simultané de ces deux éléments.

Au nombre des causes physiologiques qui peuvent produire l'aliénation se placent en première ligne les prédispositions héréditaires ou acquises ; puis viennent les principales évolutions physiologiques de l'organisme : dentition (idiotie), puberté, âge mûr, âge de retour, etc.; enfin, les troubles fonctionnels des organes autres que le cerveau, qui retentissent sur le centre cérébral, point de départ et aboutissant de toutes les actions nerveuses. Parmi ces troubles, ceux qui proviennent des fonctions utérines jouent un rôle très important.

La nature de la maladie nerveuse peut être diathésique ou à éléments divers.

De là naissent les indications, toutes physiologiques, de favoriser les évolutions de l'organisme, de dissiper les troubles fonctionnels d'appareils plus ou moins éloignés du centre cérébral, de donner, dès le plus bas âge, aux facultés de l'âme une bonne direction, et d'en régler les opérations avec sagesse ; enfin, de traiter la maladie nerveuse selon sa nature diathésique ou ses éléments.

Mais que faut-il faire pour obtenir l'un de ces résultats ?

Agir, selon mon expérience, sur la dualité humaine : 1° sur l'organisme au moyen d'une médication matérielle, c'est-à dire tirée de la matière médicale ; employer une médication spéciale propre à

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 15 janvier 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE.

Nous nous proposons, après les discours des principaux orateurs encore inscrits sur la question du traitement des kystes ovariques — peut-être dans le prochain numéro — de résumer la discussion et de relever les enseignements pratiques qui en seront sortis. Jusqu'ici il ne nous a pas semblé que nous eussions grand'chose à ajouter ou à changer aux opinions longuement exposées dans nos précédents articles. De nouveaux incidents ont surgi, il est vrai, dans la dernière séance ; mais, comme le membre sur lequel se sont portées les vives et mordantes critiques de M. Velpeau a manifesté l'intention de répondre, nous nous faisons un devoir d'attendre ses explications. Les assertions dont le chirurgien de la Charité s'est amusé une demi-heure durant, avec une dextérité et une grâce félines, sont singulières ; mais c'est cette singularité même qui nous fait hésiter. Nous avons besoin, avant de les apprécier, de les entendre commenter par celui-là même qui les a émises, bien qu'un texte revu par lui-même nous paraisse dès à présent autoriser (quant au fond du moins) le jugement qu'en a porté M. Velpeau.

Dans tous les cas, la nouvelle intervention de ce dernier orateur est une bonne fortune autant pour lui même que pour l'Académie. Son précédent discours, dont nous avions reconnu les éminentes qualités, était néanmoins trop historique, pas assez pratique, et demandait des conclusions. Ces conclusions, nous les avons eues mardi ; nous les avons eues nettes, formelles, précises, disposées avec un art méthodique, et formant, pour ainsi dire, un code pour le traitement chirurgical des kystes de l'ovaire.

MM. Moreau et Cloquet ont également pris la parole, le dernier pour se ranger entièrement à l'avis du premier. Quel est cet avis? Celui que M. Moreau avait exprimé dès le premier jour, et qui est de ne toucher aux kystes que le plus tard possible, et de n'y toucher, sauf de rares exceptions, que pour pratiquer la ponction palliative. Ce ne sera certainement pas là l'opinion de la majorité des chirurgiens.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

SAIGNÉE DE LA VEINE JUGULAIRE EXTERNE DANS L'ASPHYXIE, CONSIDÉRÉE SOUS LE POINT DE VUE ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE, AVEC DES REMARQUES SUR LA VALVULE DES VEINES DU COU, par J. Struthers, professeur d'anatomie à Édimbourg.

(Suite. — Voyez le n° 52, page 916, tome III.)

Jugulaire externe. — Cette veine présente, d'après les auteurs, des valvules dans deux endroits sur son trajet et à sa terminaison. Il y a toujours deux paires ; dans un sujet j'en ai trouvé trois. Par paire, je veux dire une valvule divisée en deux portions distinctes. La première paire (la plus basse, ou terminale) est placée à l'ouverture de cette veine dans la sous-clavière, ou bien un peu plus haut, à un demi-pouce environ. Elles offrent les variétés que j'ai indiquées plus haut, quant à leur disposition et à leur direction. Quand elles sont à l'ouverture et obliques, l'extrémité postérieure se trouve la plus basse et descend quelquefois jusqu'à un certain point dans la veine sous-clavière, l'extrémité antérieure plus en haut dans la veine même, et souvent réunie par une bride. La veine jugulaire externe s'abouche dans la sous-clavière à un demi-pouce ou trois quarts de pouce du commencement du brachio-céphalique. Les valvules de la sous-clavière ne sont jamais placées du côté interne de l'ouverture jugulaire, et les valvules de la jugulaire externe elle-même sont donc le seul obstacle au reflux du sang dans cette veine. Une fois seulement j'ai constaté la terminaison de la jugulaire externe dans la jugulaire interne, près de son extrémité inférieure, pourvue comme d'habitude d'une paire de valvules ; les valvules de la jugulaire interne étaient placées un peu au-dessus du point d'anastomose. De l'autre côté, sur le même sujet, la veine n'offrait pas d'anomalie, se terminait, comme toujours, dans la sous-clavière. L'autre valvule est placée plus haut dans la veine, environ vers le milieu du cou, à un pouce et demi au-dessus de la clavicule, après que la veine a dépassé le bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien et dans l'espace où la veine repose sur la face postérieure de ce muscle. Ceci mérite attention pour déterminer le point de la saignée dans le cas où l'on désire un reflux du sang. Ce reflux s'obtiendra toujours facilement au-dessous

---

favoriser les évolutions difficiles de l'organisme ; recourir aux antiphlogistiques, aux purgatifs, aux toniques, aux antispasmodiques, aux antipériodiques, aux altérants, etc., suivant qu'on veut éteindre une inflammation, dériver une fluxion, tonifier, résoudre un spasme, couper un accès fébrile, modifier l'état du sang, etc. ; utiliser l'iode, le mercure, le colchique, etc., suivant que l'on veut combattre la diathèse scrofuleuse, syphilitique, goutteuse, rhumatismale (1), faire concourir à ce but les moyens fournis par l'hygiène physique, air, aliments, température, exercice, etc. ; 2° sur l'élément spirituel, en imprimant une bonne direction à l'intelligence, à la sensibilité ; à la liberté, aux idées, aux sentiments, à la volonté.

C'est parce qu'il était imbu de ces idées, que le philosophe Reil (2) voulait que le traitement des aliénés fût confié à un médecin, à un moraliste et à un philosophe. Ce vœu, assurément, serait plein de sagesse, s'il était possible de trouver trois hommes qui s'entendissent de manière à n'en faire qu'un ; mais comme la chose est impossible, il faut donc que le médecin voué au traitement des aliénés unisse à la science médicale celle de la morale et de la philosophie, sans la connaissance desquelles il ne remplira qu'imparfaitement ses fonctions.

Vous avez la bonté de me demander ce que j'ai fait dans le genre du traitement moral.

Au point de vue pratique, j'ai cherché à constituer un traitement moral applicable à toute la population aliénée de l'asile, en introduisant une règle, un ordre constant et minutieux dans toutes les parties du service. Vous pouvez vous en faire une idée par la lecture des tableaux du spécimen. J'ai approprié ce traitement général à certaines catégories de malades, d'où est résultée la nécessité des classifications, et, par conséquent, celle de séparer les agités des semi-paisibles, les paisibles des convalescents, les faibles des convulsifs (3). J'ai organisé le travail, les écoles, les leçons de

(1) J'ai obtenu dans ma pratique de véritables succès à l'aide de cette médication lorsque tout autre traitement avait échoué.

(2) *Pensées détachées sur l'application de la méthode psychologique au traitement des aliénés*, dédiées au professeur Wagnitz. Halle, 1803.

(3) Voir le mémoire inséré au tome XL des *Annales d'hygiène et de médecine*

de cette valvule, mais pas toujours au-dessus. Quand on a disséqué toute la veine et qu'on l'a tendue, cette valvule paraît placée plus haut; mais, dans la position naturelle de la veine elle n'est guère qu'à un pouce et demi au-dessus de la clavicule. Elle limite la partie dilatée de la veine appelée *sinus* par quelques auteurs. La veine se gonfle jusqu'à ce point où semble s'arrêter le reflux du sang, quand, distendue sur le vivant à l'état normal, elle paraît plus volumineuse à un pouce au-dessus de la clavicule. Ceci ne forme pas, à proprement parler, un sinus, mais bien le commencement de la partie plus large de la veine qui reçoit plusieurs veinules de la région postérieure, les transversales du cou et celles de l'épaule et d'autres petites veines. Cette augmentation de calibre va jusqu'à son entrée dans la sous-clavière. Sur les sujets âgés, cette dilatation peut être considérable, en comparaison avec le reste du calibre de ce vaisseau. Le reflux du sang s'opère facilement, mais s'arrête toujours à la seconde valvule. Cette valvule du tronc a toujours été trouvée double dans mes recherches, quoique souvent l'une fût très petite et aurait pu échapper à l'observation; elles sont disposées obliquement ou transversalement, quelquefois latéralement, et plus rarement d'arrière en avant.

Quand la veine se partage en deux, comme cela arrive assez fréquemment, les deux branches sont pourvues chacune d'une valvule un peu au-dessus du point de division. Les plus grandes veines, qui aboutissent à la jugulaire, sont aussi pourvues de valvules, excepté la jugulaire antérieure, quoique une veine assez volumineuse s'anastomose avec elle au point où elle s'abouche à la partie inférieure de la jugulaire externe, je n'ai jamais constaté de valvules. Les deux veines principales, qui se terminent dans la jugulaire externe, sur sa face postérieure, la *transversalis colli* (qui s'y jette un peu au-dessus de la clavicule), et la *transversalis humeri* (qui s'y termine derrière la clavicule, sont pourvues de valvules). Elles offrent chacune une valvule simple ou double à leur ouverture, ou bien sur leur trajet, à un pouce de distance, endroit où elles sont pourvues d'une simple valvule en forme de croissant.

Le seul cas où j'ai constaté trois paires de valvules dans la jugulaire externe est le cas de l'observation IV. Les valvules ordinaires du tronc se trouvaient au-dessus de la piqûre de la lancette; du côté gauche je ne pouvais pas bien les constater, mais du côté droit la veine se divisait en deux, et chaque branche avait ses valvules. Des deux côtés, un peu au-dessous de la piqûre de la lancette, il y avait deux paires de valvules, une presque terminale, l'autre à trois quarts de pouce plus haut.

Sur un seul sujet, j'ai trouvé des valvules dans les veines supérieures du cou; d'un côté une paire dans une branche de communication entre les veines jugulaires externe et antérieure; de l'autre côté, dans la jugulaire antérieure, à sa terminaison dans la jugulaire interne, au milieu du cou. Je dois dire cependant que je n'ai pas étendu mes recherches autant sur les veines de la partie supérieure du cou que sur celles de la partie inférieure.

La veine vertébrale est aussi pourvue d'une paire de valvules, quelquefois d'une grande valvule en forme de croissant, son ouverture dans la paroi postérieure du tronc brachio-céphalique. Ces valvules sont à l'ouverture, quelquefois aussi un peu plus haut dans la veine. Comme ces valvules croisent l'ouverture des petites veines qui se terminent dans le point de l'anastomose de la jugulaire interne et de la sous-clavière, on ne doit pas les confondre avec celles des vaisseaux lymphatiques. J'ai observé que le canal thoracique se terminait presque toujours dans la jugulaire interne, à sa partie inférieure, presque dans le sinus d'une des valvules de cette veine, sans être couvert par elle, son ouverture se trouvant en dehors des valvules. Ce vaisseau a une ouverture en entonnoir, et quand elle se contracte du côté du canal, on aperçoit une espèce de valvule. J'ai cependant constaté des valvules bien distinctes en travers de l'ouverture, quoique un peu cachée dans une dépression; la supérieure plus grande que l'inférieure, n'ayant pas de sinus comme dans les valvules des veines, différant aussi de la valvule qu'on constate plus loin dans ce canal, mais placé plus transversalement et pouvant fermer son ouverture analogue à la valvule iléo-cæcale, mais sans bride. Le canal se termine quelquefois par une double embouchure: une dans la jugulaire interne, l'autre près de la valvule sous-clavière; et dans ces cas j'ai trouvé les deux orifices lymphatiques dépourvus de valvules.

Il reste à présent à savoir si, malgré l'obstacle de ces valvules, le courant du liquide refluera par une ouverture pratiquée dans la veine jugulaire externe, de manière à dégorger le côté droit du cœur.

Dans ce but, j'ai fait les expériences suivantes.

Expériences. — Un tube fut introduit dans la veine fémorale, et de l'eau tiède fut injectée. Les effets de cette opération devaient être de remplir le système veineux de l'abdomen et du thorax, le

---

chant, les jeux, dans l'intérêt de ceux qui pouvaient en profiter. J'ai établi la plus grande régularité dans la succession de ces divers exercices, variant entre chaque quartier, c'est-à-dire suivant chaque catégorie de malades. Puis, pour me fournir l'occasion d'exercer un traitement moral individuel plus encore que dans l'intérêt financier de l'établissement, j'ai délivré un trousseau complet à chaque aliéné; j'en ai fait matriculer toutes les pièces, depuis la fourchette jusqu'au mouchoir de poche, avec ordre de les inscrire sur un registre spécial. J'ai assigné une durée légale à chacune de ces pièces (1) et mis à la charge du malade les dégradations, pertes, usure prématurée. Ce trousseau est retiré lorsque le délire prive l'aliéné de tout empire sur lui-même et oblige de le faire passer dans le quartier des agités, où il trouve les objets spécialement affectés à son usage. J'ai exigé, tous les matins, un rapport détaillé sur les événements de la veille, et sur les propos et la conduite de chaque aliéné. J'ai institué une discipline douce et ferme. De cette manière, je tiens en éveil, chez tous les malades qui en sont susceptibles, l'esprit de propriété, de conservation, d'ordre et d'économie; de cette manière, j'oblige l'aliéné, dans un temps donné du délire, à vivre avec ses semblables conformément aux lois de la morale et de la société. Je substitue, dans ce cas, des habitudes normales à des habitudes morbides; car il ne faut point oublier que si l'aliénation fait perdre parfois la conscience des actes et tout ou partie de la possession de soi-même, il arrive souvent que, dans un moment déterminé, l'aliéné peut, par une série d'efforts, reconquérir l'empire sur ses organes, et finir par les dominer complétement. La médecine, c'est-à-dire la matière médicale et l'hygiène, il faut le reconnaître, est venue dans ces cas préparer le résultat, et concourt, avec le traitement moral, à modifier, refréner et dompter l'impulsion organique devenue maîtresse. Cette vérité avait déjà frappé les Pères de l'Église, parmi lesquels on doit citer cette

légale, ayant pour titre : De la construction et de la direction des asiles d'aliénés, par le docteur Girard; le mémoire sur l'organisation des asiles d'aliénés, inséré dans les *Annales médico-psychologiques* et une suite d'articles publiés sur les aliénés dans ce recueil, par le même auteur.

(1) *Spécimen du budget d'un asile d'aliénés*, par le docteur Girard.

côté droit du cœur et l'artère pulmonaire, comme dans l'asphyxie ; une fois distendues en partie, on devait observer une tendance de reflux vers les veines du cou. Nous faisions arriver l'injection avec une force suffisante, de manière à déterminer un état de distension des veines analogue à l'asphyxie.

Les points à noter étaient : 1° si la veine jugulaire se distendait? et dans ce cas, par où? Par en haut ou par en bas? Puis si, après l'ouverture de la veine, le liquide refluerait. La dissection subséquente des veines sera également notée, afin de déterminer l'influence produite par la disposition et la variété des valvules.

Exp. I. — Le sujet était une jeune femme. La veine jugulaire externe fut mise à nu, à 1 pouce au-dessus de la clavicule. Peu d'instants après l'injection du liquide dans l'aine, la veine se gonfla et parut très distendue. Elle fut comprimée au milieu du cou et dégorgée par en bas. Immédiatement après elle se remplissait de nouveau et très manifestement par reflux.

J'ouvris la veine à 1 pouce au-dessus de la clavicule. Le liquide sortait librement, non en jet, mais en courant constant, par l'ouverture du cou En renouvelant l'injection par l'aine, le même résultat fut obtenu. Le courant était plus actif quand on comprimait l'abdomen ou la base du cou.

A la dissection, je constatai une paire de valvules latérales placées au point de l'ouverture de la veine jugulaire externe dans la sous-clavière. L'ouverture, pratiquée avec la lancette, était à 2 pouces au-dessus de ce point. La veine se divisait un peu plus haut, et chacune de ses branches était pourvue de valvules. L'ouverture était donc bien faite entre les deux valvules, et le liquide avait dépassé l'inférieure.

Exp. II. — Le sujet était un homme âgé. La veine jugulaire externe se distendait rapidement sur les deux côtés. Cette dilatation se limitait d'abord à la hauteur de 1 pouce et demi au-dessus de la clavicule ; mais bientôt toute la veine se dilatait, et l'on observait la même dilatation sur la jugulaire interne. La veine (jugulaire externe) fut dégorgée par une pression de bas en haut ; mais elle se remplissait aussitôt par un courant en sens inverse. Je la vidais ensuite de haut en bas : elle ne se remplissait de nouveau que jusqu'au sinus, aussi longtemps que j'empêchais la colonne supérieure de descendre, au moyen d'une compression pratiquée un peu au-dessus de ce point. Je constatai la même chose sur les deux côtés du cou. La veine droite paraissait plus large que la gauche.

La veine droite, mise à découvert et liée, une ponction est pratiquée au-dessous de la ligature, à un pouce de la clavicule. Le liquide sort d'abord par jet, se transforme ensuite en un courant continu. Dans le but de connaître si l'écoulement se ferait spontanément, la plaie de la veine a été fermée jusqu'au moment où ces deux vaisseaux seraient de nouveau distendus par une injection poussée par la région de l'aine. En débouchant l'ouverture, il s'en écoule spontanément près d'une once et un quart de liquide. L'écoulement s'étant arrêté, recommence par des pressions faites sur la poitrine et l'abdomen.

La veine est ensuite liée au-dessous de la première ouverture, une seconde ponction est pratiquée au-dessus de cette ligature, et une nouvelle injection d'eau est poussée par la région de l'aine ; on voit alors les veines jugulaires se gonfler, le liquide descendre par la veine jugulaire externe, et sortir librement par l'ouverture pratiquée au-dessus de la ligature. En enlevant la ligature inférieure, on voit le liquide refluer de nouveau par un courant continu, non saccadé, même pendant qu'on tient écartées avec une pince les lèvres de la plaie ; il s'écoule par un courant continu avec un mouvement ondulatoire, à la façon d'une colonne liquide qui surmonte un obstacle. Afin de reconnaître si cet obstacle provenait de la présence des valvules, j'ai introduit une sonde dans les veines. Cet instrument traversa la veine sous-clavière, la veine cave, et arriva dans l'oreillette droite du cœur. Cette petite opération est facile à faire, si l'on a le soin de faire suivre à la sonde la direction des vaisseaux. Le liquide s'écoula avec force par l'ouverture de la sonde, comme lorsqu'on vide une vessie distendue. Il n'en est pas sorti avant que l'instrument entrât, comme je le crois, dans la veine sous-clavière. L'influence des valvules était donc prouvée. En retirant la sonde jusqu'à une certaine hauteur, l'écoulement se faisait lentement, sans force ; mais aussitôt qu'elle passait ce point, il reprenait de nouveau avec force en un courant continu. Comme il n'y a point de valvules entre la terminaison de la veine jugulaire externe et le cœur, il était inutile de pousser l'instrument plus loin ; car il était indifférent qu'il fût dans la veine sous-clavière ou innominée.

Par la dissection, on constata qu'il existait dans le tronc de la veine une paire de valvules à direction oblique, situées à un pouce au-dessus de l'ouverture de la lancette. Entre cette ouverture et l'embouchure du vaisseau, il existait aussi une autre paire de larges valvules transversales, dans la direction antéro-postérieure. Une veine jugulaire antérieure très volumineuse s'anastomosait avec la veine jugulaire externe, immédiatement au-dessus de ces valvules. Ainsi, le reflux du liquide a dû se faire soit en forçant les valvules inférieures de la veine jugulaire externe, ou bien en passant de la veine jugulaire antérieure au-dessus des valvules situées à l'embouchure de la grande jugulaire, par laquelle la jugulaire antérieure a dû se remplir. Les trois veines jugulaires communiquaient librement entre elles à la partie supérieure du cou.

Exp. III. — Cadavre d'un vieillard. Aussitôt après qu'une injection d'eau est poussée par l'aine, on voit les veines jugulaires se remplir, la veine jugulaire interne se distend la première, la veine jugulaire externe ensuite ; celle-ci se remplit, par reflux du liquide, jusqu'à la partie supérieure de son sinus, un pouce et demi au-dessus de la clavicule ; la partie la plus élevée est remplie par une colonne descendante. Une ouverture est pratiquée avec une lancette à la veine jugulaire externe, à un pouce au-dessus de la clavicule,

---

étoile de première grandeur, saint Thomas d'Aquin, l'ange de l'école, comme l'appellent les théologiens. Ce philosophe éminent conseille en effet, dans certains accès de tristesse, non plus de simples efforts de l'âme, mais « *somnus et balnea* » (1).

C'est en combinant les moyens pharmaceutiques, hygiéniques et moraux qu'on obtient tous les jours, dans le traitement de l'aliénation mentale, de véritables et solides succès.

Du reste, tous les médecins qui ont de la valeur admettent aujourd'hui la nécessité de ce triple concours, quelles que soient leurs idées théoriques. Pinel, Esquirol, MM. Ferrus, Falret, Brierre de Boismont, Baillarger, Morel, etc., en font la base de leur thérapeutique.

Maintenant, si de la pratique on s'élève aux idées spéculatives de la science, on trouve toujours en présence les théories spiritualistes et matérialistes, puis cette troisième doctrine, l'éclectisme, qui, profitant des lumières projetées par toutes deux, cherche à les concentrer dans un même foyer.

Parmi les spiritualistes on compte Heinroth, qui considère l'aliéné comme étant toujours responsable de ses actes, parce qu'il est coupable, dit-il, de s'être laissé entraîner par ses premières inclinations. L'aliénation n'est, aux yeux de ce célèbre médecin, que l'effet du péché. De là, vous le comprenez, la principale indication consiste à refaire l'éducation du malade. Puis viennent Willis, Langermann, Leuret, etc. : Willis, qui ne craignait pas d'employer la force et la contrainte dans le traitement même de son auguste souverain George III, roi d'Angleterre ; Langermann, qui considère l'aliénation comme une erreur du sens intime, occasionnée tantôt par une conviction erronée, tantôt par un trouble fonctionnel, et qui, dans le premier cas, conseille de traiter les aliénés comme des enfants ; Leuret, qui, fondant son traitement moral sur la contrainte et l'intimidation, fait appel aux idées et aux passions contraires à celles qui dominent dans le délire, et force l'aliéné à penser et à agir selon les règles de la logique et de la morale, tout en traitant

(1) Voir *Saint Thomas d'Aquin*, édition de Lyon, année 1686, par le R. F. J. Nicolas : *Summa theologica*, page 80, art. 5. *Utrum dolor et tristitia mitigentur per somnum et balnea ?*

comme dans l'opération de la saignée ; le sang s'en écoule d'abord par saccades, ensuite par un courant continu assez fort. Afin de s'assurer si ce liquide vient de la partie supérieure, une ligature est pratiquée au-dessus de la plaie, et une seconde ponction est faite au-dessus de la dernière ligature. Par cette nouvelle ouverture le liquide coule librement un courant plus faible. J'essaie ensuite l'effet produit par l'introduction d'une sonde, remplie par un stylet, dans le cœur. On introduit un stylet, de manière à pousser une des valvules contre les parois de la veine.

Cette manœuvre ne produisit que peu d'effet, et n'augmenta pas le reflux du liquide ; mais aussitôt que la sonde dépassa la veine sous clavière, le liquide sortit par la sonde en un jet continu, comme s'il sortait d'une vessie distendue ; en retirant l'instrument, lorsqu'il s'est trouvé dans la veine jugulaire externe, l'écoulement cessa de se faire par la sonde, le liquide sortait en petite quantité à côté de l'instrument ; nous avons répété cela plusieurs fois.

Je dois dire que nous avons éprouvé quelques difficultés à introduire la sonde, difficultés qui ont été surmontées aussitôt que nous avons imprimé à l'instrument la direction qu'on doit lui faire suivre pour le faire pénétrer dans le cœur, en le dirigeant d'abord en bas et en dedans, et ensuite en arrière.

La veine jugulaire externe du côté droit ayant été liée, l'expérience fut répétée sur la veine du côté gauche. Après qu'une nouvelle injection a été faite et que la jugulaire externe a été remplie, une ponction est pratiquée sur ce vaisseau de la même manière que du côté droit, c'est-à-dire au-dessus du sinus de la veine, comme dans l'opération de la saignée ; le liquide jaillit avec force, par saccade, et continue après à couler sur le cou ; on recueille dans une vase le liquide écoulé et l'on s'assure qu'il en sortit deux onces, quantité égale à celle contenue dans l'oreillette ou dans le ventricule du cœur. L'injection par l'aine ayant été suspendue avant la ponction, il était évident que l'écoulement du liquide se faisait par le retrait des veines et du cœur ; en exécutant des pressions sur la poitrine on donne issue à deux onces de liquide. Nous avons bien reconnu ici le moment où il est permis de craindre que de l'air ne s'introduise dans les veines. En effet, pendant que ces vaisseaux se vidaient spontanément, l'air ne pouvait pas s'y introduire, mais aussitôt qu'on cherche à les désemplir par des pressions sur la poitrine, ces manœuvres déterminent un mouvement d'aspiration qui favorise son introduction. Avant de ponctionner la veine jugulaire, nous avons ouvert les veines du coude et celle de l'aisselle. Il ne s'écoula rien par la plaie de la veine médiane basilique, quoique la veine axillaire fût distendue et qu'un peu de liquide sortît par l'ouverture pratiquée au niveau des tendons des muscles qui la croisent ; il n'a pas cependant été possible d'obtenir un jet continu. Ceci montre bien que la saignée du bras devient inutile, d'après le principe du reflux du sang, dans le seul cas où son usage paraissait fondé.

Il ne m'a pas été possible de faire chez ce sujet une dissection complète des veines jugulaires. La terminaison de ce vaisseau a été cependant examinée, et nous y avons trouvé une paire de valvules situées transversalement d'avant en arrière. La veine axillaire était seulement pourvue d'une paire de valvules, situées au-dessus de l'ouverture de la lancette, et beaucoup plus haut que le point correspondant au tendon qui sont en rapport avec elle. Ces valvules et celles de la sous-clavière ont donc empêché le reflux du liquide par la plaie de la veine axillaire, tandis que la présence d'une seule paire de valvules à l'embouchure de la veine jugulaire a permis ce reflux.

(La fin à un prochain numéro.)

III.

REVUE CLINIQUE.

MARCHE SPONTANÉE DE KYSTES DE L'OVAIRE.

Dans la discussion actuellement engagée à l'Académie de médecine, il a été plusieurs fois question du degré de confiance qu'il fallait attacher au traitement *médical* des kystes de l'ovaire, et des chances favorables que pouvaient offrir ces kystes abandonnés à eux-mêmes. Voici deux observations publiées en vue de cette double question, dont l'une est considérée par l'auteur — non toutefois sans restriction — comme un exemple de guérison par traitement médical, et dont l'autre est rapportée sous le titre d'*hydropisie périodique* de l'ovaire.

Nous devons dire que, dans le premier cas, la guérison nous paraît avoir eu lieu *par rupture du kyste*. L'auteur, M. Camille Lauwers, reconnaît lui-même qu'il y a « quelque chose de louche dans l'action rapide, violente, aiguë, de l'iode. » Ce quelque chose, en effet, ces accidents semblables à ceux de la péritonite, cette disparition si prompte de la tumeur, ne s'expliquent bien, suivant nous, que par l'épanchement du liquide dans la cavité péritonéale. Si la tumeur n'a pas été évacuée instantanément, c'est sans doute parce que l'ouverture des parois aura été très petite, ou que les viscères, appliqués sur cette ouverture, l'auront en partie fermée.

Quant au second fait, recueilli par le professeur Huss, nous doutons que tout le monde l'accepte pour un kyste de l'ovaire. Tout ce que l'on sait sur la physiologie pathologique de cette sorte de tumeurs est en opposition avec ces alternatives d'augmentation et de diminution de volume qui caractérisent ce fait. Mais il nous serait difficile, d'un autre

---

certaines maladies nerveuses qu'il considère comme des complications.

Parmi les matérialistes, on doit citer Cabanis, Gall, Broussais, M. Moreau, etc. : Cabanis, qui a osé soutenir que le cerveau sécrète la pensée comme le foie sécrète la bile, et qui fait dépendre les facultés et les opérations de l'âme du mouvement organique de l'encéphale impulsionné par les différents organes et par la prédominance de tel ou tel liquide ou système : lymphe, sang, bile ou neurine ; Gall, qui, vous le savez, fait également dépendre les facultés et les opérations de l'âme du volume et du mouvement organique du cerveau ; Broussais (1), qui a continué la doctrine de Gall ; enfin, M. Moreau (de Tours), pour qui toute aliénation mentale n'est qu'une maladie nerveuse.

L'école éclectique renferme dans son sein Pinel, Esquirol, Falret, Cerise, Baillarger, Morel, Brierre de Boismont, etc. Ces médecins, embrassant les deux doctrines spiritualiste et matérialiste, proclament avec Bossuet l'union mystérieuse des deux substances, et demandent aux moyens pharmaceutiques, hygiéniques et moraux, leur concours simultané dans le traitement de la folie. C'est à cette école que je me range.

Actuellement, me direz-vous, avez-vous vu des cas de folie guérie par un traitement purement moral ? Je répondrai : en apparence, oui. Mais, dans ces cas, l'influence morale était préparée et soutenue par un heureux effort de la nature, spontané, ou provoqué, ou corroboré par des moyens pharmaceutiques et hygiéniques appropriés ; car j'ai toujours constaté des modifications

(1) Broussais, 1re édition, page 213, dit : « La perception est donc le phénomène unique de l'intelligence. Ce que nous en savons positivement, c'est : 1° qu'elle se fait dans le cerveau ; 2° qu'elle est une excitation de sa substance. Je ne veux pas dire qu'elle est un effet, un résultat de l'excitation de cette substance : je dis qu'elle est cette excitation elle-même, dans un de ses modes. J'ajoute que l'idée ne saurait être autre chose. Les maladies de l'encéphale prouvent tout cela d'une manière invincible ; elles fournissent l'expérience directe qui démontre que les mots *sensations*, *perceptions*, *idées*, ne peuvent représenter au physiologiste autre chose que de la matière nerveuse dans certains modes d'excitation ; elles mettent ces phénomènes sur la même ligne que la volonté, sur laquelle j'aurai encore quelque chose à dire. »

côté, d'émettre un avis probable sur la véritable nature de l'affection en question; car certains renseignements importants font défaut dans l'observation, que nous reproduisons presque textuellement. A. D.

Kystes ovariques multiples guéris sans l'influence d'un traitement médical, par M. Camille Lauwers.

Obs. — Vers le milieu de l'hiver de 1852-53, je fus appelé auprès de la femme du nommé Derickere, charpentier, rue de France, n° 8, à Halluin, chez laquelle une accoucheuse crut avoir affaire à une grossesse double peu normale. A mon arrivée, un enfant était né d'une manière naturelle, et la matrice, complétement vidée, était revenue sur elle-même; à gauche de cet organe, dans la fosse iliaque, et s'élevant jusqu'au niveau de l'ombilic, se trouvait une tumeur volumineuse, inégale; c'est cette tumeur qui avait été prise pour un second enfant. Mais un examen plus rigoureux nous apprit bientôt qu'il s'agissait d'une agglomération de trois kystes, dont le plus grand, qui était à peu près sphérique, avait le volume d'une tête d'adulte; le plus petit, situé en dedans du premier, était allongé et ressemblait, pour le volume et la forme, à un membre de fœtus; le troisième, ovale et aplati, se trouvait derrière et en dehors du plus grand. Ces kystes semblaient naître d'un même point, au fond du grand bassin, où ils adhéraient à un support commun; dans tout le reste de leur étendue ils étaient flottants et parfaitement libres. Les circonstances particulières qui se réunissaient ici, la grande mobilité des kystes, le relâchement et l'amincissement considérables des parois abdominales, ont permis de faire une expérience exceptionnelle. Le kyste en boudin a pu être pris dans un pli de la ligne blanche élargie, et il a été facile de l'éclairer fortement d'un côté et de constater, de l'autre côté, qu'il était transparent, et que par conséquent ses parois étaient minces et son contenu clair et incolore. Le diagnostic étant ainsi précisé, je rassurai la femme et ceux qui l'entouraient; car je jugeai que, pour le moment, il n'y avait aucun traitement, ni palliatif ni curatif, à instituer.

Au commencement de l'été suivant, cette femme me fit appeler. Son état avait bien changé. L'hydropisie avait envahi tout l'abdomen, qui était distendu uniformément et très volumineux, comme dans une ascite considérable; il n'était plus possible de distinguer les trois kystes, qui, du moins en apparence, étaient confondus en une seule tumeur uniformément convexe. Je savais par les antécédents qu'il s'agissait d'une hydropisie enkystée; néanmoins, je suis fâché de n'avoir pas vérifié à cette occasion les signes qui différencient l'ascite kystique de l'ascite péritonéale.

Le poids énorme du ventre gênait et même entravait les mouvements du corps; la respiration était un peu laborieuse, la digestion se ressentait peu du déplacement et de la compression des viscères les plus importants où s'accomplit cette grande fonction, la circulation semblait libre, les membres inférieurs n'étaient nullement infiltrés, le teint des muqueuses et de la peau était vermeil. Cependant il s'agissait de prendre une décision : je songeai à la ponction, qui ne pouvait procurer qu'une guérison passagère, même probablement très incomplète; je songeai aussi aux injections iodées; mais avant d'en venir à ce moyen nouveau et hardi, je voulais réfléchir et prendre l'avis de savants confrères. Pour commencer, j'instituai donc une médication purement pharmaceutique. Je prescrivis : 1° Pr. Iodure de potassium, 15 grammes; eau commune, 250 grammes. Mêlez. — S. 3 cuillerées par jour, avec les repas, de manière à n'épuiser la potion qu'en une semaine. 2° Pr. Axonge, 32 grammes; iodure de potassium, iode, de chaque, 4 grammes. Mêlez. — S. pommade pour oindre tout le ventre deux fois par jour, assez copieusement pour colorer la peau fortement en jaune, et pour ne pas faire naître une sensation de chaleur bien appréciable.

Le surlendemain, Deryckere me fit dire que sa femme était très mal. En effet, je la trouvai avec le facies de certains cholériques, ou de ceux qui ont un étranglement intestinal : les extrémités étaient froides, amaigries, légèrement cyanosées; le pouls, petit et fréquent (abdominal); la respiration laborieuse. Il y avait des vomissements porracés et séreux, très abondants; point de selles; urines normales et copieuses. Le ventre, la région épigastrique surtout, était douloureux; mais il avait perdu beaucoup de sa tension et de son volume.

Les médicaments, dont on n'avait pas abusé, et qui semblaient avoir produit cet effet inattendu, furent supprimés et remplacés : le premier par de l'eau froide et quelques tranches d'orange, le second par des onctions mercurielles et des cataplasmes émollients.

Les jours suivants les vomissements diminuèrent pour se supprimer bientôt, les douleurs du ventre se calmèrent rapidement. Cependant la résorption du liquide des kystes continua jusqu'à sa complète disparition. Alors on sentit dans la fosse iliaque gauche plusieurs masses solides, bosselées, assez consistantes, mais dont le sujet de cette observation, qui avait repris insensiblement son régime et ses occupations ordinaires, ne ressentit aucun inconvénient. Ce résultat fut obtenu en moins de quinze jours.

Plus d'un an après ma première visite, au moins huit mois après cette guérison apparente, j'ai revu la femme Derickere. Ces masses existaient encore; mais un des kystes était en voie de se reproduire ou un kyste nouveau se formait. Déjà son volume égalait celui de la matrice entre trois et quatre mois de gestation. Ce kyste unique occupait la ligne médiane; il était à peu près sphérique, et vers la moitié de sa hauteur, en avant et un peu à gauche, on pouvait sentir une tumeur assez dure, un peu bosselée, de la grosseur d'un œuf de poule, et qui semblait incrustée dans la paroi kystique. Je voulus recommencer le traitement; mais la malade, trouvant son état très supportable, s'y refusa, disant qu'elle ne reprendrait les médicaments qu'à l'heure où elle s'y trouverait forcée. (*Annales médicales de la Flandre occidentale*, IVe année, 23e livraison.)

---

fonctionnelles du système nerveux dans l'aliénation mentale, et je n'ai jamais vu une idée, un sentiment, un effort subit de la volonté, guérir un aliéné sans que le système nerveux n'ait été avantageusement modifié, préparé à cette influence morale par la force médicatrice de la nature agissant spontanément ou excitée par l'hygiène ou la matière médicale.

Les cas de guérison subite ou prompte par le traitement exclusivement moral, que l'on s'est plu à citer avec fracas et qui ont été accueillis avec cet enthousiasme propre à tout ce qui tient au merveilleux, sont, à mes yeux, ou de simples coïncidences ou le résultat d'une action morale qui, trouvant l'organisme préparé, a produit un ébranlement et un effet décisif. Ils ont donc pu en imposer à des observateurs peu attentifs ou peu versés dans la science psychiatrique; mais, selon les règles ordinaires, toute guérison solide de la folie exige du temps et ou un heureux effort spontané de la nature, ou un effort provoqué par un concours de moyens pharmaceutiques, hygiéniques et moraux continués avec habileté et persévérance.

Je ne veux pas entrer dans l'exposition des faits particuliers propres à confirmer mon opinion, basée sur une expérience de quinze ans; je craindrais de dépasser le but que vous m'avez assigné. Toutefois, je ne puis m'empêcher de vous dire que plusieurs fois il m'est arrivé de renvoyer guéris des malades qui semblaient l'avoir été par de simples secousses morales, et que le même traitement moral qui avait si bien réussi à une certaine époque du délire, parce que le moment fixé par la nature pour une solution avait été saisi avec à-propos, échouait complétement au début de la rechute : preuve évidente de la vérité de ce que j'avance.

Je me propose d'examiner, dans une prochaine lettre, si mes opinions sont d'accord avec celles de Pinel et d'Esquirol.

Agréez, etc. Girard,

Médecin en chef directeur de l'asile d'aliénés d'Auxerre.

Hydropisie périodique de l'ovaire, par le professeur Huss.

Obs. — C... B..., âgée de trente-neuf ans, de constitution moyenne, fut envoyée au Séraphin-Lazareth au commencement de l'été de 1855. Bien menstruée depuis l'âge de seize ans, cette personne jouissait d'une bonne santé habituelle.

Les premiers symptômes de la maladie se montrèrent en 1852. Sans cause connue, elle éprouva de la dysurie, avec douleurs déchirantes et envies fréquentes d'uriner, suivies de l'expulsion de quelques gouttes seulement de liquide. Ces symptômes durèrent deux jours, puis disparurent subitement et d'une manière complète; mais ils se montrèrent de nouveau au bout d'un mois avec les mêmes caractères, et persistèrent deux ou trois jours, pendant lesquels la quantité d'urine excrétée fut plutôt diminuée qu'augmentée ; ce liquide évacué était plus dense et moins clair. Depuis cette époque, la malade a eu tous les mois un accès semblable, à peu près vers le milieu de la période intermenstruelle. Les règles continuèrent à être normales, et dans l'intervalle des accès C... paraissait bien portante. Au cinquième accès, les symptômes prirent un caractère d'acuité plus grande; la miction devint impossible, et la malade dut être sondée. Plusieurs fois dans la suite, on fut obligé de recourir au même moyen.

En décembre 1852, entre deux époques menstruelles, la malade remarqua pour la première fois, pendant qu'elle urinait difficilement, une tumeur située au-dessus des pubis, au milieu de la région hypogastrique. Cette tumeur avait, dit-elle, la grosseur d'une pomme ordinaire ; elle paraissait nettement circonscrite; elle n'était point sensible à la pression; elle diminua graduellement à mesure qu'on approcha de l'époque des règles, et, à la fin de cette dernière, elle ne put être retrouvée. Plus tard, elle reparut, comme précédemment, tous les mois, mais en augmentant chaque fois de volume, et en se portant graduellement vers le côté droit. Au dire de la malade, la tumeur croissait pendant quatre à cinq jours, conservait trois à quatre jours son maximum de volume, puis diminuait peu à peu. La période d'accroissement était accompagnée de douleurs vives. Quand la tumeur se fut accrue au point de remplir toute la fosse iliaque droite et la région hypogastrique et de s'étendre jusqu'à l'ombilic, elle ne disparut plus d'une manière complète, bien qu'elle diminuât encore considérablement de volume. Depuis cette époque, elle devint le point de départ de douleurs obtuses, s'étendant vers le sacrum et dans les cuisses. La malade prétend avoir constaté un rapport constant et inverse entre l'abondance du flux menstruel et l'augmentation de volume de la tumeur. Dans ces derniers temps, la tumeur ayant toujours conservé un certain volume, le flux cataménial a été peu abondant. Jamais il n'y a eu d'hémorrhagie utérine ni d'écoulement muqueux par le vagin. Chaque fois que la tumeur augmentait de volume, la malade urinait avec difficulté, tandis que l'urine coulait facilement et plus abondamment sitôt que la tumeur commençait à revenir sur elle-même. Dans les derniers temps, ce liquide était toujours resté clair, et ne déposait ni sédiments ni sang. Rien du côté du sein, si ce n'est, récemment, un peu de diminution de volume.

Dans le courant de l'année dernière, la malade fut sujette à des dérangements des fonctions digestives : appétit capricieux, envies de vomir; constipation prolongée, ou du moins paresse du gros intestin. Amaigrissement progressif. Point d'abattement moral. Divers traitements avaient été institués, mais n'avaient donné aucun résultat, à part un amendement momentané des symptômes les plus pénibles.

A l'époque où la malade entra au Séraphin-Lazareth, la tumeur avait atteint son apogée. La partie inférieure de l'abdomen était distendue, élastique, vaguement fluctuante; à la percussion, la région tuméfiée donnait un son mat; plus haut, on trouvait la sonoréité intestinale. Les changements de position de la malade ne modifiaient en rien ces résultats. La région iliaque droite était plus proéminente que la gauche; au niveau de la ligne blanche, se voyait une dépression qui semblait diviser la tumeur en deux moitiés. A la palpation de l'abdomen, on sentait une tumeur nettement circonscrite, peu douloureuse, qui s'étendait en haut à 1 pouce au-dessus de l'ombilic, en bas derrière les pubis, et qui occupait toute la région hypogastrique, bien qu'elle fût plus développée à droite. Circonférence de l'abdomen au niveau du point le plus saillant, 33 pouces; distance entre les deux épines iliaques antéro-supérieures, 12 pouces 1/2; distance entre les deux plis inguinaux, au bord supérieur du pubis, 9 pouces. Urèthre et vessie sains; urine peu abondante (environ 2 livres par jour), claire, avec un peu de dépôt muqueux, sans albumine ni sucre; proportion normale de chlorures. L'utérus, exploré avec la sonde, ne présentait rien d'anormal dans sa cavité; parois sans inégalités ni productions pathologiques; museau de tanche sans altération quelconque. La matrice tout entière était un peu abaissée; son corps inclinait vers la gauche. Vagin distendu à droite par une tumeur élastique, qu'on reconnut être une portion de celle qui soulevait la paroi abdominale. Cette tumeur avait une surface lisse, et donnait la sensation d'une poche remplie de liquide. L'exploration par le rectum confirmait ces données.

Poumon, cœur et vaisseaux sains. Teint normal. Point d'œdème des membres inférieurs; amaigrissement léger; forces conservées; bon appétit; paresse du ventre.

Traitement. — Tartre boraté, dans une infusion de digitale; sur l'abdomen, un emplâtre de mercure, savon et digitale.

Le 28 juin, huit jours après l'entrée de la malade, la tumeur commença à décroître et à se ramollir, tandis que la quantité d'urine devenait peu à peu plus considérable, et s'élevait jusqu'à 3 à 4 quarts par jour. Urine claire, aqueuse, sans albumine. Absence de douleurs. Constipation.

1er juillet. Invasion des règles; au bout de deux jours, la tumeur avait presque complétement disparu. A la fin de l'époque menstruelle, on ne pouvait plus la sentir à travers la paroi abdominale; mais à l'exploration par le vagin, quand en même temps on comprimait le côté droit de la région hypogastrique avec l'autre main, on trouvait une grosseur élastique du volume d'un œuf de poule, occupant la partie supérieure et droite du bassin. Le sang des règles était de couleur foncée, sans mélange de caillots ni de mucus. La mensuration donnait alors 29 pouces 1/2 pour la circonférence de l'abdomen, 10 pouces pour la distance entre les deux épines iliaques, et 7 pouces pour l'intervalle entre les deux aines.

Traitement.—Iodure de potassium dans de l'eau de persil. Pendant tout le mois de juillet, on ne constate ni tuméfaction de l'abdomen, ni modification notable de la tumeur reconnaissable à travers le vagin. Le flux menstruel, un peu moins abondant que d'ordinaire, ne fut ni précédé ni accompagné de douleurs.

Dans la deuxième semaine du mois d'août, des douleurs et un sentiment de distension annoncèrent un commencement de travail dans la tumeur, dont le volume s'accrut si rapidement, qu'elle devint facile à sentir à travers les téguments du ventre (vésicatoire à l'hypogastre, 1/2 grain d'iodure de mercure trois fois par jour, à l'intérieur, jusqu'à salivation légère). Sous l'influence de ce traitement, la tuméfaction ne fit pas de progrès nouveaux, et même rétrograda plus tôt que de coutume. Après la guérison du vésicatoire, on appliqua de nouveau l'emplâtre indiqué plus haut.

En septembre, les règles vinrent un peu en retard et peu copieuses. Le 9 du même mois, la malade quitta l'hôpital. Les mensurations de l'abdomen fournirent les mêmes résultats que ci-dessus ; la tumeur avait le volume d'un œuf.

La malade a donné ultérieurement sur son état les renseignements suivants : Pendant tout le mois de septembre, elle s'est bien trouvée; mais le mois suivant la tumeur a pris un volume plus considérable que jamais, et a donné lieu à des douleurs très vives. Comme précédemment, elle a diminué à l'époque habituelle, sans disparaître complétement. En novembre, mêmes phénomènes, moins prononcés cependant. En décembre, accès des plus violents, avec dysurie et vomissements très pénibles. Mais sitôt que la tumeur, qui ne disparaît plus complétement, commence à diminuer, la malade se trouve parfaitement bien, et peut vaquer aux soins du ménage. (*Allg. med. Centr. Zeit.*, n° 96.)

PLAIE PÉNÉTRANTE DU CŒUR PRODUITE PAR UN ÉCLAT DE PIERRE.

Obs. — Un vieillard de cinquante-sept ans, Thomas, manœuvre de la commune de Leugny, se rendait à Auxerre le samedi 16 août 1856. Sur le point d'arriver au lieu de sa destination, il rencontre un de ses amis occupé à casser des pierres pour l'approvisionnement de la route. Tout en conversant, il prend une masse (marteau) et se met au travail. Une heure s'écoule ainsi. Il était dix heures du matin ; tout à coup Thomas se plaint d'une vive douleur causée par un éclat de silex qui vient de l'atteindre. Son compagnon aperçoit en effet à la poitrine, et par la chemise restée entr'ouverte, une très étroite plaie sanguinolente, de quelques millimètres de longueur seulement. Le sujet est transporté à l'hôpital.

La plaie avait son siége à la partie antérieure de la poitrine, près le bord gauche du sternum, entre la quatrième et la cinquième côtes; elle était irrégulière et n'avait pas plus de 3 millimètres de diamètre ; ses environs étaient peu douloureux et ses bords parfaitement en contact. Quoique rien ou presque rien n'indiquât que cette blessure fût pénétrante, le malade se plaignait de gêne dans la respiration.

Aussitôt arrivé à l'hôpital, une saignée copieuse procure un soulagement momentané. Après comme avant la saignée, le malade rend parfaitement compte de son état et des circonstances de l'accident.

Le lendemain matin dimanche, il était paralysé de tout le côté droit, sans connaissance, sans parole.

La journée se passe ainsi, et il succombe le lundi matin, à neuf heures.

M. le docteur Marie, médecin chirurgien de l'Hôtel Dieu d'Auxerre qui avait soigné le malade, pratique l'autopsie. Voici le résumé de ses observations et de l'examen cadavérique :

Autopsie. — A l'ouverture de la poitrine on trouvait un épais caillot de sang noir couvrant tout le péricarde.

Cette enveloppe du cœur était percée d'un petit trou correspondant à la plaie extérieure de la poitrine.

L'ouverture de cette enveloppe permettait de constater que le péricarde était rempli de sang noir, coagulé, comprimant fortement le cœur.

Ce sang enlevé, on reconnaît une petite plaie ecchymosée et pénétrante de l'oreillette gauche du cœur.

Épanchement sanguin dans le ventricule gauche du cerveau.

On pense que, en raison du si faible diamètre de la blessure, l'épanchement se sera fait lentement, goutte à goutte; d'où gêne peu sensible d'abord dans la circulation et dans la respiration, mais devenue plus tard assez considérable pour déterminer une apoplexie cérébrale.

Mais la circonstance capitale et vraiment curieuse de l'observation gît dans cette blessure de l'oreillette produite par un éclat de pierre lancé contre la poitrine. La continuité de l'ouverture depuis la peau jusqu'à l'intérieur de la cavité cardiaque, ne laisse guère de doute sur le mécanisme de la lésion et ne permet pas de supposer une rupture spontanée de l'oreillette. Toutefois, il eût été bien à désirer qu'on constatât l'existence du fragment du silex dans l'oreillette même ou aux environs.

Auxerre, le 3 janvier 1857. V. Hernoux.

CYANOSE CONGÉNITALE CHEZ UN ENFANT DE HUIT ANS.

Obs. — Paul Idrac, âgé de huit ans, né et domicilié à la métairie d'Auribail, commune de Marquefave, canton de Carbonne.

Sa maladie est congénitale. Venu au monde à la suite d'un accouchement naturel, ses parents remarquèrent, dès l'instant de sa naissance, une dyspnée considérable, une suffusion cyanique légère, qui n'est devenue générale et foncée qu'à l'âge de quatre ans. A ce phénomène se sont joints, depuis, une sensibilité vive au froid, une dyspnée rapidement portée à l'orthopnée, des suffocations, des syncopes, quand l'enfant a voulu exécuter quelques mouvements.

L'état actuel est le suivant : Coloration violacée de la face ; injection notable de la muqueuse oculo-palpébrale; coloration noirâtre des lèvres, de la langue, de la muqueuse buccale. Le tronc, les membres offrent une teinte moins foncée. Les pieds, les mains, présentent la même nuance que la face. La dernière phalange des doigts et des orteils est enflée en forme de massue.

Peau froide ; sensibilité très grande au froid. Les mouvements les plus légers causent des palpitations, des suffocations, des syncopes.

Voussure prononcée de la région précordiale ; impulsion cardiaque soulevant la main ; pointe du cœur battant dans le sixième espace intercostal, en dehors d'une verticale passant par le mamelon ; matité considérable ; premier bruit remplacé par un souffle rude, ayant son maximum d'intensité à la base, ne se prolongeant pas sur le trajet de l'aorte. Murmure respiratoire faible à gauche et en avant ; exagéré à droite, en avant et en arrière.

L'auscultation, la percussion jettent le malade dans un état lipothymique.

Pouls petit, à 140.

J'ai fait trois applications de sangsues, à huit jours d'intervalle (6 sangsues à l'anus chaque fois). Sous l'influence de cette médication, la cyanose a pâli ; la dyspnée, les suffocations ont été plus rares et moins graves ; mais la faiblesse est devenue si grande, qu'il a fallu renoncer aux émissions sanguines.

Concurremment, la digitaline a été portée sans accident à la dose progressive de 4 granules par jour. Les palpitations ont perdu de leur énergie ; le pouls est tombé à 90.

J'ajoute à ce moyen des frictions stimulantes générales.

L'ensemble des symptômes sus-énoncés me porte à admettre l'existence d'une communication anormale et congénitale entre les oreillettes. Le bruit de souffle, avec les caractères décrits plus haut, me paraît devoir correspondre à une coarctation de l'orifice de l'artère pulmonaire ; la matité considérable de la région précordiale, l'impulsion énergique du cœur coïncidant avec un pouls filiforme, à une hypertrophie du ventricule droit, — toutes lésions rencontrées par M. Louis dans des circonstances symptomatiques semblables à celles que je viens de signaler.

Cependant le petit malade a atteint sa huitième année, et tout porte à croire que des soins bien entendus prolongeront son existence.

Morgagni, Frank, M. Louis, Gintrac, M. Bouillaud, relatent des faits analogues. Je n'ai point la prétention d'innover sur ce sujet; cependant, je crois que l'histoire de ce malade doit être enregistrée dans les annales de la science. Elle ajoute un fait nouveau à ceux assez rares, du reste, qui prouvent que les lésions les plus graves, les plus incompatibles avec la vie, peuvent, à un moment donné, déjouer les prévisions funestes les mieux fondées.

Dr Dupau.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 5 JANVIER 1857.—PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

MÉDECINE. — *Note sur le délire des aboyeurs, variété de la danse de Saint-Guy*, à l'occasion des communications précédentes de MM. Boscredon et Pize sur le même sujet, par M. *Ancelon*.—Quand on suit avec une attention soutenue les deux époques les plus orageuses de l'enfance, dit l'auteur, la première et la seconde dentition, on s'aperçoit bientôt de l'empire qu'elles exercent l'une et l'autre sur l'économie animale en général, et sur le système nerveux en particulier. Sur trois cents enfants de six à quinze mois, chez lesquels l'évolution dentaire se préparait avec plus ou moins de difficultés, j'ai eu occasion d'en compter cent quatre-vingts, dont un ou plusieurs membres, alternativement ou simultanément paralysés, avec douleurs articulaires, eussent pu induire en erreur un observateur inattentif et lui faire croire, comme à la plupart des parents effrayés, à l'existence d'une luxation sans cause mécanique.

Ce phénomène étrange, qui se manifeste d'une manière brusque, disparaît et se reproduit pour s'évanouir de nouveau, sans que la thérapeutique ait besoin ou ait le temps d'intervenir : il semble avoir remplacé les convulsions de l'enfance, devenues extrêmement rares. De ces cent quatre-vingts enfants, j'en retrouve encore soixante-quinze atteints de chorée, à l'époque de la deuxième dentition, c'est-à-dire à l'âge de six à onze ans.

Il n'y a pas bien loin des paroxysmes suscités par la deuxième dentition aux phénomènes initiaux de la chorée. Celle-ci débute ordinairement d'une manière lente, insensible et assez vague pour être toujours méconnue. Ses premiers signes pathognomoniques, dans les formes les plus communes, consistent en de légers mouvements du bras, de la jambe, tantôt à droite, tantôt à gauche ; puis bientôt la totalité des muscles est prise. La chorée des aboyeurs, au contraire, commence toujours par des convulsions de la face, qui se dissipent la plupart du temps pour faire place à des secousses brusques et fréquemment répétées du tronc et du diaphragme. Ce changement se manifeste d'abord par des hoquets fatigants, peu après par un soufflement nasal semblable à celui d'un chien qui évente une bête fauve, puis enfin par des éclats de voix soudains et rapides. Du reste, point d'autres troubles apparents au premier aperçu. Seulement il est digne de remarque que la sensibilité morale est singulièrement pervertie chez les aboyeurs : ils sont vains, capricieux, irascibles et peu sociables. J'ajouterai, avec Cullen, Bosquillon, Georges et Bouteille, qu'il existe toujours un léger « affaiblissement intellectuel et quelquefois même un premier degré d'imbécillité » sur lesquels il ne faut pas se hâter de porter un fâcheux pronostic.

J'ai fait connaître ailleurs les succès que j'ai obtenus de l'administration d'un mélange de noix vomique et de sélin des marais pulvérisés, dans le traitement des choréiques. L'observation suivante de délire des aboyeurs montrera les modifications que j'ai cru devoir apporter, dans cette circonstance particulière, à ma méthode thérapeutique.

Louis L..., âgé de quatorze ans, s'est présenté à ma consultation en juin 1854. Atteint d'un délire des aboyeurs depuis l'âge de sept ans, son intelligence avait diminué en raison directe des progrès de son affection. Toutes les fonctions, interrogées avec soin, se trouvent être dans un état d'intégrité parfaite.

En examinant la colonne vertébrale, on développe à la pression, entre la troisième et la quatrième vertèbre cervicale, une sensibilité des plus vives ; il semble même que cette pression douloureuse provoque les aboiements.

Ce qui a été désigné sous le nom de secousses, ce sont des vibrations du diaphragme, des muscles du tronc qui ébranlent la tête et le buste, et produisent, suivant que les convulsions maintiennent la bouche fermée ou béante, un simple souffle nasal ou un éclat de voix formidable, véritable aboiement.

Préoccupé de la sensibilité développée dans la région cervico-vertébrale, j'en fis l'objet d'une indication particulière, et je prescrivis des ventouses scarifiées, *loco dolenti*. L'enfant me revint au bout de quinze jours, sans avoir obtenu d'autre amendement de trois applications de six ventouses faites à quatre ou cinq jours d'intervalle, qu'un peu de diminution dans la sensibilité intervertébrale. Un séton, passé un peu au-dessus du siége de la douleur, diminua, au bout d'un mois et demi, le nombre et la violence des aboiements ; puis l'usage de 60 centigrammes de noix vomique et de 12 grammes de sélin des marais par jour, concurremment avec le séton, dont l'action bienfaisante s'était singulièrement ralentie, amenèrent une cure radicale qui ne s'est point démentie. (*Commission nommée.*)

— M. *Alquié* adresse une réclamation de priorité à l'occasion d'un mémoire sur l'emploi du séton filiforme aidé de la compression dans le traitement des tumeurs abcédées et en particulier des bubons, mémoire lu par M. Bonnafont dans la séance du 8 décembre 1856. (*Renvoi à l'examen des commissaires nommés pour le mémoire de M. Bonnafont :* MM. J. Cloquet et Jobert de Lamballe.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 13 JANVIER 1857.—PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Deux rapports de M. le docteur *Girault* (de Rambouillet), sur une épidémie de rougeole qui a régné à Limours. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1856 dans le canton de Villeneuve-sur-Yonne, par M. *Marty*, médecin. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit une note sur la médecine des épidémies en province, par M. le docteur *Lagillardaie*. (*Commission des épidémies.*)

M. *Depaul*, au nom de M. *Noël Gueneau de Mussy*, médecin de la Pitié, offre en hommage à l'Académie un ouvrage *Sur l'angine glanduleuse ou granuleuse.* (Remercîments à l'auteur.)

M. *le Président* annonce que M. le docteur *Négrier*, directeur de l'École préparatoire de médecine d'Angers, et membre correspondant, assiste à la séance.

M. *le Président* fait savoir à l'Académie qu'il y a lieu de déclarer une place vacante dans la *section d'hygiène et de médecine légale*, et qu'en conséquence la compétition est ouverte pour cette place.

M. *Bouley* et M. *Renault* font observer qu'il y aurait également lieu de pourvoir, dans un assez court délai, à un remplacement dans la section de médecine vétérinaire, qui est demeurée incomplète depuis plusieurs années.

Après quelques observations de M. *le Président*, de MM. *Adelon*, *Moreau*, *Dubois* (d'Amiens), la réclamation de MM. Bouley et Renault est renvoyée à l'examen du Conseil.

Discussion sur les kystes de l'ovaire.

M. *Moreau*. Tout à fait au début de cette discussion, j'ai avancé que les kystes de l'ovaire n'étaient, le plus souvent, que des tumeurs incommodes, pouvant permettre aux femmes qui en sont affectées de fournir encore une longue carrière ; que, dans la majorité des cas, il fallait abandonner ces kystes à eux-mêmes, et ne les attaquer qu'au moment où ils commençaient à compromettre la santé.

Cette proposition a rencontré de vives oppositions, soit dans cette enceinte, soit au dehors. M. Cazeaux s'est élevé contre avec une grande véhémence ; il nous a fait connaître des statistiques suivant lesquelles les femmes affectées de kystes ovariens ne vivaient pas, en moyenne, au delà de cinq à dix ans. Mais ces statistiques ont-elles été faites avec toute la rigueur désirable? Tous les cas rassemblés étaient-ils bien comparables et de même nature ?

D'ailleurs, je répète que j'ai connu des femmes qui vivaient vingt, vingt-cinq et trente ans avec des kystes de l'ovaire. Et

beaucoup de nos collègues ne savent-ils pas, comme moi, qu'un certain nombre de vieilles infirmes meurent à la Salpêtrière avec des kystes de longue date, sans jamais avoir éprouvé le besoin de se faire opérer?

Puis, n'a-t-on pas rapporté, dans cette même discussion, quelques faits remarquables de guérison, soit spontanée, soit obtenue par un traitement interne ou par une seule ponction palliative? De pareils faits ne nous disent-ils pas assez qu'on ne doit pas se hâter de recourir à une opération chirurgicale, ni tenter la cure radicale de kystes encore peu développés?

Enfin, les éclaircissements jetés par MM. Piorry et Cruveilhier sur l'anatomie pathologique de ces tumeurs n'ont-ils pas suffisamment démontré qu'il y a des kystes incurables, que certains ne peuvent pas être attaqués sans danger, et que les mêmes moyens ne sauraient convenir à tous ceux qui sont susceptibles de traitement?

Je ne parlerai pas des grossesses extra-utérines, que M. Huguier a placées parmi les kystes ovariques; elles s'en écartent trop par leurs caractères pour qu'on puisse les leur assimiler au point de vue thérapeutique.

Je tiens la ponction palliative pour une opération très simple, très innocente, et j'estime qu'elle peut suffire dans la grande majorité des cas; mais il ne faudra même y recourir que le plus tardivement possible.

Pour l'injection iodée, je partage entièrement les réserves faites par MM. Cruveilhier et Trousseau. Je crois que c'est une opération souvent inutile, quelquefois dangereuse, et qu'il ne faut pratiquer que dans des cas tout à fait exceptionnels.

J'ai vu appliquer une fois l'électricité; elle a provoqué des accidents inflammatoires qui n'ont fait qu'augmenter le volume du kyste.

Quant à l'ovariotomie, c'est une opération atroce, barbare, qu'il faut ranger parmi les attributions des exécuteurs des hautes œuvres.

La discussion, loin d'ébranler mes convictions relativement au pronostic et à la thérapeutique des kystes de l'ovaire, n'a donc fait que me confirmer davantage dans l'opinion que j'ai formulée dès le premier jour, et que j'ai rappelée au commencement de cette communication.

M. *Huguier*, qui vient d'entendre M. Moreau lui reprocher d'avoir confondu les grossesses extra-utérines avec les kystes de l'ovaire, réclame contre cette prétendue méprise. Les faits auxquels M. Moreau fait allusion étaient relatifs à des grossesses développées concurremment avec des kystes ovariques.

M. *Cloquet*. J'avais aussi l'intention de prendre part à cette discussion; mais M. Moreau vient d'exprimer si bien ma propre pensée, que je crois pouvoir m'abstenir de parler.

J'ajouterai seulement que je n'ai pas toujours vu les kystes de l'ovaire déterminer des accidents assez graves pour nécessiter une opération, et qu'une de mes malades a succombé à une péritonite après une ponction simple, probablement par suite de l'épanchement du liquide de la tumeur dans la cavité séreuse.

M. *Velpeau*. Messieurs, pressé par l'heure la dernière fois que j'ai eu l'honneur de porter la parole à cette tribune, je n'ai pas eu le temps de m'étendre sur les détails relatifs à la médecine opératoire des kystes de l'ovaire. Je me propose aujourd'hui de remplir cette lacune.

Et d'abord, je veux rappeler que j'ai cherché à établir, dans ma dernière communication, que, malgré bien des statistiques lamentables, la ponction simple est une opération sans danger. En outre, il résulte des faits nombreux qui nous ont été rapportés, que la ponction suivie de l'injection iodée n'est pas plus dangereuse que la simple ponction palliative.

Relativement à l'opportunité de l'opération, nous dirons donc qu'il faut agir de bonne heure, c'est-à-dire quand on a le plus de chances possibles de succès. Une assez longue expérience m'a appris que l'hydrocèle guérissait d'autant plus vite et plus sûrement par l'injection iodée, que l'épanchement était moins ancien et moins volumineux. Pourquoi en serait-il autrement pour les kystes ovariques?

Si donc un kyste de l'ovaire du volume d'une tête d'adulte était capable de causer des accidents, je dirais au chirurgien: Opérez avant que la tumeur ait dépassé le niveau de l'ombilic; mais comme les kystes de cette grosseur inquiètent rarement celles qui les portent, il vaut mieux les respecter, à moins que la femme ne vous demande elle-même à être opérée. Je ne conseillerai donc au chirurgien de prendre l'initiative que lorsque le kyste, par son développement considérable, déterminera des accidents qui rendront l'opération urgente.

En conséquence, nous pouvons admettre qu'en théorie il vaudrait mieux pratiquer l'injection iodée dans des kystes jeunes encore et peu développés, c'est-à-dire en temps d'élection; mais qu'en pratique il faudra attendre, pour tenter la cure radicale, que la femme vienne réclamer le secours de l'art, c'est-à-dire le moment de nécessité.

L'injection iodée ne devra être repoussée que pour les kystes que l'altération de leurs parois ou la qualité de leur contenu feront considérer comme incurables.

Où devra-t-on pratiquer la ponction? Quelques chirurgiens ont conseillé de ponctionner les kystes ovariques par le vagin, et j'avoue que je me rangerais volontiers à cette opinion, si l'opération faite en ce point ne devait pas exposer la femme à de grandes incommodités, et le chirurgien au danger de blesser l'intestin. Je crois qu'on ne devra ponctionner par le vagin que les kystes qui y formeront une tumeur proéminente, facile à sentir et à atteindre.

Mais, dans la majorité des cas, c'est la ponction par les parois abdominales qu'il faudra préférer; et on devra la pratiquer dans le point où la tumeur est le plus franchement fluctuante, et, autant qu'on le pourra, à la partie la plus déclive. M. Boinet conseille de ponctionner le plus bas possible; je crois que ce précepte est surtout applicable aux kystes mobiles; car en ponctionnant très bas, on se rapproche de leur pédicule qui est le point le plus fixe.

Si le kyste est très volumineux, faut-il en diminuer le volume par des ponctions simples avant de pratiquer l'injection? On a donné ce conseil, afin de porter l'irritation iodique sur une cavité le plus réduite possible, et d'éviter les dangers qui pouvaient résulter d'une inflammation trop étendue. C'était ainsi que Bertrandi agissait pour les hydrocèles. J'ai suivi d'abord cette méthode; mais depuis que l'iode a été substitué au vin dans les injections des cavités séreuses, j'ai abandonné la précaution recommandée par Bertrandi, et je n'ai pas remarqué que l'injection pratiquée d'emblée fût plus à redouter qu'après la réduction de la tumeur par une ou plusieurs évacuations préalables.

De même pour les kystes de l'ovaire, je ne sache pas qu'il soit plus dangereux d'injecter tout de suite une tumeur contenant 20 à 25 litres de liquide qu'une autre qui n'en contiendrait que 4 ou 5.

Je crois donc que, quel que soit le volume du kyste, il faudra, quand il y aura lieu, faire tout de suite l'injection iodée.

Quelques personnes redoutent étrangement pour le péritoine, soit l'épanchement du liquide du kyste, soit la pénétration de la liqueur iodée. Mais ces choses arrivent très rarement si l'on prend toutes les précautions que la prudence commande.

En tout cas, un pareil accident n'expose pas à de si grands dangers: car la quantité de liquide épanchée est très petite, et elle ne produit sur le péritoine qu'une inflammation fort limitée, tout à fait passagère, laquelle se dissipe d'elle-même en peu de temps, sans suppurer.

Il ne faut donc pas que la crainte de cet épanchement fasse recourir à des précautions exagérées et plus nuisibles cent fois que le prétendu danger que l'on veut éviter: telles sont les canules ou les sondes qu'on laisse dans la plaie de la ponction pendant cinq ou six heures. A plus forte raison dois-je proscrire les canules à demeure qui provoquent l'inflammation suppurative du kyste.

Est-il nécessaire de vider entièrement le kyste avant de pratiquer l'injection? Je crois que c'est là une précaution superflue. L'action de l'iode n'est nullement atténuée par le peu de sérosité qui reste dans la tumeur, ainsi que j'ai eu souvent occasion de l'observer pour l'hydrocèle: on peut même, dans ce cas, injecter quelques gouttes de teinture d'iode pure qui s'étendent en se mélangeant au liquide morbide.

Faut-il, comme on l'a conseillé quelquefois, laver le kyste, afin d'étendre l'injection irritante sur toute la surface interne? Je ne pense pas que cela soit utile pour les kystes séreux. Car le but qu'on se propose par cette pratique n'est pas nécessaire à la cure radicale. On veut étendre l'inflammation adhésive à toute la cavité, de manière à amener son oblitération. Mais dans la majorité des cas de guérison définitive, il n'y a pas eu adossement complet et adhérence des parois. La surface interne du kyste a été modifiée par l'injection ; elle a cessé d'être le siége d'une exhalation continuelle. La tumeur est revenue sur elle-même ; elle a été réduite à un très petit volume et est demeurée définitivement stationnaire.

Je ne réserverais donc le lavage que pour les kystes dont le contenu demi-liquide peut être dissous ou entraîné par ce moyen.

Quant à la matière à injection, je crois que la plus efficace c'est la teinture d'iode, étendue de moitié d'eau ordinaire ou distillée, tiède ou à la température ambiante.

Doit-on, après l'injection, chercher à retirer tout le liquide injecté ? Dans l'hydrocèle, je laisse s'échapper une partie de l'injection qui est expulsée par les contractions spontanées des tuniques du scrotum : l'autre partie, qui est à peu près le quart ou le sixième du liquide injecté, demeure dans la tunique vaginale. Je n'ai jamais eu à déplorer quelque accident de cette pratique. Il me paraît donc inutile de chercher à retirer du kyste tout le liquide injecté. D'ailleurs, on y parviendrait, sans doute, difficilement; car la teinture d'iode coagulant les matières albuminoïdes, il se forme des grumeaux qui ne tardent pas à obstruer l'orifice de la canule ou des sondes.

Une précaution sur laquelle déjà Monro insistait et que je ne saurais trop recommander aussi, c'est d'exercer, après l'évacuation du kyste, une compression modérée, méthodique, autour de l'abdomen.

L'injection, en provoquant une irritation de la surface interne du kyste, est toujours suivie d'une hypersécrétion et d'un accroissement de la tumeur. Mais bientôt la résorption s'opère, la tumeur s'affaisse progressivement et conserve un volume à peine sensible : c'est ainsi que les choses se passent dans les cas les plus favorables. D'autres fois, cependant, trois semaines, un mois, deux mois même se passent sans que la résorption du nouvel épanchement s'opère. Dans ces cas-là, faut-il ponctionner de nouveau et recourir à une seconde injection iodée? M. Boinet le conseille. Quant à moi, je crois qu'il ne faut pas trop se hâter ; car je connais des femmes qui ont vu la résorption s'opérer définitivement plusieurs semaines après l'injection iodée. Il ne faudra donc, je pense, recourir à une nouvelle opération que si le travail de résorption définitive se fait trop longtemps attendre.

Nous ne pouvons pas nous dissimuler qu'un certain nombre de tentatives de cure radicale des kystes ovariques ont été suivies d'accidents graves et de mort.

Quelles sont les causes de ces terminaisons funestes?

Il me semble y en avoir deux principales, et qu'on retrouve dans la plupart des observations malheureuses :

La première, c'est qu'on a opéré des kystes déjà anciens, dégénérés, ou même dont les parois étaient envahies par l'inflammation.

La seconde, c'est que les femmes opérées, au lieu de s'astreindre à un repos suffisamment prolongé, se sont livrées trop vite à la marche, à des occupations pénibles, à des fatigues de toute espèce.

A ces causes, M. J. Guérin en a ajouté bien d'autres. Mais, pour ce chirurgien, le plus grand danger de la ponction des kystes ovariens est dans la pénétration de l'air, soit dans le péritoine, soit dans la cavité même du kyste. Il a même imaginé, pour expliquer cette entrée de l'air dans le ventre, une petite théorie qui ne me satisfait nullement. Je rejette comme tout à fait inexacte, quoique bien ingénieuse, l'assimilation qu'il a faite des parois abdominales sur lesquelles on presse et d'un soufflet. Il faudrait, pour que l'air pût s'introduire par ce mécanisme, que la cavité du péritoine et celle du kyste demeurassent béantes et fussent entièrement vides. Or, les parois de ces cavités sont des tissus mous, fort minces ordinairement, qui s'affaissent d'eux-mêmes et demeurent adossés, quand ils ne sont point séparés par un liquide ou un gaz développés dans leur épaisseur. D'ailleurs, la pression atmosphérique qui s'exerce au dehors ne permettrait guère que ces cavités restassent vides et béantes. Enfin, ne peut-on pas prendre toute espèce de précautions pour s'opposer à l'entrée de quelques bulles d'air ?

Supposons même que cette introduction ait lieu quelquefois. Mais l'air atmosphérique est-il donc aussi dangereux, aussi redoutable que le pense M. Guérin? Ne sait-on pas que des conscrits, des mendiants, s'insufflent journellement de l'air dans le tissu cellulaire des membres ou du scrotum sans danger pour les tissus? L'emphysème de la face, si commun après certaines fractures des os du nez ou du crâne ; l'emphysème général qui succède, dans le pneumothorax, à la rupture de la plèvre, ont-ils jamais provoqué des accidents inflammatoires graves?

Sans doute, le contact de l'air est dangereux dans certains cas : ainsi, il est nuisible aux surfaces traumatiques, aux tissus malades qui ont de la tendance à suppurer ou qui sont déjà baignés par des liquides facilement altérables. Mais il faut encore pour cela que l'air soit en quantité suffisante et sans cesse renouvelé. Alors il agit, non pas comme on le dit et comme on le croit généralement, à la manière d'un agent irritant, mais bien à la manière d'un réactif qui donne lieu à des combinaisons nouvelles et communique des qualités nuisibles aux liquides organiques en les transformant.

L'air n'est donc pas un ennemi aussi cruel que M. Guérin a bien voulu le dire ; et je ne crois pas, d'ailleurs, qu'il puisse s'introduire aisément dans les kystes ovariques ou dans le péritoine après la ponction, pendant les manœuvres que l'on fait pour vider la tumeur.

Maintenant voici venir deux grosses hérésies que je n'ai pas voulu relever dans la dernière séance, parce que je croyais qu'elles avaient échappé à leur auteur. Mais il les a répétées avec tant de complaisance dans la reproduction écrite de son discours que je vais aujourd'hui les attaquer de front.

L'air, a dit et répété M. J. Guérin, peut pénétrer dans le péritoine à travers la cavité de l'utérus et le trajet des trompes de Fallope chez les femmes distraites, qui, en se donnant des injections, continuent à faire jouer machinalement le clysopompe quand le liquide est épuisé! Cet air, ajoute M. Guérin, est rendu par l'estomac et le rectum après de copieuses éructations !...

Il me paraît étrange que l'air poussé de cette manière suive une autre voie que le liquide, et qu'il aille pénétrer dans l'utérus et les trompes au lieu de s'échapper par le vagin, qui lui offre une issue plus courte, plus prompte et bien plus large. Puis, M. Guérin a-t-il donc tellement perdu de vue l'anatomie qu'il ne se souvienne plus que si l'orifice externe du col utérin, chez certaines femmes, est béant, l'orifice interne est toujours fermé? que l'ouverture des trompes dans la matrice est oblitérée par une petite valvule? qu'enfin le calibre même des trompes utérines est tellement exigu, tellement capillaire, qu'il ne doit pas admettre facilement de grandes quantités d'air? D'ailleurs je ne comprends guère qu'une femme puisse se pousser *machinalement* dans le péritoine une masse d'air assez considérable pour produire à sa sortie des *éructations copieuses* ; à moins d'admettre que cette femme fût longtemps distraite, qu'elle poussât avec une grande persévérance et au moyen d'un clysopompe d'une bien grande énergie. Ce que je comprends moins encore que tout cela c'est que de l'air injecté dans le péritoine traverse les tuniques de l'intestin, et ressorte par l'estomac et le rectum!

Si ce qu'a dit M. Guérin était vrai, il faudrait bouleverser toute la pathologie!

Notre collègue me paraît avoir avancé une seconde hérésie quand il a dit qu'on pouvait, au moyen de sa seringue, se passer d'injecter les kystes ovariques ; qu'il suffisait de continuer les aspirations après l'évacuation du liquide, afin d'exercer sur la surface du kyste une action de ventouse qui y appelait une irritation semblable à celle que produit la teinture d'iode. M. Guérin ignore-t-il donc que cette action de ventouse ne doit s'exercer qu'en un point très limité, celui qui est en contact avec l'orifice même de la canule de la seringue, et qu'il est impossible, partant, de déterminer une fluxion sur toute l'étendue de la cavité ?

Enfin j'avouerai à M. Guérin que je ne comprends pas très bien comment il rattache son traitement des kystes ovariques à la *méthode sous-cutanée;* je ne vois pas trop ce qu'il y a de *sous-cutané* dans cette ponction et dans l'introduction de la seringue.

M. *J. Guérin*. L'heure avancée ne me permet pas de répondre immédiatement à M. Velpeau ; je le ferai dans la prochaine séance. Cependant je dirai, dès aujourd'hui, que je vois trois choses dans le discours de notre collègue : des méprises que je ne chercherai à dissiper, des arguments sérieux que je ne tâcherai de combattre, et des attaques d'un autre ordre auxquelles je me dispenserai de répondre.

PRÉSENTATION. — M. le docteur *Sanson* met sous les yeux de l'Académie le délivre d'une grossesse triple : c'est un large placenta indiquant les traces superficielles de trois divisions, auxquelles correspondent autant de cordons ombilicaux. Les trois jumeaux, nés à la fin du septième mois, à dix minutes d'intervalle, après un travail assez laborieux, présentent toutes les conditions de la vitalité.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 16 JANVIER 1857.

1° M. *Duparcque :* Suite de la lecture d'un mémoire sur l'hystérie.

2° M. *Guibout :* Communication sur une forme rare de l'hystérie.

3° M. *Sales-Girons :* Considérations sur les inhalations respiratoires des eaux minérales.

4° M. *Durand-Fardel :* Lecture sur la médication des eaux minérales.

Société médicale des hôpitaux de Paris.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1856.— PRÉSIDENCE DE M. GUÉRARD.

Sur l'emploi de l'électricité dans la suppression de la sécrétion lactée.

M. *Becquerel* expose une observation qui démontre l'influence de l'électricité pour rappeler la sécrétion lactée.

Il y a quelques mois, dit M. Becquerel, M. Aubert fit connaître un fait qui me sembla bien intéressant et dont la *Gazette des hôpitaux* publia le résumé. Il s'agissait d'une femme de vingt-six ans, mère de trois enfants. Le troisième, qu'elle nourrissait, fut atteint d'une pneumonie double pendant laquelle on lui supprima le sein. Lorsqu'il fut en état de le reprendre, la sécrétion lactée avait à peu près disparu. M. Aubert employa l'électricité appliquée sur les seins à l'aide d'excitateurs humides, et, après quatre séances de vingt minutes chacune, la sécrétion lactée était complétement rétablie. Je ne crus pas d'abord à la réalité du fait ; mais une observation bien curieuse, que j'ai recueillie il y a un mois, est venue lever tous mes doutes. Je viens en présenter ici le résumé, pensant être utile aux praticiens qui voudront tenter les mêmes expériences.

OBS. — Une jeune femme de vingt-sept ans, bien constituée, quoique d'un tempérament nerveux, nourrissait parfaitement, depuis six mois, un jeune enfant, et son lait n'avait jamais manqué. A la suite d'émotions vives et répétées, la sécrétion lactée diminua beaucoup ; le sein droit conserva un peu de lait, le gauche se tarit à peu près complétement. La mère songea à sevrer, on fit manger l'enfant, mais il dépérit et s'affaiblit. Je conseillai de prendre une nourrice, mais la mère s'y refusa. Je songeai alors à employer l'application de courants électriques, d'abord sur le sein gauche, où, depuis près de huit jours, il n'y avait que quelques gouttes de lait. J'opérai avec une machine de Gaeffe et Loiseau, de force médiocre. Les excitateurs humides (éponges) étaient placés successivement dans les divers points de la circonférence du sein, de manière que les courants pussent traverser l'organe dans tous les sens. Trois séances de quinze minutes eurent lieu. La malade souffrit à peine : c'était plutôt un malaise qu'une souffrance réelle. Dès la première séance, la montée du lait survint presque immédiatement après l'application des courants électriques. Après la troisième séance, la sécrétion était pleine et entière ; l'enfant avait repris le sein et la sécrétion lactée était toujours très abondante du côté du sein gauche. Depuis un mois, c'est le sein droit qui en fournit le moins, mais il en donne assez cependant pour que je n'aie pas eu besoin d'appliquer l'électricité comme du côté gauche.

M. *Aran*. De quel appareil M. Becquerel a-t-il fait usage? A-t-il employé les courants continus ou intermittents? Sur quels points de la mamelle ou des parties voisines a-t-il porté les excitateurs? Cette dernière question me paraît d'autant plus importante à déterminer, que des expériences et des recherches récentes de M. Ludwig tendent à faire jouer un grand rôle à l'excitation des nerfs dans la quantité plus ou moins grande de sécrétion fournie par les glandes ; chez les chevaux, par exemple, M. Ludwig a pu obtenir une sécrétion très abondante de salive, en excitant le nerf qui se rend à la glande parotide.

Mais le fait de M. Becquerel me paraît avoir encore une plus grande importance, en ce qu'il tend à encourager la médecine à faire plus souvent usage des agents propres à exciter la sécrétion lactée ; tous les éleveurs savent, en effet, que certaines alimentations et certaines plantes augmentent la quantité de lait chez les vaches; on se demande pourquoi on n'instituerait pas chez la femme des expériences propres à vérifier les propriétés de ces divers galactologues. A ce sujet, je rappellerai à la Société que, il y a quelques années, on a fait à Londres des expériences suivies de succès, relativement à un procédé employé aux îles du cap Vert, pour ramener ou augmenter la sécrétion lactée. Il est en effet un usage traditionnel parmi les habitants du cap Vert, qui, lorsqu'une femme meurt en nourrissant son enfant, oblige la plus proche parente, qu'elle soit ou non mariée et quel que soit son âge, à nourrir immédiatement l'enfant privé de sa mère. Pour cela, la femme est soumise à une série de pratiques très bizarres, consistant dans l'application de feuilles de ricin tièdes sur les seins, et dans l'emploi de fumigations chaudes vers les parties génitales ; l'enfant est en outre approché plusieurs fois par jour du mamelon ; après trois ou quatre jours au plus, la sécrétion lactée s'établit. Sans doute, l'excitation produite par l'approche de l'enfant joue un grand rôle dans l'établissement de la sécrétion ; mais peut-être aussi les applications de feuilles de ricin et les fumigations vers les parties génitales ne sont-elles pas sans quelque effet sur la sécrétion ?

Ces faits mériteraient d'être vérifiés, et je fais appel à cet égard à ceux de mes collègues qui ont des services de femmes nourrices.

M. *Becquerel* a employé une machine magnéto-électrique de force modérée ; la courant était très doux, et n'a pas dû être augmenté ; les intermittences étaient rapides. M. Aubert, dans son observation, a insisté sur une circonstance dont il faut tenir compte. Si l'on place les conducteurs trop haut, on peut agir sur le grand pectoral, le faire contracter, et déterminer des douleurs assez vives. Il faut que les conducteurs soient placés sur la glande.

M. *Hervez de Chégoin*. Il faut prendre garde de se laisser tromper sur l'action de l'électricité : il y a bien d'autres moyens d'excitation du sein qui peuvent rappeler la sécrétion lactée. Une jeune chèvre, qui n'avait jamais été couverte, fut tetée par un agneau, et, au bout de quelques jours, elle avait assez de lait pour qu'on pût la traire.

M. *Legroux*. On doit tenir grand compte de l'observation que vient de faire M Hervez de Chégoin : l'influence du moral sur la sécrétion lactée est des plus remarquables. M. Legroux a vu une jeune chienne entendant crier un petit chien s'arrêter et lui livrer ses mamelles : elle finit par avoir du lait et le nourrir. Les moyens d'excitation indiqués par M. Aran peuvent être bons, mais il faut tenir grand compte de l'influence du cerveau, qui fait que des femmes ont fourni le lait sans excitation locale.

M. *Becquerel* fait remarquer que, dans le fait de M. Aubert et dans le sien, l'influence morale ne manquait pas ; les deux mères avaient le plus grand désir de nourrir, et de plus, tous les jours et

fréquemment, elles donnaient le sein, et cependant le lait ne revenait pas. Dans les deux cas, l'électricité rappela presque immédiatement la sécrétion lactée.

M. *Hervieux*, à propos de cette communication, rapporte que, dans un cas d'hématémèse supplémentaire des règles où tout avait été tenté sans succès pendant les six mois de séjour de la malade à l'hôpital, on employa l'électricité au moyen d'une pile de Bunsen. Un conducteur fut placé à la partie antérieure de l'hypogastre, un autre à la partie postérieure du bassin ; on parvint ainsi, au bout de quelques séances, à rappeler les règles, faiblement d'abord, puis, au bout de deux ou trois mois, l'écoulement menstruel se régularisa, et le vomissement de sang disparut. Dans les recherches qu'il fit à cette époque, M. Hervieux trouva un mémoire anglais dans lequel on rapporte quatre ou cinq observations semblables.

(*Union médicale.*)

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur la prétendue exostose du gros orteil, par R. Volkmann.

Une foule d'individus, des classes inférieures surtout, présentent une déviation du gros orteil en dehors, avec saillie considérable de la tête du premier métatarsien, et formation à ce niveau d'une tumeur connue vulgairement sous le nom d'*oignon*. La plupart des chirurgiens qui se sont occupés de cette affection, et en particulier M. Broca, qui a fait à ce sujet, il y a quelques années, une communication très intéressante à la Société anatomique (*Bull. de la Soc. anat.*, 1852, p. 63), l'ont attribuée à l'influence des chaussures trop étroites à leur partie antérieure. M. Volkmann fait remarquer qu'elle se montre très fréquemment chez des gens qui marchent habituellement les pieds nus, et qui ne portent presque jamais de chaussures étroites. Il ne nous a point paru non plus qu'elle soit plus fréquente chez les femmes, ainsi que le veut la théorie de M. Broca.

M. Broca a décrit avec beaucoup d'exactitude les changements de direction du gros orteil et du premier métatarsien ; mais il n'a point insisté suffisamment sur les altérations dont l'articulation du gros orteil avec son métatarsien est elle-même le siége. Ces altérations, d'après M. Volkmann, sont celles d'une véritable arthrite, de la nature de celles qu'on a désignées sous le nom d'*arthrite sèche*. Elles s'étendent à la capsule synoviale, au cartilage, aux extrémités des os et aux os sésamoïdes.

La capsule articulaire est épaissie par des dépôts fibreux ; sa face interne, privée de sa couche épithéliale, est inégale et soulevée çà et là par des tractus fibreux entrecroisés ; elle est le point de départ de végétations ou franges celluleuses, souvent fort nombreuses et très développées, entourant et couvrant les surfaces articulaires. Ces végétations sont surtout abondantes au niveau du ligament latéral interne, c'est-à-dire à l'endroit le plus exposé aux irritations mécaniques. La tête du métatarsien est tuméfiée, souvent doublée de volume ; mais cette augmentation n'est point répartie également sur toutes ses parties : elle est considérable surtout au côté interne du pied, là où existe la tumeur appelée *oignon*. Tantôt elle dépend d'une sorte de tuméfaction générale de l'os, et tantôt de la production de végétations osseuses, verruqueuses, recouvertes néanmoins de cartilage. Dans les deux cas, la tête articulaire subit une déformation telle qu'elle semble constituée par deux condyles dont l'interne, très considérable et de formation nouvelle, a refoulé en dehors l'externe, représentant la surface articulaire normale. Cette dernière forme donc, avec l'axe du métatarsien, un angle obtus ; ce qui a fait croire, mais à tort, à une subluxation du gros orteil. A la face inférieure du métatarsien, les deux rainures qui servaient à loger les os sésamoïdes, finissent par disparaître ; la tête devient complétement sphérique ; plus tard elle s'aplatit de haut en bas, et même s'élargit transversalement sous l'influence des pressions qu'elle supporte. Dans les cas avancés, le tissu osseux de la tête articulaire est plus ou moins éburné.

Les altérations des cartilages présentent des degrés variables se rattachant à l'inflammation chronique. Elles débutent, en général, au bord libre de la couche cartilagineuse, laquelle se montre tuméfiée, rugueuse, inégale, détruite complétement ou réduite à une lamelle très mince. Dans quelques cas rares, le cartilage d'encroûtement est remplacé localement par du tissu conjonctif distinct, d'où partent alors les végétations dont nous avons parlé. Souvent du tissu fibreux se mêle à la substance cartilagineuse, dont les cellules sont le siége d'une génération endogène très active. En général, les altérations du cartilage sont beaucoup plus marquées à la partie interne de la tête du métatarsien, qui fait saillie sous la peau, qu'à la partie externe, souvent intacte dans les cas peu avancés. Dans la première région on rencontre également des ossifications circonscrites du cartilage, et des usures en rapport avec des altérations correspondantes des os sésamoïdes, privés de leur cartilage d'encroûtement.

En présence de ces altérations, M. Volkmann explique ainsi le mécanisme d'après lequel se produit la maladie en question. Sous l'influence des pressions et des irritations auxquelles l'articulation métatarso-phalangienne est exposée incessamment, il s'y développe une inflammation chronique, à marche lente, par suite de laquelle tous les éléments constitutifs de l'article sont modifiés. De ces lésions la plus importante est la déformation de la tête du métatarsien ; elle résulte d'une sorte d'hypertrophie de cette tête, notamment au niveau des insertions du ligament latéral interne. L'effet de cette hypertrophie est de repousser en dehors la surface arthrodiale du métatarsien, laquelle, au lieu d'être perpendiculaire à l'axe de ce dernier, forme avec lui un angle aigu qui, dans quelques cas, n'a pas dépassé 45 degrés. Le gros orteil suit ce mouvement de la surface articulaire du métatarsien, et se trouve amené dans une abduction forcée, favorisée ultérieurement et augmentée encore par la direction nouvelle qu'elle imprime aux muscles fléchisseurs et extenseurs du gros orteil. Plus tard, les os sésamoïdes se luxent vers le premier espace interosseux, se déforment, et deviennent une cause de difficulté pour la marche prolongée; tandis que l'os sésamoïde interne prend la place de l'externe, celui-ci pénètre entre le premier et le deuxième métatarsien, élargit de 3 à 5 lignes l'espace qui les sépare, d'où une nouvelle augmentation dans la saillie que fait la tête du métatarsien au côté interne du pied.

Si cette étiologie des oignons est admise, et les lésions décrites par M. Volkmann ne permettent guère de la mettre en doute dans un grand nombre de cas, la conclusion thérapeutique immédiate qu'il faut en tirer avec l'auteur, c'est que, loin de conseiller aux malades de s'abstenir de chaussures solides, on doit leur recommander l'usage de semelles fortes et inextensibles, immobilisant autant que possible, pendant la marche, l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, dont les mouvements ne peuvent qu'augmenter encore l'inflammation existante. Quant à la déformation elle-même, elle ne pourrait évidemment être combattue que par un traitement orthopédique de longue durée, et auquel peu de malades voudront se soumettre.

Tout en admettant les faits observés par M. Volkmann et les conclusions qu'il en tire, nous pensons que la pression des chaussures joue un certain rôle dans le développement des oignons ; mais nous croyons que les effets de cette pression se manifestent surtout à une époque où la déviation commençante du gros orteil aura déjà augmenté la saillie normale de la tête du premier métatarsien. C'est à elle, bien certainement, qu'il faut attribuer l'épaississement de la couche épidermique à ce niveau, et le grand développement que prend quelquefois la bourse séreuse sous cutanée de cette région. M. Broca a insisté sur un fait important, c'est que cette bourse communique quelquefois avec la cavité articulaire, circonstance qui doit rendre très circonspect dans les opérations sur les oignons. (*Arch. f. path. Anat.*, nov. 1856.)

Sur la cautérisation des hémorrhoïdes au moyen du fer rouge, par F. Boysen.

L'auteur décrit dans cette note une pince employée par Langenbeck dans la cautérisation des hémorrhoïdes par le fer rouge, pour préserver les parties voisines. La meilleure idée qu'on puisse se faire de cet instrument, c'est de se figurer les capsules hémorrhoïdaires de M. Jobert supportées par les branches d'une pince à pansement dont les anneaux porteraient une crémaillère servant à fixer la pince, lorsque celle-ci a embrassé la base de la tumeur à cautériser. Comme l'opération dure fort peu de temps, c'est à peine si les deux capsules s'échauffent, bien qu'elles soient en métal. C'est à la parfaite protection des parties voisines au moyen de cet instrument, qui permet de limiter la cautérisation à la tumeur veineuse, que l'auteur attribue l'absence constante, dans les cas qu'il a observés, de rétrécissements consécutifs, signalés dans ces derniers temps par plusieurs chirurgiens. (*Deutsche Klinik*, n° 30.)

Action toxicologique et pharmaco-dynamique de l'aconitine, par L. Van Praag.

Après avoir fait l'historique de cette substance, énuméré ses propriétés physiques et chimiques, critiqué les expériences de Headland, Geyer, Turnbull, Pereira, Christison et Schroff (et nous remarquons, en passant, que l'auteur a complétement négligé les travaux de Flemming et de Schultz [de Marburg]), l'auteur décrit les résultats qu'il a obtenus sur les mammifères, les oiseaux, les poissons et les amphibies avec de l'aconitine obtenue et de la racine et des feuilles de la plante.

Comme l'espace nous empêche d'énumérer toutes ces expériences (voir *Virchow's Archiv*, VII° vol., p. 438), nous nous contenterons de signaler les conclusions.

La respiration a été plus ou moins ralentie chez les mammifères par l'aconit; les battements du cœur deviennent irréguliers; les muscles sont relâchés; faiblesse, apathie générale; horreur, pour ainsi dire, de tout mouvement. Dans les cas les plus graves, paralysie; les contractions spasmodiques ne se sont montrées que dans les cas mortels. L'action de l'aconit est donc de déprimer le système musculaire sans excitation préalable. Le cerveau était évidemment attaqué; il y avait perte plus ou moins complète de la connaissance, une certaine indolence et une apathie prononcée, quelquefois une véritable anesthésie. Les yeux deviennent très sensibles, les pupilles très dilatées. L'estomac présentait les symptômes communs à tous les empoisonnements: vomiturition, vomissements. L'activité digestive n'était pas surexcitée. Le système urinaire fut affecté dans un cas. Sur 13 expériences, il y eut 3 fois salivation. — Chez les chiens, la durée moyenne d'une intoxication variait de cinq heures à cinq heures dix minutes, la durée la plus longue, vingt-huit heures quarante minutes; la plus courte, onze minutes. La dose la plus forte était 2 grains; 1 grain 1/2, injecté dans la jugulaire, occasionna la mort en onze minutes. — Chez les oiseaux, dépression générale du système musculaire, dilatation de la pupille, salivation dans un seul cas. — Chez les grenouilles, adynamie prompte, paralysie et incapacité réactive. Les pattes de derrière, celles de devant, enfin les muscles de la tête, furent successivement paralysés. Dans un cas, la respiration fut subitement suspendue; dans un autre, elle fut, au contraire, activée. Le cœur conserva son irritabilité comme dans les cas où l'intoxication n'a pas eu lieu. — Chez les poissons, mêmes symptômes du côté des muscles; dyspnée et diminution du nombre des respirations. M. Van Praag trouva, dans les autopsies, les membranes du cerveau très hypérémiées, ainsi que le cerveau lui-même. Le sang variait: dans quelques cas, il était épais et non caillé; dans d'autres, on voyait des caillots fibrineux.

En somme, l'aconitine a des effets identiques avec ceux de l'extrait d'aconit; il lui manque seulement l'énergie de ce dernier. (*Canstatt's Jahresbericht*, 1856, t. V, p. 110.)

Analyse chimique d'un nerf optique atrophié à la suite de la perte de la vue du côté correspondant, par M. F. Hoppe.

Le nerf qui fut soumis à l'analyse était gris et atrophié jusqu'au chiasma, sans que la substance cérébrale eût subi les mêmes modifications.

Son diamètre horizontal était de 3,5 millimètres, tandis que le nerf sain avait 4,95 millimètres.

Un morceau du nerf atrophié long de 5 millimètres pesait 0,021 grammes, tandis qu'un morceau de la même longueur provenant du nerf non atrophié pesait 0,067 grammes.

Enfin, le premier contenait 6,0015 grammes de graisse, le nerf sain 0,0130; différence: 0,015 grammes.

Mis avec de l'eau dans la marmite de Papin, filtré et séché, l'auteur obtint:

	Gélatine ou tissu conjonctif:
Nerf normal . . .	0,0093 grammes
Nerf atrophié. . .	0,0045 —
Différence. . .	0,0048 grammes.

Ainsi il a perdu par l'atrophie des 5/6es aux 6/7es de sa graisse, et il est très possible, de plus, que la quantité trouvée appartienne à l'enveloppe et non au nerf lui-même.

Le nerf n'ayant que le tiers du poids de l'autre, la quantité d'eau qu'il contenait restant la même, il a donc perdu *0,0397* grammes d'albumine en s'atrophiant.

La cause du changement de couleur est expliquée par les variations dans la contenance de graisse:

	Graisse:	Tissu conjonctif:
Nerf normal . .	19,4 p. 100	7,1 p. 100
Nerf atrophié. .	13,8 p. 100	21,4 p. 100

(Hoppe, *Chemisch. Untersuch. eines nach aufgehobener Function*, etc., *Virchow's Archiv*, VIII° vol., p. 127.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Du suicide, statistique, médecine et législation, par E. Lisle, directeur de l'Asile privé d'aliénés du Gros-Caillou. 1 vol. in-8°. Paris, J.-B. Baillière, rue Hautefeuille.

Lorsque paraît un ouvrage étendu et bien fait, on est aisément porté à croire épuisée la matière dont il traite. Viennent cependant d'autres auteurs, et souvent on s'étonne de voir le même sujet offrir sous leur plume de nouveaux aspects: les impressions varient comme les aptitudes. C'est, notamment, ce qui est arrivé pour la question du suicide.

Parmi les nombreux écrits concernant le meurtre de soi-même, la science considère encore comme un des plus parfaits le beau traité de M. Falret sur l'hypochondrie et le suicide. On doit également aux recherches d'Esquirol, de Cazauvieilh et de M. Étoc-Demazy d'importants mémoires, où le funeste penchant à se détruire est envisagé avec une grande autorité dans ses points de vue médicaux et juridiques. M. Lélut, et surtout M. Ferrus, dans son livre sur *l'emprisonnement*, *les prisonniers et les prisons*, ont, de leur côté, savamment apprécié l'influence de la captivité sur cette fatale tendance, et les conséquences à en déduire relativement aux divers modes pénitentiaires. Résumant enfin les travaux antérieurs, M. Brierre de Boismont vient tout récemment de consacrer à leur exposition un fort volume de plus de 500 pages.

Cette publication, fruit de longues et persévérantes investigations, était certes de nature à déconcerter les émules. Elle n'a point arrêté M. Lisle. Il n'est pas même le seul qui, dans de telles conditions, ait osé aborder un terrain déjà si largement exploré. L'Aca-

démie de médecine, il y a quelques mois, a été trois quarts d'heure durant, tenue sous le charme d'une lecture qui n'est autre que l'introduction d'un nouveau livre, en voie d'élaboration, et qu'on pourrait justement appeler l'histoire révolutionnaire du suicide. L'auteur, M. Des Étangs, limite en effet son cadre à la période comprise entre 1789 et nos jours, espérant ainsi lui assurer, avec un cachet d'originalité, l'appui de faits mieux connus, de documents plus certains. Le talent de notre confrère, son esprit si éminemment philosophique et artistique, permettent d'ailleurs, joints à l'expression de principes élevés, d'attendre de piquantes révélations.

Une circonstance, il est vrai, explique cette simultanéité de travaux, tous trois éclos sous la stimulation d'un prix proposé par l'Académie de médecine, et auquel M. Lisle seul s'est trouvé en mesure de prétendre. MM. Brierre de Boismont et Des Étangs, ainsi qu'eux-mêmes l'ont indiqué, soit par l'extension donnée à leurs recherches, soit par la direction imprimée à leurs idées, ont dû de bonne heure renoncer à l'espoir qui les avait guidés au début.

M. Lisle, du reste, n'a point fait une œuvre complète. Le programme académique laissait pleine latitude aux compétiteurs. Dans son mémoire, composé de deux chapitres, et qui eut l'honneur d'être couronné, notre confrère avait circonscrit son étude à l'examen des causes. La publication actuelle, outre quelques documents statistiques ajoutés aux parties précédentes, s'est enrichie d'un nouveau chapitre concernant les mesures législatives ou religieuses édictées aux différentes époques pour prévenir la fréquence des déterminations suicides.

Mais, avant de signaler ces particularités, disons un mot du caractère général de l'ouvrage. La forme polémique domine chez M. Lisle; soit qu'il défende ou combatte une opinion, il épuise les arguments. Son style, qui ne manque ni de fermeté ni d'élégance, s'empreint volontiers des couleurs de la lutte. M. Lisle sent si bien l'écueil de cette pente, que, dans son désir d'y échapper, il sollicite l'indulgence pour le cas où, contre son gré, la chaleur du discours l'aurait entraîné au delà des bornes du calme et de la modération; précaution oratoire non superflue, en effet, eu égard à la vivacité de certains passages.

Le suicide, nul ne le conteste, est un acte fréquemment morbide. En est-il toujours ainsi, alors même qu'il se fonde ostensiblement sur d'impérieux motifs? Cette opinion, soutenue avec talent par M. Bourdin, a suscité quelque émotion parmi les aliénistes, mais elle a conquis peu de prosélytes. Un des premiers, dans un double article, nous l'avons combattue par des considérations que nous croyons décisives, rien ne prouvant, comme le veut M. Bourdin, la prépondérance absolue de l'instinct de conservation sur le libre arbitre.

Elle a rencontré également un adversaire décidé en M. Brierre de Boismont, qui, dans son traité, dont le titre seul, *Du suicide et de la folie suicide*, est une protestation, lui a opposé des faits saillants.

M. Lisle ne se montre pas moins partisan de la distinction des espèces; et il ne se borne pas à la justifier par des exemples. S'emparant des arguments de la thèse contraire, il les soumet tour à tour au creuset d'une discussion sévère, comprenant dans sa critique non-seulement M. Bourdin, mais encore jusqu'à Esquirol et M. Falret.

Cette voie, assurément, est scientifique. Peut-être l'auteur y est-il engagé un peu trop avant. Il est douteux, du moins, que l'on doive ranger Esquirol et M. Falret au nombre des fauteurs *quand même* du système pathologique. A l'époque où ils ont écrit, la plupart des suicides exempts de folie manifeste étaient réputés volontaires. Que, tenant compte des circonstances d'hérédité et de l'action méconnue d'influences latentes, ces spécialistes éminents aient revendiqué, pour le domaine de l'aliénation mentale, une foule de cas qu'on ne songeait point à y faire entrer, cette réaction intelligente, légitime, ne saurait exciter que l'approbation. Mais en induire qu'ils aient exclu du cadre physiologique tous les événements où le choix du moyen décide logiquement d'une situation désespérée, est une conséquence extrême qu'eût, selon nous, déclinée leur prudence, en face d'un problème posé en termes formels.

Nous ne mentionnerons point chacune des causes. La statistique, comme dans les écrits analogues, sert en partie à en mesurer l'efficacité. M. Lisle a tiré judicieusement profit de ce procédé, qui, on en est convenu aujourd'hui, ne vaut que par l'interprétation. Ses appréciations sont généralement claires et justes; quelques points, cependant, sont de nature à motiver des remarques.

Plusieurs observateurs ont signalé une sorte de relation entre les progrès de l'instruction et la propagation des suicides. Les recherches de M. Lisle concordent avec cette donnée. Mais ne faut-il pas prendre en considération le peu de fidélité, sinon l'absence, des statistiques aux époques antérieures? Puis, avant d'incriminer l'extension des lumières, ne serait-il pas rationnel de se demander si le mal a réellement l'origine qu'on lui attribue? Ne proviendrait-il pas plutôt de l'agitation qui accompagne les affaires, d'une concurrence sans frein, d'un individualisme plus ou moins absorbant? Les morts volontaires n'augmentent elles pas dans les centres populeux, où ces inconvénients existent dans toute leur force? Ne diminuent-elles pas dans les villes petites et paisibles, où certes le développement des intelligences n'est pas moindre que dans les cités plus vastes? L'instruction, d'ailleurs, est elle parvenue au niveau d'une vraie civilisation? Suffit-il d'avoir appris à lire et à écrire, pour être un homme dans toute l'acception du mot? M. Lisle a senti lui-même que l'éducation civique ne pouvait être complète et préservatrice qu'à la condition de joindre l'élément moral à des notions intellectuelles plus étendues.

On a, de tout point, admis des suicides impulsifs. Esquirol, en certains endroits, laisse planer le doute sur cette variété d'aberration sentimentale qui répondrait le plus souvent à une tristesse dissimulée, à des hallucinations secrètes. M. Lisle, en citant les réflexions du célèbre aliéniste, n'est pas éloigné de partager cette opinion, et, bien qu'il rapporte des cas où le dégoût de la vie paraîtrait n'avoir eu d'autre cause qu'un mouvement instinctif, sa prévision ne le porte pas moins à présumer que, en sondant plus intimement le mystère de ces propensions suicides, on finira par leur découvrir une source mélancolique.

Quant à nous, nous ne voyons point en quoi de telles tendances répugnent aux faits habituels. Elles n'offrent rien d'extraordinaire qu'on ne constate également dans ces appétits bizarres provoqués par divers troubles organiques et notamment par la grossesse. Mais, sans recourir à ces particularités, il serait aisé, au besoin, de produire des exemples concluants. Un de nos confrères, entre autres, fut poursuivi, pendant deux ou trois années, par des pensées suicides, qu'heureusement il put dominer. Toujours sa santé générale avait été excellente, et jamais, ni dans sa sphère intérieure, ni dans l'exercice de sa profession, aucune circonstance n'avait été capable d'altérer la sérénité de ses idées.

Avant d'en finir avec la partie étiologique, il y aurait injustice à passer sous silence un chapitre plein d'intérêt sur la spermatorrhée. Après avoir reproduit *in extenso* les observations de Lallemand, où la guérison de l'infirmité amena la disparition des pensées sinistres, M. Lisle, à côté de ces faits, enregistre un succès tout personnel dû à un traitement approprié.

Si le progrès de la civilisation n'exerce qu'une influence incertaine sur la production du suicide, il en est autrement des doctrines et des mœurs. A Rome, où le sacrifice de la vie était érigé en vertu, le mépris de la mort engendrait les attentats sur soi-même. Ceux-ci, au contraire, étaient rares chez le peuple juif, où la loi de Moïse les flétrissait. Même résultat dans les endroits où la religion chrétienne fit sentir son pouvoir salutaire, tandis que les effets opposés se sont manifestés partout où dominaient les croyances panthéistes et mystiques.

Dans un tableau saisissant, M. Lisle a tracé l'histoire émouvante de ces péripéties. Mais faut-il, regrettant le passé, chercher à rétablir des comminations et des inflictions caduques? On comprend assez qu'au siècle où nous sommes la mutilation du cadavre, sa pendaison, son exposition en croix ou sur une claie à travers les rues, le procès fait au suicidé comme à un vivant, la condamnation à mort de ceux qui survivent à la tentative, la confiscation des biens, etc., révolteraient les consciences. M. Lisle lui-même s'est élevé avec raison contre ces pénalités injustes et odieuses. Il ne croit pas cependant que la loi doive rester complétement désarmée

en présence d'un fléau qui croît sans cesse. L'efficacité incontestable des mesures anciennes lui donne confiance dans l'utilité de dispositions nouvelles. En conséquence, M. Lisle réclame une exécution plus rigoureuse des décrets canoniques de l'Église, l'inscription du suicide parmi les délits, selon le vœu exprimé par MM. Chauveau et Faustin Hélie ; enfin, l'interdiction aux journaux de publier, surtout d'une manière dramatique, les faits de morts volontaires.

Malgré les raisons éloquentes sur lesquelles elles s'appuient, nous ne saurions souscrire à ces propositions, dont le moindre inconvénient, si elles étaient adoptées, serait, à notre avis, leur insuffisance. Quand la science, d'accord avec nos tendances plus tolérantes, proteste contre le scandale des refus de sépulture, il y aurait anachronisme à faire revivre une jurisprudence dont le clergé plus éclairé s'éloigne insensiblement. Tout en rendant hommage aux sentiments d'humanité qui les avait dictées, on peut dire aujourd'hui, sans crainte et avec vérité, que ces vengeances posthumes sont barbares et antichrétiennes. Dieu seul connaît le secret de ses desseins impénétrables. La religion, pleine de mansuétude et de charité, n'a droit que de bénir et de plaindre. Loin donc de vouer à la damnation l'infortuné que l'égarement a conduit à l'homicide de soi-même, de *le traiter comme un chien parce qu'il est parti comme un chien*, elle a pour mission essentielle d'appeler sur un frère en péril la pitié universelle, de pleurer sur son sort des larmes de sang, et, la tête couverte d'un cilice et de cendre, de redoubler de prières afin de fléchir, s'il en est temps encore, la céleste miséricorde.

Nous ne concevrions pas davantage que la loi pénale fît du suicide un délit. Où en serait la sanction? Quel châtiment plus sévère peut-on encourir ici-bas que la privation de l'existence? Quel magistrat poursuivrait l'enquête ou oserait prononcer la sentence? L'homme qui s'ôte la vie n'a évidemment de compte à rendre qu'à celui dont il tient le bienfait.

Quant à l'influence contagieuse de la publicité, plus apparente que réelle, nous doutons qu'elle ait atteint beaucoup de victimes. Le cercle de l'imitation se restreint en général aux cas épidémiques, et ces cas sont rares. Le suicide sporadique a presque toujours pour mobile une imitation physique ou des germes cachés qui n'attendent pas pour éclore d'attristants récits. Le mal, d'ailleurs très exceptionnel, est largement compensé. On soutiendrait en vain le contraire. Les mentions des actes suicides n'alimentent pas seulement, comme l'affirme M. Lisle, une curiosité stérile : elles forment une partie importante de ce vaste répertoire quotidien où, législateurs, médecins, philosophes, public, tous nous puisons de précieux enseignements. Pensez-vous que l'émotion produite par l'histoire de ces grandes défaillances morales soit étrangère à l'ardeur qui porte à en approfondir les causes, aux déterminations des académies, aux efforts des auteurs, à l'exécution et au succès de leurs œuvres remarquables? L'ombre du silence voilerait l'action du poison sans en prévenir les ravages.

Il est seulement un cas, celui d'épidémie, où l'urgence du danger pourrait motiver temporairement une intervention éclatante. Les filles de Milet se tuaient à l'envi. Soudain paraît une proclamation des magistrats, menaçant d'exposer nue la première qui attenterait à ses jours, et dès lors il n'y eut plus de suicide. Chacun a également présent à la mémoire l'ordre du jour célèbre par lequel Napoléon arrêta une semblable tendance envahissant les rangs de son armée.

Mais ces expédients habiles, transitoires et variables comme les circonstances, ne sauraient servir de base à une loi permanente, qui, incapable de se plier à toutes les indications éventuelles, bientôt tomberait en désuétude, et même, loin d'en être l'écueil, offrirait un appât à la propension suicide.

Ceci étant, peut-être se demandera-t-on à quoi doivent aboutir nos élucubrations? La réponse est facile. N'est-ce pas déjà un bénéfice enviable, que d'être édifié sur le mérite des moyens employés ou projetés? Est-ce qu'à défaut d'un frein légal, la société serait réduite à l'impuissance? Et si les mœurs ont pour corollaires les idées, ne lui incombe-t-il pas de former, par une éducation sévère, des caractères mâles et résistants, de conjurer les besoins par de prévoyantes institutions, et d'assurer l'harmonie sociale par des lois généreuses et équitables?

Cette tâche est en effet immense et supérieure à toutes les répressions. M. Lisle, du reste, ne la répudie point. Il a notamment insisté avec autant de lucidité que de raison sur la nécessité d'imprimer aux études publiques une direction plus morale. Que si, à certains égards, nous n'avons pu partager entièrement ses convictions, ce dissentiment léger n'implique nullement une dépréciation de son œuvre. Des nombreuses questions soulevées dans cet écrit jaillissent au contraire des clartés qui, nous ne craignons pas de le prédire, contribueront pour une forte part à dissiper les dernières obscurités qui pèsent sur le problème médical et légal du suicide.

DELASIAUVE.

VII.

VARIÉTÉS.

COURS DE TOXICOLOGIE ET DE CHIMIE LÉGALE. — M. le docteur Reveil commencera ce cours le jeudi 22 juin, à huit heures du soir, et le continuera les jeudis et samedis, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique.

— Le docteur Auzoux commencera, le dimanche 13 janvier, et continuera les dimanches suivants, son cours d'anatomie humaine comparée.

— Le concours pour quatre emplois d'agrégé à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires, ouvert au Val-de-Grâce, le 1er décembre dernier, conformément au programme du 6 août 1856, s'est terminé par les nominations suivantes :

Pour la médecine : MM. Lallemand et Félix Jacquot ;
Pour la chirurgie : MM. Baizeau et Trudeau.

— Le concours pour l'internat dans les hôpitaux de Montpellier vient de se terminer par la nomination de M. Dubrueil.

— M. le docteur Melchior Robert, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé, à la suite d'un concours remarquable, chirurgien agrégé de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

DE LA RESPIRATION TUBAIRE ET AMPHORIQUE DANS LA PLEURÉSIE et des indications de la thoracentèse, par le professeur *H. Landouzy*, in-8° de 58 pag. Paris, J.-B. Baillière.

MANUEL DU BAIGNEUR A BAGNÈRES-DE-BIGORRE, par *Ap. Pambrun*, 1 vol. gr. in-18 de 336 pages. Paris, Victor Masson. 3 fr. 50

RECHERCHES CRITIQUES ET PRATIQUES SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par le docteur *Lhuillier*, in-8° de XIV-71 pag. Nancy, impr. de Nicolas.

TRAITÉ DES DÉGÉNÉRESCENCES PHYSIQUES INTELLECTUELLES ET MORALES de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives ; par le docteur *A. Morel*, 1 vol. in-8° de XX-700 pag. avec un Atlas de 12 pl. in-4°. Paris, J.-B. Baillière. 12 fr.

TRAITÉ DE CHIMIE GÉNÉRALE comprenant les applications de cette science à l'analyse chimique, à l'industrie, à l'agriculture et à l'histoire naturelle, par MM. *Pelouze* et *Frémy*, grand in-8° de 676 pages. Paris, Victor Masson.

Ce tome VI, qui complète l'ouvrage, comprend la chimie animale et la chimie végétale. L'ouvrage complet, 6 vol. in-8° et un Atlas de 53 pl. 48 fr.

TRAITÉ D'ANATOMIE DESCRIPTIVE, par *Ph.-C. Sappey*, t. III, premier fascicule. — Appareil de la digestion, 1 vol. grand in-18 de 212 pages, fig. 352 à 381. L'ouvrage sera complété dans le cours de l'année 1857 par la publication d'un dernier fascicule. 3 vol en 5 parties, avec vignettes dans le texte. Paris, Victor Masson. 27 fr.

UEBER DIE KUMISS-KUR (Traitement par le sérum du lait de jument), par le docteur *Spengler* (d'Ems), in-8° de 16 pag. Wetzlar, Rathgeber.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. PARIS, 23 JANVIER 1857. N° 4.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 14 janvier 1857, M. SCHLAGDENHAUFFEN, agrégé près de l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, est chargé de la suppléance de la chaire de toxicologie et de physique à ladite École, en remplacement de M. Béchamp, professeur adjoint, appelé à d'autres fonctions.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 22 janvier 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : QUELQUES POINTS DE LA QUESTION DU TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE.

On s'attend généralement à ce qu'une discussion dans laquelle intervient M. J. Guérin change plus ou moins, par cela même, de direction, d'objet, de portée, et s'imprègne de la personnalité originale et forte de ce savant. Son argumentation ne modifiera, et ne peut modifier, aucune des opinions déjà exprimées sur le traitement chirurgical des kystes de l'ovaire, parce qu'il n'apporte au fond aucune base d'indication qui ne soit connue, qui ne soit appréciée, quoique très diversement, par tous les chirurgiens; mais il allègue certains faits, il les appuie de certaines explications, qui ne sont qu'à lui, qui sont devenus le terrain d'une lutte particulière entre lui et M. Velpeau, qui forment ainsi comme un épisode détaché de la discussion. C'est de cet épisode que nous croyons devoir dire quelques mots.

Il y a des personnes qui, surprises de voir M. Guérin trouver dans la pratique d'une spécialité des éléments suffisants pour la solution de questions d'un autre ordre, et frappées d'ailleurs de ce qu'ont parfois d'un peu novice les observations et les expériences dont il se prévaut, le regardent comme enclin à se mettre au-dessus de la démonstration et à se prononcer sur la seule foi de son instinct scientifique. On peut

FEUILLETON.

Lettre chirurgicale à M. le professeur Malgaigne sur un point de l'histoire de l'autoplastie,

pour faire suite aux erreurs, lacunes et imperfections de la littérature médicale.

Très savant et très honoré maître,

Fort maltraitée par les grands chirurgiens qui se sont succédé en France depuis les beaux temps de l'Académie de chirurgie, l'érudition paraît, de nos jours, reprendre faveur. Marchant de concert avec sa sœur jumelle, la critique, elle s'occupe de faire un inventaire sérieux du passé, et d'esquisser une philosophie de la science médicale, au lieu de revêtir, comme autrefois, les caractères d'un catalogue insipide. Sans recourir à une adulation qui ne serait point digne d'un Aristarque de votre valeur, on peut vous considérer comme étant, pour notre époque, l'instigateur principal de cette restauration, et, si je puis ainsi dire, un luthérien de notre chirurgie, qui tout récemment encore courbait timidement la tête sous le joug du *magister dixit*, ce frein mortel à tout progrès.

C'est ce qui me pousse à vous soumettre quelques difficultés que j'ai rencontrées dans cette voie, où je m'engage humblement à mon tour. Elles sont relatives à l'histoire de l'autoplastie, si en vogue aujourd'hui, et sur les origines nébuleuses de laquelle on a déjà tant discuté.

Et d'abord je vous confesserai que, dans un moment d'excitation cérébrale, j'avais rédigé un long mémorandum en faveur des érudits et des critiques, hélas! si malmenés par les pseudo-savants et par les praticiens humbles ou présomptueux; mais je me suis bientôt aperçu que ma croisade épistolaire ne renfermerait pas grand chose que vous n'ayez déjà pensé, sinon écrit, et que je risquerais fort d'être accusé de faire votre apologie, sinon la mienne. J'ai donc résolu de vous dispenser de mon préambule, et d'entrer de plein pied dans la discussion.

même dire sans indiscrétion que ce sentiment est à peu près général. C'est pourtant une erreur. M. Guérin a, il est vrai, une promptitude, une vivacité et, si on peut le dire, une intensité de conception peu communes. Une hypothèse qui naît dans son esprit y prend à l'instant une forme si arrêtée, tant de relief et tant de couleur, qu'il n'est pas beaucoup moins exposé aux illusions du mirage que Télémaque courant après son île. Mais en même temps il faut lui rendre cette justice, qu'il en appelle avec autant de soumission que qui que ce soit à l'autorité du fait expérimental. Comment donc arrive-t-il à ces opinions excessives ou excentriques qui étonnent quelquefois ses meilleurs amis? C'est que cette même expérience dont il proclame sincèrement les droits, dont il exige le témoignage pour la consécration de ses propres idées autant que pour celle des idées d'autrui, cette expérience n'est infaillible qu'à des conditions auxquelles ne saurait se plier son tempérament intellectuel. Au lieu que l'hypothèse reste pour lui le mobile ou l'objet propre de la recherche, elle en est le moyen; elle le domine, elle le subjugue, elle l'aveugle, elle le pousse aux dernières extrémités, et son esprit déploie plus de subtilité pour interpréter les faits au gré de l'idée préconçue, qu'il n'avait montré d'ingéniosité à concevoir l'idée elle-même. Avec de tels procédés, la démonstration est aisément péremptoire, la conviction s'établit vite, et, au lieu de recherches multipliées, variées, longuement suivies, sévèrement instituées, avec défiance de soi-même et sentiment de la difficulté, on s'en rapporte de la meilleure foi du monde à quelques observations faites à la hâte, à deux ou trois expériences insignifiantes dont on tire des conséquences à perte de vue. La valeur du résultat dépend donc exclusivement de la valeur de la conception première. Si celle-ci est juste, comme elle a toujours, chez M. Guérin, un caractère de généralité et d'élévation, elle pourra ouvrir d'emblée à la science et à l'art de belles perspectives; toute la théorie des difformités musculaires a été créée sur la vue d'un seul pied-bot. Si la conception est fausse, elle restera fausse en dépit de l'observation ultérieure, mais soutenue par une conviction aussi profonde, aussi sincère, que s'il s'agissait d'une vérité mathématique.

Ces remarques ne sauraient être mieux justifiées que par ce qui vient de se passer dans la discussion actuelle. M. Guérin a émis ces trois assertions: 1° que c'est l'entrée de l'air dans les kystes qui détermine les accidents qu'on a parfois observés à la suite de la ponction simple; 2° comme fait à l'appui du précédent, que, dans l'opération de l'injection vaginale, c'est de l'air entré dans la matrice, et, par les trompes, dans la cavité péritonéale, qui cause les vives douleurs abdominales dont les injections sont quelquefois suivies, et que le soulagement arrive dès que l'air sort par la bouche et par le rectum; 3° que la succion opérée par la seringue sur la surface du kyste y détermine un appel du sang favorable à l'adhésion des parois. C'était le cas ou jamais de produire une démonstration directe. Qu'a fait M. Guérin, avec une habileté d'arrangement et une mesure de langage que nous ne saurions trop louer?

M. Velpeau le lui a dit, il a simplement cherché à établir, non pas que la présence de l'air a été constatée dans les kystes devenus plus tard le siége d'une inflammation, mais que la physique ne s'oppose pas absolument à ce qu'il en soit ainsi; non pas qu'une pneumatose péritonéale a été positivement diagnostiquée après des injections vaginales, mais que le passage de bulles d'air du vagin dans le péritoine n'est pas matériellement impossible; non pas que quelque hasard heureux a permis de constater l'appel du sang à la surface des kystes sous l'action aspirante de la pompe, mais que cet effet doit se produire dans certaines conditions données. Eh bien! c'est justement le contraire qu'on attendait de M. Guérin; car ce qu'il y a de neuf dans ses affirmations, ce ne sont pas les faits qu'il explique, mais les explications elles-mêmes. Des accidents graves à la suite de ponctions simples, on ne les conteste pas; des douleurs abdominales venues subitement à la suite d'injections dans le vagin, tous les praticiens en ont rencontré, et l'on s'étonne vraiment de voir apporter de pareils faits comme des nouveautés, avec des certificats d'honorables confrères. Il en est de même des éructations qui accompagnent quelquefois les douleurs ou qui précèdent leur disparition. Mais tout cela se produit-il de la manière et par le mécanisme qu'indique M. Guérin? C'est toute la question, au point de vue pratique comme au point de vue théorique. Tout cela est difficile à démontrer directement; soit: alors pourquoi l'affirmer? Car la science ne peut se faire avec des suppositions qui, au tort de n'être pas démontrées joindraient celui, beaucoup plus grave, d'être indémontrables.

Mais il y a plus; ces assertions, peu croyables au simple énoncé, ne le deviennent pas davantage par les explications données mardi dernier.

Au sujet de la cause des accidents qui suivent parfois la ponction des kystes, il suffit de jeter un coup d'œil sur le

---

Je vous avertis, toutefois, que je ne me ferai pas scrupule de vous signaler, chemin faisant, les bévues si nombreuses des copistes, et même de gourmander ceux-ci en passant. S'il faut vous dire tout, je vous avouerai que j'ai pris la plume en partie pour protester contre la manière pitoyable dont sont traitées les questions de ce genre. Vous verrez, en autre chose, qu'il me faudra plusieurs pages pour écrire l'histoire de la restauration du prépuce, tandis que quelques lignes auraient suffi si l'on n'avait, comme à plaisir, défiguré ce petit point chirurgical. Jugez donc ce qui advient quand il s'agit d'un sujet un peu étendu et complexe. Des pages ne suffisent plus, il faudrait des tomes pour rétablir la vérité.

Je m'occupe depuis quelque temps de l'histoire de l'anaplastie, confondue avec l'autoplastie par un bon nombre d'auteurs, et je fouille de mon mieux les anciens et les modernes.

On pourrait croire que de tous les chapitres de la chirurgie restauratrice celui qui est relatif à l'autoplastie proprement dite est le plus facile à écrire; on devrait supposer également que l'histoire de la méthode dite française a été complétement étudiée, au moins en France. Eh bien, il n'en est rien. Peut-être serez-vous de mon avis quand vous aurez jeté les yeux sur les développements dans lesquels je vais entrer.

On fait, et à juste raison, remonter jusqu'à Celse les premiers vestiges de l'autoplastie par glissement. Tout le monde connaît le fameux chapitre 9 du livre VII intitulé : *Curta in auribus, labrisque ac naribus quomodo sarciri et curari possint*. Malgré les tortures qu'on fait éprouver à ce malheureux texte depuis plus de deux cent cinquante ans, on n'est pas arrivé à le rendre clair, et on n'y arrivera jamais, les uns lui faisant dire bec-de-lièvre, les autres chéiloplastie, et d'autres les deux choses à la fois. Quoique la dernière interprétation me paraisse la plus logique, je ne m'efforcerai nullement de convaincre quand même les dissidents; mais j'ai droit de m'étonner qu'on ait si aisément passé sous silence un chapitre tout voisin, situé dans le même livre, et dont le texte me paraît tout à fait limpide, je veux parler du chapitre 25, intitulé : *Ad legendam glandem colis si nuda est.*

Dans l'exposé historique que les auteurs ont fait de l'autoplastie

petit appareil de physique présenté par M. Guérin, pour voir que l'orateur ne se fait pas une idée exacte des difficultés de la question. Pour prouver que ces accidents dépendent de l'introduction de l'air atmosphérique dans le kyste, sous l'influence des manipulations exercées sur l'abdomen, il exhibe une poire de caoutchouc munie d'un tube à boules, le tout rempli d'eau, et il montre que l'eau s'accumule dans les boules du tube quand on presse la poche entre les mains, et revient dans la poche quand on suspend la pression. C'est, dit-il, le mécanisme d'un soufflet! Qui le conteste? qui l'ignore? et n'est-ce pas là une expérience d'enfant? M. Velpeau, qui n'a nulle envie sans doute de chercher querelle au soufflet, aurait pu se tirer d'affaire par une simple concession : c'eût été d'accorder que les choses se passent ainsi, en effet, dans les kystes ovariques de caoutchouc; mais il a été plus large et, en même temps, plus juste. Il a regardé comme *possible* que l'air pénètre dans certains kystes à parois denses, rigides, non susceptibles de suivre entièrement le retrait du liquide et d'être accolés par le poids des viscères. C'est possible, en effet, vraisemblable même; et nous ajoutons pour notre compte que, si l'on veut accorder de l'importance à quelques bulles d'air, le fait est probablement plus général et doit s'étendre à la plupart des kystes, denses ou souples, *qu'on vide complétement ou à peu près*; car il n'est guère supposable que l'extrémité interne de la canule soit hermétiquement appliquée contre les parois de la poche. Pour admettre cela, il n'est pas besoin de la démonstration de physique de mardi, qui, encore une fois, ne prouve rien que ce qui n'est pas contesté.

Mais la question ne s'arrête pas là. Un peu d'air a pénétré dans le kyste ; est-ce la cause des accidents? C'est ici surtout que pèche l'argumentation de M. Guérin. Il y a quatorze ou quinze ans, quand M. Malgaigne démontrait que de l'air poussé à flots dans des plaies sous-cutanées récentes n'amenait pas la suppuration, M. Guérin répliquait que, l'ouverture extérieure de ces plaies s'étant fermée par première intention, ces faits ne contredisaient pas sa théorie, qui suppose la communication permanente ou tout au moins prolongée de l'atmosphère avec l'intérieur des plaies. Et voilà que maintenant il attribue des effets terribles, une mort rapide, à quelques bulles de gaz, non plus renouvelées pendant un temps plus ou moins long, mais emprisonnées par l'occlusion immédiate de l'ouverture de ponction; non plus agissant sur une surface saignante et le plus disposée possible à la suppuration, mais sur une cavité enkystée, soustraite en partie à la vie générale et ne contenant qu'un peu de liquide séreux! C'est ce reste de liquide qu'il accuse de se corrompre sous l'action de l'air, et il ne remarque pas que, dans la ponction de l'ascite, dont l'innocuité est assez connue, le gaz qui peut pénétrer sur la fin de l'opération rencontre une plus grande quantité de liquide que dans un kyste vidé par pression ou au moyen d'un tube de caoutchouc; et il oublie que c'est précisément pour aider à comprendre l'action délétère de l'air sur les kystes ponctionnés qu'il a évoqué la pneumatose du péritoine, comme cause des douleurs vives et des signes de péritonite partielle qui se montrent à la suite d'injections vaginales, ce qui suppose manifestement l'idée d'une action de l'air sur les parois même de la cavité, et non sur le liquide contenu.

Que dire de cette nouvelle assertion? que dire de cette autre théorie exposée à la dernière séance, et qui ferait sortir par la bouche et l'anus, — après un long détour, il est vrai, — les gaz entrés par la trompe de Fallope? Tous les raisonnements de M. Guérin ne convaincront personne. Si, comme il l'a dit, et comme nous le croyons, l'orifice interne du col n'est pas un obstacle infranchissable, il n'en est pas de même de la trompe. Quelque chose que l'orateur n'a pas voulu nommer y pénètre lors de la fécondation; mais dans ce quelque chose il y a une chose qui vit, qui marche, qui grimpe; mais la marche du sperme dans les trompes est progressive, très lente même, et non subite comme l'entrée supposée de l'air; mais, quand les mouvements spontanés des spermatozoïdes ne seraient pour rien dans leur ascension vers l'ovaire, et que cette ascension fût le résultat d'une action péristaltique de l'utérus et de la trompe elle-même, il n'en resterait pas moins que le cheminement de la semence est l'effet d'une cause toute locale et toute spéciale, entièrement indépendante d'une propulsion qui viendrait du vagin. On en peut dire autant de la présence du pus dans les trompes à la suite de la fièvre puerpérale. Le passage du pus de la surface utérine dans la trompe ne prouverait pas du tout que de l'air poussé par le vagin puisse pénétrer dans le même conduit; il y a une distance énorme entre ces deux faits. D'ailleurs l'absence de rougeur à la surface interne des trompes ne suffit pas pour attester que le pus n'y a pas été engendré sur place. Enfin, l'infériorité de tension des gaz et vapeurs contenus dans le ventre, par rapport à la tension de l'atmosphère, ne saurait être soutenue un instant. Nous ne savons si l'on perçoit un sifflement dans l'opération de la castration des bœufs ou des chevaux; mais ce que nous savons bien,

---

par glissement, tantôt ils passent complétement sous silence ce chapitre remarquable, tantôt ils en attribuent l'honneur à Galien ou à Antyllus, tantôt enfin ils le tronquent, ou au moins n'en tirent nul parti. Chose très curieuse, et que je vous démontrerai, un certain nombre d'auteurs qui omettent les procédés de Celse dans leur historique général, c'est-à-dire là où ils feraient merveille, en parlent plus ou moins longuement à propos de la restauration du prépuce, perdu ou congénitalement absent, opération que personne ne songe plus à faire, malgré les récentes tentatives de Dieffenbach ; j'ai peine à m'expliquer cette singulière circonstance.

Quoique la manie de commenter prolixement les anciens soit passée de mode, je vous prie de vouloir bien examiner avec moi le passage que je citais plus haut, car il me paraît aussi clair qu'est obscur le paragraphe du même Celse relatif aux lèvres.

« Si quelqu'un a le gland découvert et veut par bienséance le recouvrir, la chose peut se faire ; plus aisément chez un enfant que sur un adulte, plus aisément quand ce vice de conformation est naturel que chez ceux qui ont été circoncis à la manière de certaines nations, plus aisément chez ceux qui ont le gland petit, la peau environnante étendue, la verge courte, que dans les cas contraires. Chez ceux qui ont de nature le gland découvert, la cure se fait de cette manière. La peau qui entoure le gland est saisie et étendue jusqu'à ce qu'elle recouvre cet organe, alors elle est liée, ensuite le dos de la verge est incisé circulairement jusqu'à ce que la verge soit dénudée. On prend bien soin de ne blesser ni l'urèthre, ni les veines qui sont là. Cela étant fait, la peau est attirée vers la ligature, et une plaie circulaire devient béante au voisinage du pubis ; on y place de la charpie, afin que la chair s'accroisse et la remplisse, et que la largeur de la plaie procure assez de prépuce supérieurement. La ligature doit rester en place jusqu'à ce que la cicatrice soit faite ; on aura soin cependant de laisser une voie étroite pour l'écoulement des urines. »

« *Deuxième procédé.* — Chez celui qui a été circoncis, la peau doit être séparée avec le scalpel, au moyen d'une incision pratiquée dans le sillon du gland. Cela n'est pas douloureux, parce que l'incision superficielle étant faite, la peau peut être attirée

c'est que la moindre plaie pratiquée à la paroi abdominale donne issue au péritoine et à l'intestin, ce qui prouve que la tension du dedans est *supérieure* à celle du dehors.

Il y avait mieux à faire que de chercher si loin des analogies : c'était d'expérimenter. Comment M. Guérin n'a-t-il pas commencé par essayer de réaliser sur le cadavre ce qu'il suppose exister sur le vivant? Il aurait appris qu'en poussant de l'air, même fortement, non pas dans le vagin, mais dans la cavité utérine, au moyen d'une sonde introduite dans le col, on n'en fait pas passer une bulle dans les trompes. On y parviendrait peut-être en liant le col sur la sonde et en comprimant l'air à l'excès dans la cavité; mais ce ne sont pas là des conditions assimilables à celles qu'on rencontre dans une simple injection vaginale. Ce simple fait vaut mieux que tous les raisonnements.

Quant au mécanisme suivant lequel de l'air entré dans le péritoine disparaîtrait à la suite d'éructations, M. Guérin s'en est expliqué de nouveau, et il n'y a plus à craindre de mal interpréter sa pensée. Il croit, il est au moins *disposé à croire*, que la surface intestinale joue, à l'égard des gaz comme à l'égard de toutes les matières hétérogènes, le rôle d'émonctoire. Mais cela ne répond pas du tout à l'objection principale de M. Velpeau, qui demandait comment un peu d'air entré par les trompes pouvait se transformer en d'*abondantes* éructations. La voie par laquelle a lieu le passage ne change rien à ce point de la question. Il y a plus : l'élimination des gaz (qui s'accomplit très probablement, pour la plus grande partie, par les voies respiratoires) se fait successivement, lentement, et non en masse. M. Guérin a rappelé la disparition de l'emphysème; eh bien! est-ce qu'il a vu cette disparition donner lieu à des éructations ou à la sortie de flots d'air par quelque autre voie? Non, probablement. Dès lors, à quoi peut servir ce rapprochement?

Reste la question de savoir si l'aspiration produite par la seringue de M. Guérin, qui est très ingénieusement disposée pour prévenir l'introduction de l'air dans la poche, peut amener sur les parois de celle-ci une fluxion sanguine. Ici encore, nous sommes forcé d'émettre un avis contraire. Quand il n'y a plus d'eau, et que l'aspiration est continuée, la tendance au vide est aussitôt détruite par la dilatation des gaz intestinaux et par l'appel des intestins eux-mêmes; et si le vide se faisait réellement à un degré un peu prononcé, l'air extérieur pénétrerait entre la canule et les parois de l'ouverture, avant que les parois du kyste aient été sensiblement injectées. Ajoutons que cette fluxion, si elle se réalisait, n'aurait lieu que dans des proportions tout à fait insuffisantes pour faciliter l'adhésion des parois et, de plus, que cette adhésion n'est nullement nécessaire à la guérison des kystes ovariques, ainsi que l'a démontré surtout M. Boinet.

Les remarques qui précèdent ne s'adressent en aucune façon à la méthode sous-cutanée, que nous tenons en haute estime, mais seulement à une des extensions abusives qu'elle a reçues de M. Guérin. Il y a sur la valeur de cette méthode, sur ses principes, sur ses applications, encore bien des malentendus, et nous faisons, comme M. Velpeau, comme M. Guérin lui-même, des vœux pour qu'elle subisse un jour l'épreuve d'une discussion publique.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la thyroïdite (*Goître aigu*) et du goître enflammé (*Goître chronique enflammé*), par L.-J. Bauchet, docteur en médecine, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Mémoire présenté à la Société de médecine du département de la Seine, le 25 juillet 1856.

(Suite. — Voyez le n° 2, page 19, tome IV.)

Obs. V. — *Goître enflammé*. — Hôpital de la Charité, salle Sainte-Catherine, n° 9. Marie P..., âgée de vingt-neuf ans, brodeuse, entrée le 25 février 1853, sortie le 19 avril 1853. C'est une femme sèche et nerveuse; elle est bien réglée, non mariée; elle est souffrante depuis sept ou huit mois; elle ressentait des douleurs de tête qui la forçaient à interrompre son travail quelquefois pendant un jour ou deux. La malade attribue ces douleurs à du charbon qui brûle dans la pièce où elle travaille à son état de brodeuse. Elle porte un goître depuis quinze ans (elle est de Metz, où cette affection n'est pas rare, dit-elle).

Elle est entrée à l'hôpital le 25 février 1853, pour des douleurs de tête très violentes, siégeant du côté droit (côté du goître), avec battements, et se faisant sentir principalement dans l'oreille. On a appliqué quarante sangsues sur le cou; le lendemain elle a éprouvé des douleurs dans le goître, avec chaleur et battements. On a fait une ponction dans la tumeur : un liquide roussâtre est sorti. On a mis une mèche de charpie, pour favoriser l'écoulement du liquide. On fait passer la malade du service de médecine, où elle était, dans la salle Sainte-Catherine.

---

avec la main en arrière jusqu'au pubis; il n'y a pas non plus d'écoulement de sang. La peau, devenue libre, est ramenée de nouveau au delà du gland; on emploie alors les fomentations abondantes d'eau froide, et on entoure la verge d'un emplâtre qui réprime efficacement l'inflammation. Dans les jours suivants, on prescrit la diète jusqu'à ce que le malade soit presque vaincu par la faim, de peur que l'alimentation n'excite ces parties. Dès que l'inflammation est tombée, on applique un bandage depuis le pubis jusqu'à l'incision circulaire, on ramène la peau sur le gland dont on la sépare au moyen d'un emplâtre. De cette manière, la partie inférieure se soude, et la partie supérieure se guérit sans adhérence.

Ad tegendam glandem colis si nuda est.
(Texte de Celse, liv. VII, chapitre xxv.)

« In quo, si glans nuda est, vultque aliquis eam decoris causa tegere, fieri potest. Sed expeditius in puero, quam in viro; in eo cui id naturale est, quam in eo, qui quarumdam gentium more circumcisus est; in eo cui glans parva juxtaque eam cutis spatiosior, brevis ipse coles est, quam in quo contraria his sunt. Curatio autem eorum, quibus id naturale est, ejusmodi est. Cutis circa glandem prehenditur et extenditur, donec illam ipsam condat. Ibique deligatur : deinde juxta pubem, in orbem tergus inciditur, donec coles nudetur; magnaque cura cavetur, ne vel urinæ iter, vel venæ, quæ ibi sunt, incidantur. Eo facto, cutis ad vinculum inclinatur, nudaturque circa pubem velut circulus; eoque linamenta dantur, ut caro increscat, et id impleat, satisque velamenti supra latitudo plagæ præstet. Sed, donec cicatrix sit, vinctum esse id debet, in medio tantum relicto exiguo urinæ itinere est.

» In eo, qui circumcisus est, sub circulo glandis scalpello diducenda cutis ab interiore cole est. Non ita dolet, quia summo soluto, diduci deorsum usque ad pubem manu potest; neque ideo sanguis profluit. Resoluta autem cutis rursus extenditur ultra glandem; tum multa frigida aqua fovetur; emplastrumque circa datur, quod valentem inflammationem reprimat, proximisque diebus, et prope a fame victus est, ne forte eam partem satietas excitet. Ubi jam sine in-

État actuel. — Gonflement à la partie antérieure et inférieure du cou. Du côté droit, le cou n'est pas beaucoup plus gros qu'à l'état normal, au dire de la malade. Il y a de la rougeur, de la chaleur et une vive douleur à la pression ; la tumeur est dure, élastique et le siége d'une inflammation profonde. Elle donne lieu à des douleurs aiguës. Par moments, on observe une contraction spasmodique des muscles de la face, du côté affecté.

La malade éprouve de la difficulté pour avaler ; la respiration n'est pas difficile ; il n'y a pas de signes de suffocation. La tumeur suit manifestement les mouvements de déglutition. (Cataplasmes ; diète, bouillon ; cataplasmes de farine de lin.)

18 février. Rougeur, douleur moindre. Le liquide roussâtre coule en notable quantité ; toujours des contractions spasmodiques des muscl es de la face. La malade n'a pas d'appétit ; elle est affaissée et a perdu toutes ses forces.

7 mars. On voit deux petits bourgeons charnus qui ferment en partie l'ouverture par laquelle suinte le liquide roussâtre dont nous avons parlé ; par la pression, on fait sortir un pus blanc crémeux. On ouvre largement la poche ; la plaie a 1 centimètre 1/2 de longueur. Pus de bonne nature, blanc, crémeux, assez abondant ; *odeur fétide très prononcée.*

Du pus coule par la plaie pendant cinq ou six semaines, durant lesquelles l'état général est plus ou moins satisfaisant. La malade est parfois très affaissée, puis elle reprend le dessus On fait dans la plaie quatre injections iodées, à des intervalles irréguliers, trois ou quatre jours entre chaque injection. Le liquide qui sort est toujours moins abondant, plus séreux.

Le *17 avril*, aucun liquide ne suinte. On introduit un stylet qui pénètre profondément ; aucun suintement.

Le *19 avril*, la malade sort. Il ne suinte plus de liquide par l'ouverture qui a été pratiquée. La tumeur a considérablement diminué ; il ne reste plus, à la place du goître, qu'un noyau un peu dur.

Quinze jours après, la malade est revenue à la consultation. Le noyau s'est encore affaissé ; le trajet de l'incision est complétement oblitéré ; la plaie est bien fermée.

En somme, nous pouvons résumer ainsi les observations :

Obs. I. — C'est une femme de trente ans, bien constituée, d'un tempérament nerveux, impressionnable. Elle éprouve une douleur dans la région antérieure du cou, de la gêne dans la phonation et dans la déglutition, de la difficulté dans la respiration. Une tumeur paraît, douloureuse au toucher, plaquée sur la partie inférieure du larynx et supérieure de la trachée ; tumeur qui suit les mouvements de ces organes. Il y a de la suffocation, de la fièvre. Sangsues ; vésicatoire ; onguent mercuriel. Tous les accidents se calment, la tumeur diminue et finit par disparaître complétement.

Obs. II. — C'est encore une femme. Elle est âgée de trente-cinq ans ; elle ressent une douleur à la partie antérieure du cou. Une tumeur se développe sourdement, lentement, douloureuse au toucher. La peau est tendue, luisante ; le lobe droit du corps thyroïde est gonflé, tuméfié. Les mouvements augmentent la douleur, au point d'amener de la dyspnée, presque de la suffocation ; il y a de la fièvre. La tumeur monte et descend en suivant les mouvements du larynx. Sangsues ; vésicatoire ; onctions mercurielles. La malade est prise d'un érysipèle grave, qui envahit successivement les différentes parties du corps. L'érysipèle guérit bien, ainsi que la thyroïdite, et quand la malade quitte l'hôpital, toute tuméfaction a disparu.

J'ai pu observer en ville une autre malade, chez laquelle les choses se sont passées comme chez la malade de l'observation I ; seulement, chez elle, l'inflammation, la tuméfaction avaient envahi simultanément deux lobes du corps thyroïde.

M. Velpeau nous a cité, à sa clinique, plusieurs cas semblables. M. Gosselin a observé un exemple au moins de maladie de cette nature à l'Hôtel-Dieu, tandis qu'il faisait le service de M. Roux. Un des élèves de M. Chassaignac m'a cité un autre fait qu'il avait observé à l'hôpital Saint-Antoine. J'aurais pu, en consultant chaque chirurgien, réunir un plus grand nombre d'observations ; mais je puis, je l'espère, avec celles que je possède, tracer le tableau de la maladie qui nous occupe.

Obs. III. — Jeune fille de vingt ans, d'une santé un peu affaiblie, dont la mère porte un goître indolent. Elle sent une tumeur qui se développe sans cause appréciable, et qui occupe le corps thyroïde. Sangsues ; frictions mercurielles ; cataplasmes ; vésicatoire volant. Récidive deux fois ; deux fois application de sangsues. Guérison.

Obs. IV. — Jeune homme de vingt-cinq ans. Tumeur datant de deux mois, douloureuse, rouge, fluctuante, occupant le corps thyroïde, survenue sans cause appréciable. Ponction ; issue de pus *mêlé de gaz.* Mèche ; cataplasmes ; injections iodées. Guérison.

Il reste un noyau induré dans le corps thyroïde.

Obs. V. — Jeune femme de vingt-cinq ans. Goître depuis douze ans, enflammé ; ponction. Issue d'un pus *fétide.* Cataplasmes. Guérison.

Voilà les observations qui ont servi de base à ce travail ; voici maintenant l'ordre que je me propose de suivre dans la description de la thyroïdite ou plutôt du goître aigu.

Je dirai d'abord deux mots du corps thyroïde ; puis j'étudierai successivement l'inflammation de cet organe, considérée dans ses variétés, ses causes, son début, ses symptômes, sa marche, sa durée, sa terminaison, ses complications, son diagnostic, son pronostic, son traitement. Je terminerai par une observation de goître suffocant.

---

flammatione est, deligari debet a pube usque ad circulum. Super glandem autem, adverso emplastro imposito, induci. Sic enim sit, ut inferior pars glutinetur, superior ita sanescat, ne inhæreat. »

Voici donc ce chapitre que je trouve si intéressant : je mets en regard le texte latin, afin que vous puissiez juger de la valeur de la traduction que je propose, et pour laquelle j'ai consulté surtout l'excellente version qui nous a été donnée par M. le docteur Des Étangs. Ici comme ailleurs, la concision si vantée de Celse rend le mot à mot difficile, mais heureusement le sens littéral n'a guère à en souffrir. Si je ne me trompe, je vois dans ces deux procédés l'indication très explicite de deux des modes principaux de l'autoplastie dite française :

1° Les incisions cutanées faites à distance pour favoriser la migration de la peau dans les régions où celle-ci est assez mobile pour que la formation de lambeaux véritables ne soit pas nécessaire. C'est le premier procédé.

2° La formation de lambeaux mobiles saignant à leur face profonde, formés par décollement, c'est-à-dire par des incisions qui détruisent les adhérences des téguments aux couches sous-jacentes. Telle est la signification du second procédé.

Puis voyez avec quelle sagacité Celse emploie deux ressources opératoires différentes pour deux lésions très différentes elles-mêmes, quoique entraînant un résultat semblable.

Dans le premier cas, il s'agit d'un vice de conformation congénital. Les téguments de la verge sont souples, extensibles, mobiles et amples ; on leur donne de la liberté en arrière pour favoriser leur déplacement et leur progression en avant ; rien ne s'oppose à la réussite complète et temporaire de l'opération. Je dis temporaire, parce que nous savons très bien aujourd'hui que la plaie circulaire prépubienne ne doit pas se remplir de chair ; et quand même nous n'aurions pas pour nous appuyer la belle observation de J.-L. Petit, que je me propose de commenter plus loin, nous pouvons prévoir, après le premier procédé de Celse, un insuccès ultérieur, ou si l'on veut une récidive, dont ne se doutaient guère ni l'auteur romain ni les chirurgiens de la renais-

I. Deux mots sur le corps thyroïde.

Placé au niveau de la partie moyenne de la région sous-hyoïdienne, dans l'écartement des deux muscles sterno-mastoïdiens, sous les muscles sous-hyoïdiens, en avant et sur les parties latérales de la trachée-artère et de la partie inférieure du larynx, entre l'aponévrose cervicale moyenne et l'aponévrose cervicale profonde, le corps thyroïde est divisé en deux lobes, quelquefois réunis par une gorge assez épaisse, quelquefois par une petite lamelle de tissu, d'autres fois presque distincts. Cette glande est relativement plus considérable chez l'enfant que chez l'adulte, et est assez souvent un obstacle assez important dans l'opération de la trachéotomie. Elle m'a toujours paru aussi relativement plus développée chez la femme que chez l'homme. Alimentée par un grand nombre d'artères, entourée par un réseau veineux très riche, elle est formée : 1° par une enveloppe de tissu cellulaire et une gangue celluleuse ; 2° par des capsules glandulaires ; 3° par des vaisseaux capillaires. Ses usages sont encore douteux. Elle suit les divers mouvements ascensionnels du larynx.

Je ne veux pas m'appesantir plus longtemps sur l'anatomie du corps thyroïde, qui a été le sujet de plusieurs excellentes monographies, parmi lesquelles je citerai la thèse inaugurale de M. le docteur Legendre, prosecteur des hôpitaux (1853), et le mémoire de M. Bach (de Strasbourg), que j'ai déjà indiqué.

II. Inflammation du corps thyroïde. Variétés. Causes.

L'inflammation du corps thyroïde peut se développer dans deux circonstances différentes : ou bien elle envahit le corps thyroïde parfaitement sain jusque-là, ou bien elle se développe dans un goître préexistant, dans un goître hypertrophique, ou dans un goître liquide, kysteux. Cette distinction est importante au point de vue de la symptomatologie, du pronostic et du traitement. L'inflammation peut envahir tout le corps thyroïde, ou seulement une partie de cette glande, un de ses lobes, par exemple ; elle peut débuter d'une manière rapide et suivre une marche aiguë, ou bien se montrer graduellement et revêtir la forme chronique. Si la maladie est franchement chronique, sans réaction inflammatoire, ce n'est plus alors un goître aigu, une thyroïdite, et elle ne rentre pas dans mon sujet.

Les causes de cette inflammation sont fort obscures, mais elles sont très nombreuses. Les coups, les efforts, les violences extérieures peuvent déterminer un goître aigu, tout comme elles amènent une inflammation dans tout autre organe soumis aux mêmes chocs. Seulement, à cause de sa position, la thyroïde est moins exposée que beaucoup d'autres parties du corps aux violences extérieures.

D'après mes observations, d'après les renseignements que j'ai rassemblés et les recueils que j'ai consultés, les femmes, et surtout les femmes jeunes encore, surtout les femmes qui ne sont pas arrivées à la ménopause, y seraient plus exposées que les hommes. Parmi les observations que j'ai rapportées, une seule a été prise sur un jeune homme de vingt-neuf ans ; encore s'agissait-il plutôt d'un goître kysteux enflammé. Peut-être, à la période menstruelle, y a-t-il dans le corps thyroïde un mouvement de fluxion, de turgescence semblable à celui qui se passe dans la mamelle. J'ai souvent interrogé des femmes pour éclairer cette question, surtout les femmes chez lesquelles on voit se développer, presque chaque mois, des angines plus ou moins intenses au moment où les règles vont s'établir. Je crois bien qu'il se passe quelque chose du côté du corps thyroïde ; mais je n'ai pas assez de faits concluants pour résoudre, quant à présent, l'hypothèse que j'ai émise plus haut.

Si le climat, si l'alimentation, si l'hérédité jouent un grand rôle dans le développement du goître, il est probable qu'ils ont aussi une certaine influence sur l'inflammation du corps thyroïde, surtout sur l'inflammation du goître préexistant ; mais les auteurs qui ont écrit sur ce sujet ne nous disent rien de la thyroïdite.

Les professions, et surtout les professions pénibles, peuvent bien être une cause de goître aigu ; mais je ne puis encore ici qu'élever des suppositions.

On peut, pour cette affection comme pour beaucoup d'autres, donner cours à son imagination dans le champ des hypothèses ; mais les faits nous apprennent peu de chose sur son étiologie.

Quoi qu'il en soit, le corps thyroïde peut s'enflammer, et nous allons voir maintenant comment débute, comment se comporte cette inflammation.

III. Début. Symptômes. Marche. Durée. Terminaison.

Cette affection peut débuter brusquement sans être précédée de fièvre ou d'autre symptôme appréciable, surtout quand le corps thyroïde était parfaitement sain avant l'invasion de la maladie. D'autres fois, au contraire, le corps thyroïde grossit lentement, détermine un peu de gêne dans les divers

---

sance, et que la majorité même des praticiens de notre siècle ne redoutent pas suffisamment encore.

Dans le second cas, au contraire, le prépuce a déjà été retranché, et par la circoncision complète il existe une cicatrice annulaire, car la réunion immédiate ne se faisait pas à cette époque comme de nos jours.

Probablement la laxité de la peau, devenue moindre à la racine du gland, ne permet plus de recouvrir cet organe par une simple traction, il faut alors détruire les adhérences de la peau dans le point même où l'on veut obtenir de la mobilité. L'incision circulaire est donc faite dans le sillon balano-préputial lui-même ; la peau est d'abord tirée vers le pubis, afin que ses liens celluleux soient plus sûrement détruits, puis elle est ramenée sur l'extrémité antérieure de la verge, et le nouveau prépuce est constitué. On le maintient dans cette position jusqu'à ce que sa face profonde ait contracté des adhérences à la face uréthrale de la verge, tandis qu'on prend les précautions nécessaires pour que ces mêmes adhérences ne s'établissent pas sur le gland lui-même.

Voici certainement une opération bien conçue, au moins pour les résultats immédiats, car je n'ai pas besoin de réitérer ma réserve, eu égard à la récidive ou à l'enroulement du prépuce artificiel.

Je vous ai déjà fait entendre que le précieux document que j'examine n'avait pas été utilisé dans l'histoire générale de l'autoplastie. J'ajoute que lorsqu'on le cite à ce propos, c'est pour l'attribuer ordinairement soit à Galien, soit à Antyllus.

On le retrouve, à la vérité, dans la plupart des auteurs à propos des maladies de la verge, mais Celse n'a pas toujours les honneurs de la citation. Voici une première catégorie d'assertions que je vais démontrer en faisant l'histoire de l'anaplastie du prépuce. Cet examen rétrospectif vous paraîtra sans doute bien prolixe ; mais je ne recule pas devant cet inconvénient. Je ferai voir de plus comment une erreur sortie de la plume d'un homme distingué devient la source de nouvelles falsifications de textes, et j'accomplirai en même temps ma tâche de critique et ma tâche d'historien.

Je ne me propose cependant pas, dans cette revue, de citer tous les chirurgiens passés ; je prendrai seulement les grands

mouvements du cou, et ce n'est que plus tard que vont se montrer les phénomènes inflammatoires. Dans d'autres circonstances, la glande thyroïdienne est déjà malade : elle est le siége d'une tuméfaction ou d'une collection liquide, et, après un laps de temps assez long, l'inflammation s'empare de cette tumeur. J'ai rapporté des observations qui viennent à l'appui de ces diverses assertions.

Quoi qu'il en soit, au moment où va se développer le goître aigu, le premier signe qui frappe le malade et l'observateur, c'est la douleur.

La douleur siége au-dessous du larynx ; quelquefois, mais rarement, sur la ligne médiane ; le plus ordinairement sur l'un des côtés ou sur les deux côtés du larynx et de la trachée, suivant que l'inflammation occupe l'un des côtés seulement ou les deux lobes du corps thyroïde. Elle se prolonge sur toute la face antérieure du cou, à la région sous-hyoïdienne. La moindre pression, le moindre mouvement de la tête l'exaspèrent. La phonation, la déglutition, alors que le larynx s'élève et s'abaisse, la contraction des sterno-mastoïdiens, sont surtout pénibles. Instinctivement, les malades donnent à la tête une position particulière. Ils la fléchissent légèrement en avant, le menton incliné vers le sternum, ils relâchent en un mot les muscles sous-hyoïdiens.

Cette position ressemble beaucoup à celle des malades atteints d'angine. Mais, dans ce cas, la voix n'est pas altérée dans son timbre ; les amygdales, les piliers du voile du palais, l'isthme du gosier sont sains. Si la déglutition est difficile, ce n'est pas à cause de la douleur que provoque le passage des aliments, c'est à cause des mouvements ascensionnels du larynx pendant cet acte de la digestion. En même temps, on voit apparaître la fièvre, de l'inappétence, une soif plus ou moins vive, que les malades craignent de satisfaire, à cause de la douleur qu'ils ressentent, une anxiété extrême, de l'agitation, de la suffocation. L'intensité des symptômes est en rapport avec la douleur, la rapidité de la marche de la maladie. Au bout de douze, vingt-quatre, trente-six heures, une tuméfaction se manifeste, tuméfaction plus ou moins considérable siégeant au niveau du corps thyroïde, occupant les deux lobes ou un seul des lobes de cette glande, tuméfaction qui efface le creux formé par l'écartement inférieur des deux muscles sterno-mastoïdiens. Ce gonflement est bien circonscrit et forme une véritable tumeur. Cette tumeur suit les mouvements d'ascension et d'abaissement du larynx, pendant la déglutition, on rend surtout ce phénomène bien appréciable. On engageant les malades à boire et en observant ce qui se passe dans la tumeur.

La peau est tendue, luisante, quelquefois un peu rouge.

Par le toucher, on constate que la tumeur est profondément située, mal limitée du côté de la trachée, sur laquelle elle repose ; qu'elle n'est pas adhérente à la peau, qu'elle est bien circonscrite, et qu'elle occupe le corps thyroïde. On peut quelquefois parvenir à la saisir entre les doigts, et si on lui imprime alors quelques mouvements, ces mouvements se communiquent à la trachée. Dans certains cas, on sent qu'elle s'engage sous les sterno-mastoïdiens, et on la retrouve quelquefois en dehors de ces muscles.

Ces explorations doivent être faites avec une certaine réserve et de grandes précautions, à cause des douleurs qu'elles déterminent et de la crainte d'aggraver les symptômes inflammatoires.

Cette tumeur grossit assez rapidement ; elle acquiert ainsi le volume d'un œuf, d'une pomme ou du poing. Au bout de trois, quatre, cinq ou six jours, la peau devient plus luisante, rougit, glisse plus difficilement sur la tumeur. La fluctuation se fait sentir ; mais il faut faire attention que le corps thyroïde ne repose pas sur un plan résistant, et que l'on doit se tenir en garde contre les signes qui peuvent faire croire à l'existence d'un liquide. S'il est quelquefois difficile, pour les goîtres chroniques non inflammatoires, que l'on peut presser sans provoquer de douleur, s'il est quelque fois difficile, dis-je, d'affirmer qu'ils sont fluctuants, à plus forte raison ce signe doit-il être bien plus souvent incertain dans le goître aigu, dans la thyroïdite.

Dans les cas les plus ordinaires, la tumeur grossit, mais sans se ramollir, sans donner lieu à la suppuration. La peau se tend, devient luisante, mais ne rougit pas.

Il est des circonstances où la marche de la maladie est moins rapide. La douleur est modérée, les mouvements peu gênés, la fièvre peu intense, et la tuméfaction se développe lentement. Mais telle n'est pas la marche ordinaire de la thyroïdite, de la maladie qui nous occupe, ainsi qu'on a pu le voir par les observations I, II, III. Le goître, quand il affecte cette marche lente, rentre plutôt dans la catégorie des goîtres chroniques ou tout au moins subaigus, et ce n'est qu'accidentellement qu'il revêt les caractères du goître aigu ou thyroïdite.

Le goître aigu dure en général un à deux septénaires. La tumeur paraît dès le second ou le troisième jour, grossit du troisième au cinquième ou sixième jour ; puis, si la suppu-

---

maîtres et les livres qui font époque. Je ne trouve rien dans Albucasis, dans Gui de Chauliac, ni dans Fabrice de Hilden. Galien et Paul d'Égine reproduisent, à la vérité, les procédés de Celse. Je devrais commencer par eux, mais je réserve pour plus tard la reproduction de leur texte. Je commence donc au XVI[e] siècle.

Ambroise Paré donne une traduction à peu près littérale des deux procédés de Celse. Cependant il me paraît faire une inversion fâcheuse en attribuant le premier précisément aux circoncis, pour lesquels, au contraire, Celse recommande le second. Il n'ajoute guère qu'une chose au manuel : c'est l'emploi « d'une petite canule au conduit de la verge, afin que le malade puisse uriner à sa volonté. Tels, dit A. Paré, sont appelés des Latins *recutiti*, et des Français retaillés. » Je ne fais pas mon compliment au traducteur du mot *recutiti* (1), mais je blâme plus encore notre chirurgien, qui sournoisement copie Celse sans le nommer, usant ici de ce que vous avez appelé si poliment *sa politique silencieuse*.

Fabrice d'Acquapendente, fort érudit et d'ailleurs grand admirateur de Celse, ne mérite pas le même reproche. Mais s'il reproduit les procédés en question, c'est pour les proscrire avec une énergie radicale. Sa critique est à la fois très logique et très spirituelle ; on n'a rien dit de mieux depuis. Mais il est juste de rappeler que Paul d'Égine avait déjà parlé dans le même sens, ce que Fabrice ne nous dit pas.

Il se hasarda cependant à conseiller une opération dont il n'est pas question, que je sache, avant lui : je veux parler de la suture d'une fente du prépuce, suite d'une opération de phimosis (1).

Je marche vite et j'arrive à Dionis. Après avoir énuméré les opérations qu'on peut utilement pratiquer à la verge, l'auteur proscrit comme inutiles la circoncision, le bouclement « et celle

(1) Ou *apellæ*, λειπόδερμος. Galien désigne par ce mot ceux en qui le prépuce ne couvre pas le gland, soit que ce défaut provienne de maladie, d'amputation ou de contraction, *Dict. univers. de méd.*, 1746, in-folio.

(1) *Œuvres chir.*, 2[e] partie, chap. 61, pag. 707, édit. 1658. Lyon, trad. française.

ration ne survient pas, elle diminue à partir de ce moment, et disparaît du quinzième au vingtième jour à peu près. Pendant la première période, les symptômes vont en s'aggravant; ils restent stationnaires pendant un jour ou deux, puis ils disparaissent plus ou moins vite, suivant les sujets, suivant le traitement qui a été mis en usage.

Voilà la marche et la durée la plus normale de la thyroïdite.

Si le goître prend une marche plus lente, la tumeur met un temps plus lent à se développer; elle a partant moins de tendance à disparaître, à moins que la suppuration ne s'en empare; elle a une durée illimitée, et finit par donner lieu à une hypertrophie pure et simple du corps thyroïde, avec ou sans suppuration du kyste.

Si la thyroïdite a de la tendance à se terminer par suppuration, les symptômes vont en s'aggravant; la fièvre ne tombe pas vers le sixième jour : au contraire, des frissons se manifestent, la peau se tend et rougit, la tumeur devient plus douloureuse, se ramollit, devient fluctuante. La fluctuation est généralement manifeste du dixième au vingtième jour. Le pus s'écoule à l'extérieur, soit par une ouverture naturelle, soit par une incision pratiquée dans le foyer. Dans le premier cas, le goître peut être interminable; dans le second, l'abcès se déterge, la maladie dure trente-cinq, quarante, cinquante jours, et se termine par résolution, le plus souvent en laissant après elle un noyau induré.

Il peut se développer des gaz dans l'intérieur du foyer : on en est prévenu par le bruit particulier, la crépitation qu'ils déterminent quand on presse sur la tumeur. Ce symptôme est des plus faciles à saisir. Il ne faut pas confondre ce développement accidentel de gaz dans un foyer purulent avec cette affection décrite sous le nom de *goître emphysémateux* (Richter, Frank, Larrey, etc.).

Comme on le voit, la marche et la durée de la maladie varient suivant qu'elle est plus ou moins franchement inflammatoire. Cependant, en général, la marche est rapide et la durée assez courte. Elle se termine le plus souvent par résolution, quelquefois par induration ou hypertrophie, quelquefois par suppuration. La terminaison est d'autant plus heureuse, que la maladie a marché plus vite. La résolution arrive d'autant plus facilement que la thyroïdite a été plus franchement aiguë. Cette proposition, qui paraît en contradiction avec les principes de la pathologie, repose sur les observations que j'ai rapportées en commençant ce travail. On voit plutôt survenir la suppuration dans les goîtres à marche lente, et surtout dans les goîtres anciens. L'induration ou l'hypertrophie appartiennent surtout au goître chronique ou au goître subaigu. Dans ces derniers, la marche et la durée n'ont rien de fixe. L'inflammation peut se développer dans un goître datant de deux mois, comme dans un goître qui a mis des années à se développer. Elle peut s'éteindre sans déterminer de suppuration, et durer quatre à huit jours au plus; le plus ordinairement elle provoque la formation du pus, surtout dans les goîtres liquides.

IV. Complications.

Je viens, dans le chapitre précédent, de décrire la thyroïdite, et il semblerait que cette affection est des plus simples et des plus bénignes.

Cependant elle est, à cause de son siége, souvent bien sérieuse; aussi ai-je voulu, dans un paragraphe spécial, indiquer les dangers d'une semblable maladie.

Les complications peuvent tenir aux accidents de voisinage, aux abcès, à la nature du pus et à la nature de l'organe lui-même.

Examinons d'abord ce dernier point.

Le corps thyroïde, comme la mamelle, est composé d'un certain nombre de lobules. Comme dans la mamelle, une inflammation parenchymateuse peut envahir successivement chacun des lobules et donner lieu ou bien à des abcès parenchymateux successifs, ou bien à des abcès profonds.

Ces abcès peuvent avoir deux modes d'origine distincts. L'inflammation envahit le corps thyroïde; de cet organe elle gagne le tissu cellulaire ambiant, et y détermine la suppuration et la formation d'un abcès; ou bien un abcès se développe dans le centre même de cette glande : il est d'abord parenchymateux; il vient fuser et s'ouvrir dans le tissu cellulaire voisin.

Si telle était la marche ordinaire des abcès, cette affection serait des plus graves et presque toujours mortelle; le pus fuserait dans le tissu cellulaire, suivrait la trachée, les vaisseaux du cou, gagnerait tantôt le médiastin antérieur, tantôt le médiastin postérieur, et l'on comprend tout de suite les dangers de pareilles complications. Aussi chaque fois qu'on voit se développer une thyroïdite ou même une inflammation dans un goître préexistant, il faut prévoir et redouter ces accidents, afin de chercher à les prévenir.

Heureusement, l'inflammation, ainsi que l'ont démontré les observations rapportées plus haut, se circonscrit et se résout facilement, et, dans le cas de suppuration, la peau

---

» du *recutili*, par laquelle les anciens entendaient une opération » qu'ils faisaient à la verge lorsque le gland était trop découvert... » à ceux qui se sentaient incommodés par le frottement continuel de la chemise et qui voulaient à quelque prix que ce fût l'avoir recouvert. « Ils la pratiquaient, ajoute Dionis, en deux manières, l'une » en faisant une incision circulaire à la peau de la verge, vers la » racine, et tirant cette peau jusqu'à ce que le gland fût recouvert; » et l'autre, après avoir rehaussé le prépuce sur la verge, ils in- » cisaient en rond la peau interne du prépuce proche le gland; » puis à l'une et à l'autre de ces manières, ils liaient le bout du » prépuce sur une petite canule de plomb pour laisser sortir l'urine » et procuraient une cicatrice entre les deux lèvres de l'incision. » (*Cours d'opérations*, 3e démonstration, t. Ier, p. 257, édit. 1765.)

Sans vouloir faire une charge à fond sur ce passage, je voudrais pourtant risquer quelques remarques : J'ignore tout à fait pourquoi Dionis substitue au mot *recutiti*, qui signifie quelque chose, celui de *recutili* qui ne veut rien dire. J'invoquerais bien la si accommodante faute d'impression, mais par malheur elle est reproduite trois fois; c'est trop. Je constate encore que Dionis rapporte tout simplement aux anciens les procédés opératoires, il a raison; mais je trouve qu'il est très commode de dire les anciens et les modernes quand on ne veut pas se donner la peine de préciser les citations, c'est un moyen encore fort usité de nos jours; or les anciens, c'est Celse, et Dionis ne me paraît pas l'avoir consulté, ses anciens me paraissent tout simplement n'être autres qu'Ambroise Paré et Fabrice d'Acquapendente, car nous retrouvons la canule du premier destinée à faciliter l'émission de l'urine et les inconvénients du frottement de la chemise qui déterminèrent le second à faire la suture du prépuce. A mes yeux, le passage de Dionis est un amalgame de deux chirurgiens précités et pas autre chose.

J'arrive à J.-L. Petit et je m'y arrête, parce que c'est là que se trouve le premier fait, la première observation complète de restauration du prépuce. (*La suite à un prochain numéro.*)

Ar. Verneuil,
Agrégé à la Faculté de médecine de Paris

rougit, se tend, se ramollit, et le pus s'écoule à l'extérieur. Dans une des observations, il est survenu un érysipèle ; mais c'est une complication indépendante de la nature de la maladie elle-même et qui est commune à toutes les affections chirurgicales.

Le pus qui se forme dans les abcès thyroïdiens est souvent un pus de mauvaise nature, et cela tient à plusieurs causes.

D'abord, le pus peut être mêlé à des gaz, ainsi que j'en ai cité un bel exemple. Je n'insiste pas davantage sur ce fait ; ensuite chacun sait que le corps thyroïde est formé d'un tissu mou, spongieux, vasculaire, dans lequel sont fréquents les épanchements sanguins. Or, la suppuration qui s'établit dans un foyer sanguin enflammé donne lieu à du pus mêlé de sang fétide et abondant. Enfin, le corps thyroïde, précisément à cause de sa structure molle et vasculaire, se laisse disséquer par la suppuration qui l'envahit ; les aponévroses qui le circonscrivent reviennent difficilement sur elles-mêmes pour accoler les parois du foyer, et la source du pus est plus longtemps à se tarir que dans beaucoup d'autres régions du corps. Je ne dois pas oublier de rappeler ici les dangers de la phlébite signalés par M. Cruveilhier, et surtout, et plutôt encore, les dangers de l'infection purulente ou de l'intoxication putride. Je ne dois pas oublier non plus que le corps thyroïde touche et engaîne presque la trachée, que l'inflammation de cette glande peut envahir la trachée, et que cette complication peut être des plus graves.

Ai-je besoin de signaler comme complication les accidents de voisinage, tels que adénites, angine, etc. Ces accidents n'étant pas spécialement attachés à la maladie qui nous occupe, je ne m'y arrête pas plus longtemps.

(La suite à un prochain numéro.)

SUR LES CORPS ÉTRANGERS INTRODUITS DANS L'URÈTHRE, par le docteur DEMARQUAY, chirurgien des hôpitaux, membre de la Société de chirurgie, etc., et le docteur PARMENTIER, ex-interne des hôpitaux, etc.

Les corps étrangers introduits dans l'urèthre ne sont que mentionnés dans les traités de chirurgie ; les auteurs parlent surtout des calculs uréthraux et des moyens employés pour les extraire : ils n'insistent pas sur les divers procédés opératoires imaginés pour retirer les corps si variés qui ont été introduits dans l'urèthre.

Frappés de cette lacune à l'occasion d'un fait recueilli par l'un de nous, nous avons entrepris de rassembler les observations relatives à ce sujet, et d'exposer les divers modes opératoires mis en usage par les chirurgiens qui ont eu à extraire des corps étrangers de l'urèthre.

OBS. — Il y a quelques mois, un malade âgé de quarante-huit ans se présenta chez M. Demarquay et lui dit que pour des motifs sur lesquels il est inutile d'insister, il s'était introduit un porte-plume métallique long de 19 centimètres, composé, ainsi que le dessin l'indique, d'un manche légèrement rugueux et du porte-plume proprement dit. Ce corps étranger introduit par le manche avait lâché au moment où l'érection était à son comble ; et ce malheureux ne put le retirer lorsque le pénis fut revenu sur lui-même. Il resta ainsi deux jours, faisant des tentatives d'extraction infructueuses et tendant à enfoncer de plus en plus dans le canal le corps étranger. En effet, il cherchait, en refoulant le pénis en arrière, à faire sortir par le méat urinaire le porte-plume, qui finit par arriver dans le col de la vessie ; de sorte que le malade perdait continuellement de son urine, sans pouvoir vider complétement sa vessie à cause du volume du corps étranger et de l'inflammation du canal qui était survenue. L'état de ce malheureux était devenu intolérable ; aussi demanda-t-il à M. Demarquay à être débarrassé à tout prix.

L'extraction de ce corps présentait des difficultés tenant à plusieurs causes :

1° La profondeur à laquelle le corps étranger était arrêté ;

2° La contractilité de l'urèthre qui s'était fortement appliqué sur le porte-plume.

M. Demarquay introduisit une longue pince analogue à celle de Hunter, saisit l'extrémité du porte-plume, et amena au dehors cette partie de l'instrument. L'extraction du manche fut plus difficile à cause de la profondeur à laquelle il était placé, et de plus l'urèthre s'était tellement appliqué sur lui qu'il fallut une traction considérable pour l'amener au dehors. Le malade guérit parfaitement bien.

Les corps étrangers introduits dans l'urèthre sont très variés sous le rapport de leur nature, de leur forme et de leur volume. En parcourant les diverses observations publiées, on y trouve des épingles simples ou doubles, des aiguilles longues de six pouces et demi, une branche de pied-de-roi en cuivre longue de six pouces (*Journal de médecine continué*, t. XVI, p. 35), une fourchette de 4 pouces 6 lignes de longueur, et dont les branches présentaient un écartement de 6 lignes (*Id.*, t. LXVI, p. 79, an 1786). D'autres fois, ce sont, comme dans l'observation précédente, des porte-plumes métalliques, un cure-oreille (*Archives de méd.*, t. III, p. 393, 1823), une branche de sapin (*Gaz. des hôp.*, 1852, p. 80), un cylindre d'albâtre (*Id.*, 1847, p. 426), une pointe de fer de 6 centimètres (*Id.*, 1849, p. 407), un cordon de cuir (*Id.*, 1839, p. 266), qui ont été introduits dans le canal ; enfin, il est arrivé plusieurs fois que des instruments de chirurgie se sont brisés dans l'urèthre, et qu'une portion y est restée. Ainsi, on a été obligé d'extraire des sondes d'étain, la cuvette du porte-caustique de Lallemand.

Si l'on examine l'âge des individus chez lesquels on a rencontré ces corps étrangers, on voit que le plus jeune avait huit ans, le plus âgé soixante-seize ans, et que le plus grand nombre avait de vingt à trente ans. Si l'on s'enquiert du motif qui a déterminé leur action, on apprend que ces individus n'ont eu que rarement des rapports sexuels, mais qu'ils étaient depuis longtemps adonnés à la masturbation, et que celle-ci étant devenue insuffisante, ils ont pris le parti d'introduire un corps étranger d'abord à l'entrée du canal jusqu'à la fosse naviculaire ; mais bientôt la sensibilité de cette région s'étant émoussée, force a été de pousser plus avant le corps étranger, afin de se procurer une éjaculation plus ou moins abondante; enfin, d'autres se sont introduit ces corps par gageure, dans un état d'ivresse.

Au moment où l'érection est arrivée à son comble, si le malade lâche le corps étranger, l'urèthre, irrité par sa présence, s'applique fortement sur lui et l'entraîne en arrière à mesure que l'érection cesse. Le malade ne peut le retirer, et ses efforts ne servent qu'à le faire pénétrer plus profondément, quelquefois jusque dans la vessie; et, quand le corps a une pointe un peu aiguë, il s'enfonce dans l'épaisseur des parois de l'urèthre. Bientôt la verge se tuméfie, est comme infiltrée, triple de volume, devient rouge, et un suintement sanguinolent a lieu par le méat urinaire. Il y a dysurie : le malade rend seulement de temps en temps quelques gouttes

d'urine; d'autres fois il y a rétention complète, impossibilité d'aller à la garderobe; une douleur très vive se propageant jusque dans la vessie, le long du pénis; l'abdomen est tendu; enfin le malade est dans un état d'angoisse inexprimable : il cherche, par tous les moyens possibles, à se débarrasser. Retenant le corps étranger en arrière, il tâche de refouler le canal de manière à faire sortir par le méat urinaire la cause de ses souffrances; mais si le corps étranger est peu volumineux, que l'excrétion de l'urine puisse avoir lieu, les malades tâchent de se retenir le plus longtemps possible, et prennent en même temps des boissons abondantes, espérant chasser le corps étranger par la force du jet de l'urine. Ordinairement les ressources de l'art sont réclamées promptement; cependant, il y a des observations où le corps étranger n'a été extrait que huit jours, un an, deux ans même après son introduction : dans ces cas, il était entouré de matière lithique.

En pressant doucement le long du canal, on peut quelquefois sentir le corps étranger; mais s'il était peu volumineux, il faudrait constater sa présence par le cathétérisme, en ayant soin d'introduire préalablement un doigt dans le rectum pour s'opposer à son passage dans la vessie. On verra s'il est possible de le faire changer de place; enfin, on devra s'enquérir de sa nature, de sa grosseur.

Avant d'exposer les divers procédés employés pour retirer les corps étrangers de l'urèthre, nous devons dire que l'introduction de ces corps n'entraîne pas un pronostic grave : nous n'avons pas trouvé une seule opération où il y ait eu mort du malade, quel que fût le corps étranger introduit, quel qu'ait été le procédé mis en usage.

Lorsque cela est possible, il faut tâcher d'extraire le corps étranger par l'orifice de l'urèthre, en l'y amenant au moyen d'une pince, comme M. Demarquay l'a fait chez son malade.

L'énumération des objets qui ont été introduits dans l'urèthre indique seule que ce procédé est loin de pouvoir être mis en usage dans tous les cas et que les chirurgiens ont dû imaginer des procédés particuliers pour surmonter les difficultés qu'ils rencontraient. Nous allons en présenter le tableau aussi complet que possible, en donnant un résumé très court du fait qui a suggéré l'idée de chaque mode opératoire, et nous dirons quel est, selon nous, celui qui doit mériter la préférence.

Les corps étrangers introduits le plus fréquemment dans l'urèthre sont les épingles et les aiguilles, et ce sont les plus difficiles à extraire; car leur peu de volume empêche souvent de les saisir avec une pince, et lorsqu'on y est arrivé, leur pointe s'engage dans les parois du canal.

Amussat, en tirant fortement sur le pénis, parvint à dégager la pointe d'une épingle introduite dans le canal de l'urèthre, puis, l'engageant dans la canule d'un instrument lithotriteur, il en fit l'extraction (*Archives de médecine*, t. XXV, 1831, p. 576).

Dans un cas où il ne put dégager la pointe d'une épingle, Desault s'avisa d'un expédient qui lui réussit. Il appuya un doigt sur la partie inférieure de l'urèthre, où répondait la pointe de l'épingle, qu'il fixa par ce moyen; puis, ayant poussé les branches de la pince plus avant, il saisit l'épingle à environ un pouce de la pointe, la recourba en forme d'anse en la tirant à lui, et en fit sur-le-champ l'extraction (*Dict. des sciences méd.*, t. LVI, p. 298).

Cette manière de faire n'est pas celle que nous préférerions en pareil cas : nous lui trouvons d'abord quelque chose de brutal; d'un autre côté, on n'est pas sûr de pouvoir ainsi recourber en forme d'anse l'extrémité d'une épingle. Il est un mode opératoire beaucoup plus ingénieux et qui doit être employé toutes les fois qu'on le peut, il a été imaginé par Samuel Cooper (*Dict. de chirurgie* de Samuel Cooper, t. II, p. 583, édit. 1826).

On fait pincer la verge près de sa racine par un aide, immédiatement au-dessous du corps étranger, de manière à empêcher sa progression dans le canal; puis, coudant fortement la verge, on fait traverser la paroi inférieure de l'urèthre, on saisit et on tire au dehors l'épingle, puis on tourne sa tête vers le gland par l'orifice duquel on la fait sortir. Ce dernier procédé a été employé par M. Boinet pour extraire une épingle d'or longue de 6 centimètres environ (*Gaz. méd.*, 1841, p. 284). Dans le cas où l'épingle serait parvenue dans la portion membraneuse, on devrait introduire dans le rectum l'indicateur préalablement huilé.

Si nous avions à extraire une double épingle à cheveux, après avoir fait traverser les deux pointes, nous trouverions vers le gland l'anse formée par les deux branches de l'épingle, et nous la ferions sortir par le méat urinaire. Cette manœuvre est beaucoup plus simple que celle qui consiste à redresser la courbure de l'épingle et à sectionner ras de la peau une des branches pour faire sortir l'autre par la piqûre de l'urèthre.

S'il s'agissait d'une aiguille, on conçoit qu'il ne serait pas nécessaire de la retourner : on peut l'extraire directement par la piqûre de l'urèthre, comme l'a fait Dieffenbach (*Casper's Wochenschrift*, 1842, n° 2).

Bien que, dans plusieurs observations, on appelle ce procédé « procédé de Dieffenbach, » ce chirurgien ne doit pas être regardé comme son inventeur. Il fut imaginé par Süe, maître en chirurgie à Orléans, pour extraire une épingle à cheveux qu'un garçon tonnelier s'était introduite huit jours auparavant dans le canal de l'urèthre. Malheureusement, l'épingle n'était pas assez aiguë et assez résistante : il fut impossible de la faire traverser au dehors, et l'on prit le parti d'inciser l'urèthre pour la faire sortir (*Journ. de méd.*, t. LXXV, p. 279, an 1788).

Avant d'en venir à cette extrémité, on doit essayer successivement les deux procédés suivants, qui ont réussi plusieurs fois.

On enduit de poix ou de cire molle un stylet de trousse; puis, après avoir fixé le corps étranger, pour qu'il ne s'enfonce pas trop avant, on insère le stylet dans le canal; pressant ensuite avec l'autre main l'épingle contre la poix, on tâche de l'y fixer, et l'on retire le corps étranger avec l'instrument (*Id.*, t. XLIV, p. 557, an 1775).

On peut encore avoir recours au procédé suivant : Après avoir fait introduire préalablement le doigt d'un aide dans l'anus, afin d'empêcher le corps étranger de pénétrer dans la vessie, on pratique le cathétérisme avec une sonde d'argent assez volumineuse, et l'on tâche de passer entre le corps étranger et la paroi supérieure de l'urèthre, qui se contracte violemment sur la sonde; alors, au moyen du doigt introduit dans l'anus d'abord, puis à travers le périnée, on exerce une forte compression sur la sonde, que l'on retire peu à peu et lentement, en la laissant chasser pour ainsi dire par les contractions uréthrales. Le corps étranger suit la sonde et est enlevé en même temps qu'elle; d'autres fois il est seulement assez rapproché du méat urinaire pour pouvoir être saisi avec une pince (*Journ. de chir.*, année 1846, p. 214).

L'extraction des corps étrangers par les divers procédés dont nous venons de parler n'est ordinairement suivie d'au-

cun accident. Ainsi, bien que la pointe des épingles, des aiguilles ait traversé le canal de l'urèthre et la peau, la miction est à peine douloureuse, l'urine reprend facilement son cours, les piqûres ne nécessitent aucun pansement; deux jours après, c'est à peine si l'on remarque un point ecchymotique correspondant à la piqûre.

Il peut se présenter des cas où aucun des procédés exposés ne puisse être employé, même lorsqu'il s'agit d'épingles ou d'aiguilles introduites dans l'urèthre.

Dans un cas, M. Gosselin était parvenu à faire traverser la paroi uréthrale par la pointe d'une épingle, et avait opéré le changement de direction. L'épingle fut arrêtée dans la portion spongieuse déchirée par des manœuvres antérieures, et cet habile chirurgien fut obligé d'avoir recours à la boutonnière (*Gaz. des hôp.*, 1847, p. 426).

Ce fait nous amène tout naturellement au procédé qui est la dernière ressource du chirurgien pour extraire un corps étranger de l'urèthre : nous voulons parler de l'incision.

Il existe un grand nombre d'observations de corps étrangers de l'urèthre où ce procédé a été employé. Il en est où il a été mis en usage d'emblée, sans que l'on ait cherché à faire l'extraction du corps étranger par un autre procédé : ce sont les observations les plus anciennes ; mais, dans plusieurs cas, l'incision n'a été qu'un ultimatum.

On est obligé d'avoir recours à l'incision, lorsque le corps étranger ne peut changer de place, lorsque, par sa forme, par son volume, il met obstacle à l'emploi d'aucun autre procédé, comme dans une observation où il s'agit d'une petite fourchette introduite dans l'urèthre par un paysan (*Journal de méd.*, 1786, t. LXVI, p. 79).

Pour pratiquer l'incision du canal de l'urèthre, le malade est placé comme pour l'opération de la taille, et un aide relève les bourses lorsque le corps étranger a pénétré très profondément. S'il est volumineux et qu'il fasse saillie sous les téguments, on pratique sur son trajet une incision, et, avec les pinces, on en fait l'extraction. Mais lorsque le corps étranger a peu de volume et que l'on craint qu'il ne pénètre dans la vessie ; en introduisant un doigt dans le rectum et en pressant sur le col de la vessie, on s'oppose à son passage ; enfin, on introduit un cathéter pour servir de guide au bistouri.

S'il s'agissait d'une épingle à enlever, et que l'on fût forcé d'en venir à l'incision, on devrait d'abord n'intéresser que la peau et ne pas pénétrer dans le canal. Ceci fait, on ferait correspondre avec l'incision la pointe de l'épingle, et celle-ci étant saisie, on pourrait tourner sa tête du côté du méat urinaire et en achever l'extraction.

Après l'incision de l'urèthre, on place une sonde à demeure dans le canal, pour éviter que l'urine ne souille la plaie. Aucun accident n'est survenu dans les cas publiés. La guérison a eu lieu dans un espace de temps qui a varié de *six* à trente jours.

Disons, en terminant, qu'il est des circonstances où la position du corps étranger indique au chirurgien la conduite qu'il doit tenir pour en faire l'extraction. Nous citerons, comme exemple, le fait suivant, emprunté à Dieffenbach.

Un homme fort, d'environ quarante ans, s'était introduit dans le canal de l'urèthre un fil de fer non recuit, de la grosseur d'une forte aiguille à tricoter et plié en deux. L'une des branches, moins longue, se trouvait entièrement cachée dans le canal ; l'autre paraissait au dehors du méat, à une demi-ligne. En tirant sur cette dernière avec des pinces, la courte branche, faisant crochet, s'était enfoncée dans les chairs et était venue faire saillie sous la peau. Il n'y avait pas moyen de glisser sur le fil une canule qui l'aurait recouvert et embrassé le crochet ; il ne restait donc qu'à faire traverser les chairs à celui-ci, à agrandir l'ouverture et à retirer le fer par la portion repliée. La verge fut entourée de bandelettes agglutinatives, et la plaie guérit au bout de trois jours (*Gaz. méd.*, année 1843, p. 242).

ÉTUDE SUR LES EFFETS OPPOSÉS DES AGENTS MÉDICINAUX SUIVANT LEURS DOSES ET LEURS DIVERS MODES D'ADMINISTRATION, par AUGUSTIN FABRE.

(Suite et fin. Voir le tome III, n° 50, p. 885, et t. IV, n° 1.)

Enfin, une école moderne prétend imposer à la science les erreurs de ses théories ; l'observation, en nous montrant l'arsenic déterminant, suivant les doses, des effets opposés, explique les guérisons opérées par les disciples de Hahnemann, et dévoile la fausseté du principe *Similia similibus curantur* comme règle générale de thérapeutique ; en nous montrant une substance considérée comme des plus vénéneuses activant les fonctions de l'homme sain et produisant en lui des effets utiles, elle donne un démenti formel à une doctrine qui considère « les symptômes morbides que les médicaments provoquent dans le corps sain comme la seule manifestation possible des vertus curatives dont ils jouissent. » (*Organon*, p. 115). Mais elle n'empêche pas de reconnaître que les propriétés toxiques d'une substance à forte dose étant opposées aux propriétés utiles et curatives de la même substance à faible dose, et semblables par conséquent aux maladies que celles-ci guérissent, peuvent, par cette similitude même, éclairer d'une vive lumière les indications thérapeutiques.

Je commence par étudier l'action externe et topique de cette substance. MM. Trousseau et Pidoux ont écrit (*Thér.*, t. I, p. 327) : « De toute antiquité, et les citations nombreuses que nous avons faites au commencement de cet article le démontrent jusqu'à l'évidence, des préparations arsenicales sont entrées et entrent encore dans la composition de la plupart des poudres et des pommades épilatoires. Ce qu'il y a de singulier, c'est que les anciens, Dioscoride, Pline, Galien, etc., en même temps qu'ils constatent les propriétés épilatoires de l'arsenic, affirment qu'il est très utile dans l'alopécie. » MM. Trousseau et Pidoux ne tardent pas à donner mieux qu'une raison, la cause de cetteopposition d'effets. « Il faut noter que, comme dépilatoire, l'arsenic s'emploie à des doses considérables, tandis que, pour guérir l'alopécie, les préparations arsenicales sont proscrites à des doses minimes. »

Une autre propriété de l'arsenic est de produire des eschares. « Habet vim septicam, escharoticam, cum ustione et » cum morsione violenta (Dioscoride). Valet perrodere » (Pline). Arsenici omnes species sunt comburentes (Rhazès), » escharoticæ (Avicenne). » Stahl a vu cette substance produire des ulcères aux jambes et aux parties génitales avec ichor putride ; M. le professeur Forget l'a vue déterminer la gangrène de tout un membre.

Mais aussi est il antiseptique (Avicenne) : « Ulceribus sa- » hafat et putredini ad cutem (Avicenne). Medetur ulceribus » putridis (Rhazès) ; prodest contra narium orisque ulcera » (Dioscoride). » Van Helmont, Tagault, Harles, Dupuytren et bien d'autres éminents praticiens, ont aussi employé les préparations arsenicales contre les ulcères cancéreux.

Cette opposition des effets tient à la différence des doses. Dupuytren et ceux qui ont employé les petites doses, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, ont guéri des affections ulcéreuses sans produire d'eschare, mais en provoquant seulement un surcroît spécial d'énergie nutritive, opposé à l'ulcération spéciale, qui en est l'altération et la perte. D'autres, il est vrai, cautérisent l'ulcère par de fortes doses d'arsenic, c'est-à-dire qu'ils agrandissent la solution de continuité morbide par la solution de continuité dite médicamenteuse. On comprend que, lorsque les bords voisins d'un ulcère se sont recouverts d'une couche épidermoïde ou dégénérée qui en empêche la réunion, il est utile de détruire cet obstacle par un caustique quelconque ou par l'instrument tranchant; mais agrandir un ulcère pour le guérir, ce serait un singulier moyen : aussi dit-on qu'on le modifie. Comment le modifie-t-on? L'arsenic, appliqué topiquement à forte dose, détruit les tissus avec lesquels il est en contact immédiat; mais ceux dont il est séparé par d'autres couches ne subissent que faiblement son influence : c'est comme s'il agissait sur eux à petite dose; aussi augmente-t-il leur énergie nutritive, et le développement rapide qu'il provoque comble le double vide qu'avaient produit la maladie et le médicament.

Les autres caustiques possèdent aussi ces propriétés cicatrisantes. Quels destructeurs plus violents que l'eau de chaux et les sous-carbonates de soude et de potasse? Cependant « on ne peut refuser à l'eau de chaux, aux solutions faibles de sous-carbonates de soude, de potasse, une grande puissance pour hâter la cicatrisation des vieux ulcères atoniques de la peau. » (Trousseau et Pidoux, *loc. cit.*, t. I, p. 384.)

La cautérisation, en général, ne remplit-elle pas au gré du chirurgien l'une ou l'autre de deux indications bien opposées, détruire ou réorganiser? « On entend par cautérisation, dit M. Malgaigne (*Méd. opérat.*, 5e éd., p. 11), l'application du feu ou des caustiques sur une partie où l'on veut détruire l'organisation et la vie. » Qu'on rapproche de cette définition l'aphorisme des anciens « *Ignis firmat partes* », et les résultats presque merveilleux que M. Malgaigne lui-même a obtenus de la cautérisation objective : « J'ai réussi souvent ainsi à obtenir dans une seule séance, pour de petites plaies, une cicatrice complète; et sur les plaies les plus larges, on les voit quelquefois se rétrécir presque à vue d'œil. » (*Ibid.*, p. 18.)

J'examine, d'après les faits que rapportent nos classiques, l'influence de l'arsenic sur les diverses fonctions de l'économie.

Son action sur le tube digestif a été étudiée chez les animaux, chez l'homme sain, chez l'homme malade.

Les expériences de Jæger ont eu sous ce rapport un double résultat : le premier a été rappelé par M. Boudin et par M. Trousseau (*loc. cit.*, t. I, p. 308); le second cité et confirmé par Orfila (*Toxic.*, t. I, p. 379). Des animaux, des pigeons entre autres, qui avaient absorbé de très petites doses d'arsenic, mangeaient avec plus d'appétit; chez d'autres, qui en avaient absorbé de plus grandes quantités, il y eut perte d'appétit et trouble des fonctions digestives.

Les observations toxicologiques d'Orfila nous apprennent combien sont vives les douleurs d'estomac, combien sont graves les désordres des fonctions digestives que l'arsenic détermine à des doses élevées. L'arsenic n'en est pas moins en Styrie d'un usage vulgaire comme stomachique; Hecker et Biett lui ont reconnu la propriété d'augmenter l'appétit et d'activer les digestions; M. Tessier (de Lyon), que l'observation a conduit au même résultat, emploie avec succès cet agent dans les affections du tube digestif, et notamment dans les gastralgies; MM. Trousseau et Pidoux, basés sur des faits tirés soit de l'ordre physiologique, soit de l'ordre pathologique, conseillent l'usage de cette substance contre les maladies réfractaires des organes digestifs, dans les gastralgies et les gastro-entéralgies accompagnées de diarrhée. Enfin, M. Cazenave, qui est un de ceux qui ont fait le plus fréquent usage de cet admirable médicament, établit, dans une note communiquée à Orfila (*ibid.*, t. I, p. 385), « qu'à très petites doses l'arsenic augmente l'appétit, mais que si l'on élève la dose, ce phénomène est remplacé par les suivants : perte d'appétit, vomituritions, nausées, etc. »

C'est d'après la même loi que l'arsenic modifie les fonctions nutritives et l'habitude extérieure du corps. Il est, dans certains pays, d'un usage journalier pour l'engraissement des bestiaux. MM. Trousseau et Pidoux rapportent le fait suivant, signalé par M. le docteur Kœpl : « Le domestique d'un château mêla pendant assez longtemps de très-petites doses d'arsenic aux repas de sa dame. A son très grand étonnement, il vit cette dame gagner très visiblement de l'embonpoint, un air frais et de la gaieté. Voyant que les petites doses produisaient un effet contraire à son désir, il mêla une dose beaucoup plus considérable à une fricassée de poulet. La violence des symptômes qui s'ensuivirent mit sur la trace de la tentative d'empoisonnement et de son auteur qui fut livré aux tribunaux. »

Dans la Styrie et dans quelques pays d'Allemagne, il est des gens qui mangent journellement de l'arsenic. Les arsenicophages ont recours à cet expédient par coquetterie et désir de plaire; ils se distinguent, dit M. Trousseau, par la fraîcheur de leur teint et par une apparence de santé florissante. Qu'on mette à côté de ce fait l'observation d'empoisonnement par un composé arsenical consignée dans la Gazette médicale de Montpellier et dans la Toxicologie d'Orfila, *où il est dit* que « le médecin fut surpris, épouvanté même du facies du malade, qui avait la figure pâle, les traits allongés et les yeux enfoncés dans les orbites, en un mot le facies hippocratique. » Ainsi, suivant les doses, le même agent modifie le visage de façon à plaire à une jeune fille ou à épouvanter un médecin; il détermine aussi un certain degré d'embonpoint (Trousseau, *Thérap.*, t. I, p. 308), de même qu'il peut produire un amaigrissement notable (Orfila, *Toxic.*, t. I, p. 405).

Cette double action de l'arsenic suivant les doses se remarque aussi sur les fonctions circulatoires. M. Cazenave, « d'après l'expérience et l'opinion de Biett son maître, d'après les observations très minutieuses qu'il a faites lui-même sur l'homme sain et sur l'homme malade, » place l'arsenic à la tête des agents sthéniques, et a constaté en particulier l'action stimulante de cette substance sur les organes moteurs de la circulation. M. Cazenave a expérimenté à des doses très petites, de 2 à 6 milligrammes d'arséniate de soude. Le docteur Schedel est aussi convaincu de l'action sthéniquede l'arsenic, et a constaté en particulier que cet agent rend le pouls « plein, dur et accéléré ». Schedel a le soin de répéter plusieurs fois dans la même page qu'il le donne à des doses très minimes, très fractionnées. Orfila aussi a constaté si souvent, chez les personnes qui ont absorbé de l'arsenic, le pouls dur, tendu, fréquent, qu'il considère la saignée comme un moyen très efficace à opposer à l'intoxication arsenicale à faible degré, et appuie son assertion sur un assez grand nombre de guérisons, je n'oserais pas dire de cures.

Cependant MM. Trousseau et Pidoux affirment que les com-

posés arsenicaux « agissent sur le cœur, dont ils anéantissent la contractilité; » Brodie a remarqué que, chez les animaux qui avaient absorbé de fortes doses d'arsenic, le pouls était devenu faible, imperceptible. Les expériences de Jæger, confirmées par celles d'Orfila, témoignent que le cœur des animaux tués par l'arsenic ne se contracte pas ou se contracte très peu lorsqu'il est soumis à la pile voltaïque. On voit bien souvent, dans la *Toxicologie* d'Orfila, le pouls des individus qui en ont pris de fortes doses s'affaiblir, s'arrêter même; et Orfila, résumant les effets généraux de cet agent, dit qu'il rend le pouls petit, filiforme et parfois insensible.

La même loi s'applique à l'action de l'arsenic sur les fonctions respiratoires. Chez les animaux empoisonnés par Brodie, par Jæger et par Orfila, la respiration, d'abord stertoreuse, devenait de plus en plus lente jusqu'à la mort. Dans les observations d'intoxication arsenicale à haute dose (III et X de la *Toxicologie* d'Orfila), suivies ou non de mort, la respiration s'affaiblit et s'embarrasse; quelquefois même, dans l'observation VIII par exemple, cette gêne aboutit à l'asphyxie.

Chacun sait que la marche ascendante est l'exercice qui exige le plus d'énergie dans l'action respiratoire. « Le second avantage que les arsenicophages veulent obtenir, nous enseigne M. Trousseau, c'est de se rendre, comme ils le disent, plus volatils, c'est-à-dire de faciliter la respiration pendant la marche ascendante. A chaque longue excursion dans les montagnes, ils prennent un petit morceau d'arsenic (un peu moins d'un demi-grain) qu'ils laissent fondre peu à peu dans la bouche. L'effet en est surprenant : ils montent aisément des hauteurs qu'ils ne sauraient gravir qu'avec la plus grande peine sans cette pratique. »

Dioscoride, Rhazès, Avicenne, Kœpl, M. Trousseau, ont conseillé l'emploi de l'arsenic chez les asthmatiques. L'éminent professeur s'exprime en ces termes sur l'efficacité de ce moyen : « Trop de témoignages déposaient dans ce sens, pour qu'il nous fût permis d'en douter; mais aujourd'hui nous pouvons parler d'après notre propre expérience. » Je demande si cette vertu curative tient à la propriété que l'arsenic à haute dose possède de produire l'asthme et même l'asphyxie, ou bien si c'est en activant la respiration de l'homme malade, comme elle active, à petite dose, celle de l'homme sain.

Les effets opposés de l'arsenic sur les mouvements sont encore plus manifestes. En Allemagne, au rapport de M. Boudin et de M. Trousseau, les vétérinaires administrent l'arsenic aux vieux chevaux pour leur donner du jarret; les maquignons utilisent beaucoup l'arsenic à l'égard des chevaux poussifs qu'ils conduisent au marché; les charretiers, dans les pays de montagnes, mettent fréquemment une dose d'arsenic dans le fourrage qu'ils donnent aux chevaux avant une montée laborieuse. Cependant Jæger et Brodie ont constaté, sur les animaux, que l'arsenic à forte dose rend la marche vacillante, paralyse surtout les extrémités postérieures, et anéantit même la contractilité.

Les arsenicophages peuvent, à l'aide de ce moyen, faire sans fatigue de grandes courses dans les montagnes. MM. Trousseau et Pidoux ayant pris « eux-mêmes de l'acide arsénieux, ont éprouvé une excitation générale. Mais le phénomène le plus curieux a été la production d'une vigueur insolite des extrémités inférieures, permettant de faire de longues courses sans fatigue. » Ils insistent sur ce phénomène, éprouvé également par M. Masselot et signalé par lui en ces termes : « Très grande aptitude à la marche. » Ces effets sont bien opposés à ceux qu'Orfila rapporte dans sa TOXICOLOGIE. L'observation III, par exemple, nous montre une jeune fille agenouillée sur le plancher de sa chambre et ne pouvant pas se soutenir; la VIIe, un malade qui veut se lever et qui tombe; la IXe, une impossibilité complète et persistante de mouvoir les jambes. Plus loin, le même auteur nous apprend que deux malades sont restés, pendant six mois, paralysés de presque toute la moitié inférieure du corps.

Cette substance exerce aussi sur la chaleur animale une action double, à effets opposés. « Sandaracha valet excale» facere, nous dit Pline; arsenici omnes species calendæ » sunt », affirme Rhazes. M. Cazenave est convaincu, comme Biett, qu'à très petites doses l'arsenic augmente la chaleur de tout le corps. Le docteur Schedel atteste qu'à des doses très fractionnées l'arsenic provoque une fièvre inflammatoire avec rougeur et chaleur à la peau, visage fortement coloré, etc. Orfila (obs. XXXII à LVI) a souvent constaté, chez les individus qui ont guéri après avoir absorbé de l'arsenic, une chaleur intense à la peau. Le sujet de l'observation LVII se plaint d'une chaleur vive sur tout le corps et d'un feu dévorant qui le consume.

Il n'en est pas de même de ceux qui ont absorbé assez d'arsenic pour en mourir ou pour en être gravement malades. Chez les uns, le froid n'est remarquable qu'aux extrémités, au visage, au nez, aux oreilles (obs. III, VI, LXII d'Orfila); chez d'autres (obs. VIII), « le corps est glacé; » il y a « le froid du marbre..., un froid glacial..., et le patient tremble comme au début d'une fièvre intermittente. » En général, d'après Orfila, l'intoxication arsenicale rend la peau froide, les malades ressentent un froid glacial (*Toxic.*, p. 412 et 419).

L'arsenic est donc soumis à cette loi qui régit les autres agents.

En résumé, je crois avoir démontré, par des faits empruntés aux observateurs les plus graves et aux livres les plus classiques, ce principe général, je ne dis pas universel :

Qu'un même agent détermine, soit isolément, soit successivement, dans l'économie animale, des effets opposés, suivant les circonstances de l'administration.

Si ce principe n'avait pas, jusqu'ici, été présenté comme une loi générale, il avait été déjà signalé. C'est ce que prouvent, d'une part, ce passage de la THÉRAPEUTIQUE de MM. Trousseau et Pidoux (t. I, p. 53); « tant il est vrai qu'il n'y a pas de classification rigoureuse possible des médicaments, et que, suivant les doses et l'état des sujets, ils jouissent de propriétés différentes et quelquefois opposées, et, d'autre part, la division hahnemannienne (*Organon*, p. 152) des effets d'un même agent en primitifs et secondaires, opposés les uns aux autres.

Enfin, dans un travail inédit qu'il a bien voulu me communiquer, M. le docteur Ozanam énonce clairement le même principe, qu'il considère aussi comme un moyen d'unir des doctrines contradictoires. Puissent ainsi cesser bien des rivalités frivoles et des discussions stériles, puissent tous les efforts converger vers un but commun, le progrès de la science, pour le soulagement de l'humanité !

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Du goître et du crétinisme endémiques dans la vallée de la Seille (1).

Monsieur le Rédacteur,

La ville de Dieuze peut être divisée en deux parties fort distinctes, l'une vieille, l'autre moderne, non pas seulement en raison des différences architecturales qu'on y remarque, mais encore et surtout à cause de la ligne de démarcation tracée par le temps et les immigrations entre les divers éléments de la population qu'elle renferme : ligne de démarcation bien marquée dans les écoles et dans les salles d'asile, mais seulement à l'*époque de la seconde dentition*.

I. Les goîtreux et les crétins y étaient autrefois en grand nombre et y formaient en quelque sorte la masse des indigènes ; aujourd'hui, la quantité relative des derniers semblerait y avoir diminué considérablement, si l'on ne tenait compte des mouvements qui se font dans une population devenue flottante depuis quarante ans. Chaque dizaine d'années, à peu près, le tiers au moins des habitants, représenté par des fonctionnaires, des industriels, des ouvriers de toute espèce, s'y renouvelle complétement : d'où il est facile de conclure à un changement apparent dans la physionomie des masses.

Beaucoup d'anciennes familles néanmoins, quoique depuis longtemps établies dans des rues convenablement aérées et dans ce que l'on pourrait appeler le *comfortable* des constructions nouvelles, conservent tous les linéaments d'une dégénérescence primitive et originelle. Le trop *tardif croisement des races* semble avoir été jusqu'ici impuissant à y relever le niveau intellectuel, en rapport d'ailleurs avec l'opiniâtreté, les mœurs difficiles et les instincts peu sociaux de ces natures crétinisables. Les générations qui croient avoir échappé aux conséquences de l'action endémique comptent généralement une série plus ou moins nombreuse d'aliénés parmi leurs membres. Quant aux autres degrés du crétinisme, ils se trouvent à peu près tous refoulés, par les progrès d'une civilisation lente et d'une hygiène tardive, dans les rues et dans les habitations mal famées à cause de leur insalubrité, de la même manière que les mauvaises plantes salées de nos marais (*Salicornia herbacea*, *Aster tripolium*, *Triglochin maritimum*) sont exilées, par les exigences d'une agriculture intelligente, dans les bas-fonds salifères.

C'est une grande erreur de croire que l'on peut ramener tous les crétins à un type unique. Leurs variétés, que le docteur Gugenbülh a eu occasion d'observer dans ses nombreuses pérégrinations à travers l'Europe, nous les avons constatées, signalées, dans le cercle moins étendu de notre observation. Parmi les membres de nos familles aisées, on reconnaît les crétins arrivés à la perfection de leur type de dégénérescence, à leur haute stature, à l'étroitesse, à l'élongation doublement aiguë d'un ovale exagéré et osseux, fixé sur un col long, maigre et sec. Chez ceux qui vivent au sein d'une médiocrité besogneuse, on retrouve la haute stature, mais fort mal partagée entre un thorax tronqué et des membres inférieurs et supérieurs démesurés ; l'ovale de ces derniers, en se raccourcissant, a pris de l'ampleur inférieurement, et la thyroïde commence à devenir épaisse, irrégulière et saillante. Enfin, le dénûment, la pauvreté, la misère, fournissent les crétins rabougris, au buste démesurément long, aux bras longs, grêles et ballants, aux jambes écourtées et cagneuses, et dont le facies typique présente à l'œil, au lieu d'un ovale plus ou moins irrégulier, un cercle presque parfait jusqu'au niveau du menton, qui se termine en pointe ; leur col, très court et ordinairement déformé par les hideuses tubérosités du goître à tous les degrés ; ceux-ci, pour la plupart, ont leur horrible bouche armée de dents rares et aiguës comme des canines.

Si le goître n'est point l'apanage exclusif du crétinisme, il en est au moins l'un des attributs les plus fréquents, et rien n'empêche de le considérer comme le signe d'une dégénérescence plus ou moins incomplète, menaçant les familles dans leur descendance. Pour justifier cette manière de voir, il suffit de prendre quelques groupes dans les trois classes sociales déjà citées, où les influences hygiéniques de l'aisance, de la médiocrité et du dénûment se font sentir d'une manière remarquable.

Premier groupe. — Famille A... : Aïeul rachitique, aïeule goîtreuse ; père goîtreux, crétinisable, mère dans de bonnes conditions physiologiques ; fils crétineux, fille semi-crétineuse et rachitique. — Famille B... : Aïeul goîtreux et affligé d'hydrocèle ; aïeule grêle, nerveuse et débile ; aîné de la famille dans des conditions normales ; cadet goîtreux et crétineux, ayant une fille crétineuse ; enfin, fille hypochondriaco-lypémaniaque, dont la propre fille a une tendance prononcée à l'hypochondrie. — Famille C... : Aïeul semi-crétineux, aïeule goîtreuse et obèse ; fils aîné intelligent, mais bizarre ; fille aînée simple d'esprit ; fille cadette intelligente, ayant elle-même deux petites filles intelligentes ; fils cadet crétin et goîtreux.

Deuxième groupe. — Famille C... : Aïeul peu intelligent ; aïeule peu intelligente, citée pour la forme et le volume de son goître et pour ses instincts antisociaux ; six enfants, tous goîtreux, plus ou moins crétineux ; trois petits-enfants, dont deux goîtreux et crétineux, un troisième phthisique. — Famille D... : Aïeul peu intelligent ; aïeule goîtreuse ; sur huit enfants, pas un n'est intelligent, et les nombreux petits-enfants, tous peu intelligents, comptent plusieurs crétineux, goîtreux ou rachitiques.

Troisième groupe. — Ici, les enfants des goîtreux sont immédiatement goîtreux et crétinisés.

Dans le cours de vingt-sept années de pratique obstétricale, il ne nous a pas été donné d'observer un seul fait de goître congénital ; car on ne saurait prendre pour des goîtres certains œdèmes, certains emphysèmes circonscrits que l'on rencontre parfois à la partie antérieure du cou des nouveau-nés.

Le motif des hésitations et des doutes manifestés à propos de l'intervention du goître dans la production du crétinisme tiennent à une simple erreur de diagnostic. Toutes les tumeurs placées à droite et à gauche de la trachée-artère et à la partie antérieure du cou ayant été prises pour des goîtres vrais, on a confondu de la sorte la dégénérescence de la glande thyroïde avec une infinité d'engorgements et de kystes qui n'ont aucune influence sur les fonctions, probablement hématosiques, de ce corps vasculaire. En additionnant avec les goîtres vrais tous ces kystes séreux, hématiques, lipomateux, stéatomateux, sébacés, etc., unités diverses, mais très fréquentes et très nombreuses dans les meilleures conditions physiologiques, on a dû nécessairement aboutir à cette conclusion : qu'il y a peu ou point de relations entre la dégénérescence thyroïdienne et le crétinisme. C'est toute une statique à reviser.

II. La cause du goître et du crétinisme est-elle unique, est-elle multiple ? Faut-il la chercher seulement dans l'air ou dans l'eau ? Tient-elle à la configuration extérieure du sol, ou bien émane-t-elle de la profondeur des diverses croûtes du globe, nonobstant les progrès de l'hygiène ? Questions fort mal étudiées et peu approfondies jusqu'à ce jour, sauf toutes réserves en faveur des savants travaux du docteur Morel (de Maréville).

Des hommes dont l'opinion a quelque valeur, faisant bon marché de tout ce qu'il y a de plus saillant en hygiène publique et privée, ont jeté sur le compte de certaines constitutions minéralogiques du sol toute influence crétinisante endémique : ils condamnent les populations destinées à vivre sur les terrains keupériques à toutes les conséquences d'une affreuse anémie, ou à un exil éternel ; bien plus, ils menacent des mêmes châtiments celles qui oseraient venir occuper la place des premières, quelles que soient

(1) Extrait d'une *Topographie médicale* inédite.

leurs mœurs, leurs habitudes, leur régime, etc., etc. S'il en pouvait être ainsi, ceux qui habitent les terrains d'alluvions, si souvent inondés par la Seille, n'auraient plus qu'à s'expatrier sans retour de leurs fécondes vallées, où, sous une épaisseur variable de grès intraliasique, le sol, jusqu'à une profondeur de 200 à 300 mètres, est composé de calmes stratifications, de dolomies, de marnes irisées, de gypse presque anhydre, de nombreuses et puissantes couches de sel gemme. Mais heureusement cette manière de voir, toute spécieuse qu'elle paraisse, perdrait de son crédit, par suite de l'exclusivisme avec lequel elle est exposée, si déjà elle n'était, comme tant d'autres, en opposition avec les faits et l'expérience. Rien n'est moins prouvé que l'action incessante de cette prédominance étiologique, à moins qu'on ne la rapporte, comme nous l'avons fait déjà (1), à l'imperméabilité des marnes compactes qui entretient l'humidité à la surface de la terre, y favorise la formation, *l'accumulation de la vase et l'évaporation d'effluves paludéens;* d'un autre côté — argument sans réplique, — les progrès de l'hygiène publique et privée nous en montrent chaque jour l'atténuation.

Il faut bien se garder de s'abandonner avec trop d'enthousiasme aux indications de la géologie ; cette science, trop nouvelle, trop imparfaite encore, est pleine d'incertitude, de déceptions et d'erreurs. Naguère on était convaincu que le sel gemme appartenait uniquement aux stratifications keupériques ; que, quand la sonde atteignait le muschelkak sans avoir rencontré le sel fossile, il fallait abandonner des recherches regardées comme infructueuses. Eh bien ! cette donnée, vraie dans la vallée de la Seille, à Dieuze, à Lerey, à Marsal, à Moyenvic, à Vic, etc., etc., dans le bassin de la Meurthe, à Rosières, à Varangéville, ne l'est plus à quelques lieues de Dieuze, dans le bassin de la Sarre, à Saltzbronn, à Sarralbe et sur la rive prussienne de la Sarre, pour la petite saline de Relchingen, presque vis-à-vis Sarreguemines. Là disparaissent les marnes irisées, le muschelkalk s'est relevé, et c'est dans ce dernier terrain que se rencontre le sel gemme. Les choses s'y présentent à peu près comme dans les mines salifères découvertes en Souabe, après les sondages exécutés à Vic et à Dieuze. Nouveau sujet d'études et de recherches. Mais les fouilles immenses continuées à Dieuze depuis trente ans pour l'exploitation journalière du sel gemme n'ayant jamais pu servir de prétexte à aucun ordre de maladies; d'un autre côté, tous les mouvements de terrains superficiels neufs ou seulement reposés depuis longtemps ayant partout et toujours provoqué des endémies et des épidémies, nous osons le dire, là n'est pas pour nous la question ; nous la voyons, en ce qui nous concerne particulièrement, dans un sous-sol composé de marnes compactes dont l'imperméabilité absolue retient les eaux dans la croûte superficielle des terrains et fournit en abondance des éléments funestes à une évaporation paludéenne incessante ; si à cette évaporation on joint les filtrations salines qui viennent sourdre çà et là à la surface de la terre, on aura connaissance de toutes nos causes d'humidité et d'impaludation.

C'est ici le cas d'examiner quelle est la valeur étiologique du mélange des eaux douces et des eaux salées dans leur course souterraine. Tous ceux qui se sont occupés des théories et de la pratique de la chimie et à qui le hasard a fait, comme à nous, une large part dans les expertises médico-légales, savent quel rôle important les matières animales surtout jouent dans le dégagement, par les eaux douces, de gaz nuisibles à la santé des hommes et des animaux : ces matières, en opérant de puissantes réactions, chassent de leurs combinaisons les acides sulfurique et carbonique, etc., etc., d'où il résulte des exhalaisons hydro-sulfuriques, hydro-carbonées, etc., etc. Si donc, contre toute vraisemblance, on pouvait supposer une même dissociation des éléments du chlorure de sodium mis en contact avec les eaux douces des fontaines ou des rivières, le chlore mis à nu s'emparerait de l'hydrogène et des effluves près de se dégager, et fonctionnerait comme désinfectant. Mais, dira-t-on, si le mélange d'eaux douces et d'eaux salées ne fournit rien à l'absorption pulmonaire par l'entremise de l'air atmosphérique, il peut agir par l'estomac. Sans doute, de petites quantités de sel de cuisine dissoutes dans l'eau potable stimuleraient favorablement le tube digestif ; des quantités un peu considérables introduiraient dans l'économie trop de soude pour ne pas détruire les éléments plastiques du sang et ne pas produire la cachexie aqueuse qui en est la suite nécessaire ; mais l'eau de fontaine marquant seulement 1 degré à l'aéromètre n'est plus potable. Mettra-t-on, avec M. Grange, les eaux magnésiennes en suspicion? Mais le goître et le crétinisme, inégalement distribués aux différentes classes sociales, diminuent peu à peu, tandis que tous, riches et pauvres, continuent à s'abreuver aux mêmes sources ; et, notons-le bien, les plus déshérités ne sont pas ceux qui boivent le plus d'eau. D'un autre côté, des faits nouveaux, puisés dans une pratique de vingt-sept années, nous ont appris que l'on peut fondre beaucoup de tumeurs, notamment de tumeurs goîtreuses, au moyen d'une pommade composée avec le sel marin, qui contient de la magnésie en proportion considérable.

Les curieuses et savantes recherches de M. Chatin ne nous séduisent pas davantage, au point de vue d'une étiologie exclusive du crétinisme, attendu qu'un mélange d'iode à l'atmosphère ne saurait être permanent et local ; il peut et doit être entraîné dans toutes les directions par les courants incessants qui tourmentent les différentes régions aériennes ; puis, encore une fois, toute précaution hygiénique, quelle qu'elle soit, demeurerait impuissante contre des causes de cette nature, ce qui n'est pas.

III. L'action combinée de l'humidité, l'atténuation de la lumière solaire par des brumes constantes, et surtout l'empoisonnement par les effluves paludéens, jouent donc, suivant le résultat de nos investigatipns, un rôle bien autrement important dans la question qui nous occupe. Aussi ne s'agirait-il de rien moins, pour nous, que de demander : 1° la suppression de l'étang de Lindre-Basse, dont on livrerait à l'agriculture les 671 hectares couverts, pendant deux années sur trois, de plus de 20 millions de mètres cubes d'eau, et environné d'une large zone de vase dangereuse ; 2° la suppression d'un grand nombre d'étangs d'alvinage qui entourent le premier ou qui en dépendent ; 3° le curage plus sérieux, plus exact, plus complet du lit de la Seille, dont les faux niveaux dans les marais, en des circonstances données, nous exposent à des inondations nuisibles aux biens de la terre, aux habitations et à la santé des hommes et des animaux ; 4° un drainage général ; 5° le reboisement de quelques points malheureusement défrichés. Là est toute la cause, comme tout le secret de nos endémies de fièvres paludéennes plus ou moins pernicieuses, de charbon, de goître et de crétinisme.

L'autorité, que nous invoquerions dans ces circonstances, aurait encore à intervenir pour l'application immédiate et rigoureuse de la loi sur les logements insalubres à toutes ces hideuses maisons oubliées dans le vieux Dieuze, où les progrès d'une lente et imparfaite civilisation ont refoulé les types encore trop nombreux de nos dégénérescences maladives. Ici, on le sent, l'influence d'habitations humides, basses, profondes, obscures, percées d'un petit nombre d'ouvertures trop étroites, et coupées par des corridors longs, tortueux, resserrés, de manière à ne permettre ni l'accès de la lumière ni l'action de l'air extérieur, n'est pas moins funeste, moins malfaisante que l'action de l'air vicié des marais. En bonne hygiène, tout cela doit faire place à des constructions meilleures, rebâties suivant des données plus modernes.

Nous ne pouvons rien contre les vents d'ouest, dont les violentes et pluvieuses bourrasques tourmentent la vallée de la Seille durant les trois quarts de l'année.

Sous la pression d'une atmosphère froide et chargée d'humidité, que celle-ci s'élève du sol ou qu'elle provienne de l'inclémence habituelle à notre zone dite tempérée, on comprendra, au premier aperçu, la nécessité pour tout le monde de se bien vêtir en toute saison ; mais en combien de circonstances la misère ne met-elle pas en désaccord les populations avec ce précepte essentiel de l'hygiène ! Les classes pauvres sont à peine couvertes, les classes ouvrières ne possèdent guère qu'un vêtement de toile étriqué pour toutes les saisons : aussi c'est sur ces deux échelons sociaux que l'on rencontre le plus grand nombre de goîtreux et de crétins. Encore si l'insuffisance des vêtements se trouvait compensée par une

(1) Congrès scientifique de Nancy, septembre 1850.

alimentation réparatrice, les progrès de la dégénérescence maladive seraient moins à redouter; mais il est difficile, sans un secours venu d'en haut, de remédier à des habitudes imposées par la plus dure des nécessités. Comment fera-t-on pour que la nourriture unique des pauvres ne soit pas la pomme de terre, qui, d'année en année, depuis 1845, s'avarie d'une manière alarmante, en perdant sa fécule? Pour leur procurer du pain dont ils usent peu, et de la viande dont ils font une abstinence forcée et continuelle? Comment modifier le régime des ouvriers, qui se compose uniquement de légumes et de porc salé? Tous, et les plus pauvres surtout, en vue sans doute d'une compensation alimentaire mal entendue, abusent des boissons alcooliques à bon marché de la façon la plus déplorable, à tel point que l'on serait effrayé de la quantité qui en peut être vendue à Dieuze par les débitants et les épiciers (moyenne annuelle : 150 hectolitres 1/2). Ce mal une fois signalé, il est à croire que la police y pourvoira.

A toutes ces données d'hygiène préventive, il en est une qu'il importe beaucoup d'ajouter : elle a surtout éveillé notre attention dans les visites réitérées que nous avons eu occasion de faire aux salles d'asile. D'après notre observation, les jeunes cerveaux, en général trop sollicités, meurent de méningites cérébrales ou finissent par tomber dans un affaissement irremédiable, à la suite d'une excitation passagère dont l'amour-propre des maîtres aime à s'enorgueillir. Appliquée aux candidats au crétinisme, cette sollicitation incessante et précoce ne fait que développer en eux et de meilleure heure leurs mauvais instincts, leur pesanteur, etc., enfin tout ce qui constitue la dégénérescence dont ils fomentent le germe. Ce serait donc encore une nécessité, pour le médecin hygiéniste, de prévenir les instituteurs sur ce point et de modérer leur tendance, en leur faisant comprendre que la pédagogie des salles d'asile doit se borner aux jeux, à l'exercice en plein air, toutes les fois que le temps le permet. Il suit de là que cette pédagogie spéciale, ne pouvant être abandonnée au commun des instituteurs, doit être confiée à des hommes spéciaux, et les candidats au crétinisme transportés loin de milieux où se développeraient leurs tendances.

E.-A. ANCELON.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Sur les rétrécissements de l'urèthre.

Monsieur le Rédacteur,

L'importance que votre excellent journal donne à tous les matériaux qu'il renferme m'engage à vous prier de me permettre d'y placer quelques réflexions à la suite de l'article fort bien fait par notre excellent confrère M. Marc Sée *sur le siége des rétrécissements de l'urèthre*.

L'anatomie pathologique tient, parmi les éléments de la discussion, la première place, à cause de la plus grande certitude avec laquelle elle précise le siége des rétrécissements; mais les occasions d'ouvrir des urèthres rétrécis sont peu nombreuses, parce que rarement on meurt de rétrécissement, et que les occasions d'observer les altérations résultant de cette maladie ne peuvent s'offrir en grand nombre qu'aux élèves des hôpitaux, qui, dans leurs autopsies, examinent l'urèthre aussi bien que les autres organes, dans l'espérance de rencontrer fortuitement ces altérations.

Cependant, à moins d'établir en principe que l'anatomie descriptive ne sert à rien pour le diagnostic sur l'homme vivant, et de faire dater l'observation de quelques lustres seulement, il est indispensable de tenir compte des opinions des chirurgiens qui ont traité les rétrécissements en plus grand nombre. Or, s'ils expriment par des chiffres différents la distance entre l'ouverture externe de l'urèthre (improprement appelée méat urinaire) et l'obstacle, *ils sont tous d'accord sur le point anatomique* où il existe le plus souvent.

Mon père, dans son traité (*Des rétrécissements et angusties*, 1845), a rapproché les opinions des différents auteurs. Il résulte de ce rapprochement que, sur la fixation du lieu anatomique où siégent les rétrécissements, tout le monde est d'accord, même ceux qui semblent le plus dissidents. Je vais reproduire textuellement ce passage : « E. Home place le plus grand nombre des rétrécissements immédiatement derrière le bulbe (*just behind the bulb*); Lallemand à la courbure de l'urèthre; Hunter, à la région bulbeuse; A. Cooper, à la jonction des portions spongieuse et membraneuse; M. Brodie, à l'extrémité antérieure de la portion membraneuse, juste en arrière du bulbe. M. Civiale dit aussi que le siége le plus ordinaire des rétrécissements est le point de jonction des portions bulbeuse et membraneuse.

Le plus grand nombre des rétrécissements existent à une profondeur qui varie de 14 à 17 centimètres, ou, pour dire plus correctement, immédiatement en arrière du bulbe, au commencement de la portion membraneuse, *au-dessous du pubis, là où l'urèthre est naturellement déclive, rétréci, là où enfin le pus blennorrhagique séjourne et produit consécutivement des ulcérations.*

En second ordre se présentent, pour la fréquence, les rétrécissements de la lèvre postérieure de la fosse naviculaire.

En troisième ordre, ceux du méat urinaire.

En quatrième ordre, viennent les rétrécissements de la portion spongieuse, à 7 centimètres du méat urinaire, *à la racine de la verge, dans un point aussi où le canal est naturellement tant soit peu rétreci, et où, dans l'état de flaccidité, il est courbé sur lui-même.*

Il existe un moyen de s'assurer exactement sur le vivant du siége des rétrécissements : c'est la bougie flexible terminée par une boule.

Dans la région spongieuse, les obstacles sont fréquemment multiples. Mon père a pu, avec cette bougie, en compter jusqu'à onze chez un malade de M. le docteur Montalegri. J'ai vu cette année à Vichy un habitant d'Ambert : il avait dans cette région cinq points rétrécis séparés par un espace à peu près égal de 1 centimètre.

Enfin, la question qui a trait à la région membraneuse et qui semble à M. Sée la plus controversée et la plus obscure, gagnerait sans doute si elle était éclairée par des autopsies bien faites; mais on est, sur ce point encore, assez du même avis.

Cette région peut être, mais très rarement, le siége de rétrécissement. E. Home, Lallemand, Ch. Bell, ont vérifié sur le cadavre l'existence de points rétrécis dans la fin de la région membraneuse. Mon père en a eu un exemple parmi les pièces de sa collection. A. Cooper seul admettait la fréquence des rétrécissements de cette région et même de la région prostatique. Peut-être classait-il parmi eux les tuméfactions du vérumontanum et les hypertrophies de la glande prostate, qui déforment l'urèthre plutôt qu'ils ne le rétrécissent.

Tout ce qui précède établit la similitude d'opinion des auteurs; mais la statistique donnée par notre savant confrère et ami M. Verneuil, et citée par M. Sée, serait en opposition avec toutes les observations précédentes, en accordant aux rétrécissements de la portion spongieuse une fréquence beaucoup plus grande. Cette différence s'explique de plusieurs manières. D'abord, il est bon de faire la part du hasard dans une réunion de faits aussi peu nombreux; puis il est indispensable de faire observer que les coarctations laissent plus de traces dans la région spongieuse que dans la région bulbo-membraneuse. La structure anatomique de ces deux régions eplixque cette différence. Les obstacles du point de jonction des régions bulbeuse et membraneuse existant sous forme de brides, s'effacent ordinairement lorsqu'on fend l'urèthre, tandis que ceux de la portion spongieuse étant le résultat de l'engorgement et de l'oblitération des vaisseaux, et donnant lieu à l'épaississement du tissu qui entoure l'urèthre, persistent après la mort et apparaissent à l'autopsie.

Veuillez agréer, etc. Dr RAOUL LEROY (d'Étiolles).

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 12 JANVIER 1857.—PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

TÉRATOLOGIE. — *Observations sur des cas d'anomalies anatomiques*; par M. *Charvet*. — Toute monstruosité importante, dit l'auteur, est susceptible d'entraîner des vices de conformation secondaires ou accessoires, liés les uns inévitablement, les autres accidentellement à la monstruosité principale. Cette coexistence a été remarquée depuis longtemps par les tératologistes, mais il est un cas d'anomalies coexistantes qui n'a pas encore été signalé et qui pourtant n'est pas rare.

On trouve chez certains individus une anomalie peu importante par elle-même, mais qui se rencontre avec plusieurs autres anomalies de même nature affectant le même système d'organes, et placées soit dans une même région anatomique, soit dans des régions différentes. Je recueillis, il y a une dizaine d'années, sur un sujet qui servait aux leçons d'anatomie, la description d'une curieuse anomalie artérielle : c'était une sorte d'artère carotide primitive supplémentaire très grêle, collatérale à la carotide normale, se divisant au même niveau que celle-ci et fournissant une partie de la distribution de la carotide primitive du côté droit. Mais, outre cette anomalie principale, le sujet en présentait plusieurs autres dans les embranchements et les distributions des artères thyroïdienne, supérieure, cervicale, profonde et linguale. Deux fois depuis lors, nous avons vu des sujets atteints d'anomalies artérielles peu importantes sans doute, prises chacune isolément, mais si multipliées qu'il était difficile d'utiliser ces sujets pour l'étude de l'anatomie normale à laquelle ils étaient destinés. Chez l'un, les anomalies existaient surtout inférieurement à partir de la bifurcation de l'aorte ; chez l'autre, c'était aux membres supérieurs principalement. Quelques irrégularités analogues sur le système musculaire s'étant aussi présentées à mon observation me mirent dans le cas d'étudier avec plus d'attention ces faits d'*anomalies multiples* sur un même individu.

Un des cas les plus remarquables de ce genre est celui que j'ai observé en 1848 sur un sujet bien conformé d'ailleurs, qui présentait une notable quantité d'anomalies musculaires dans les deux membres supérieurs.

L'auteur décrit dans ce mémoire les anomalies les plus importantes vues sur ce seul individu, outre un certain nombre d'autres irrégularités musculaires moindres, mais assez nombreuses pour que le membre gauche n'ait pas pu servir à l'étude de la myologie.

A quelle époque du développement fœtal et par quelles causes se produisent les anomalies multiples? Il est douteux qu'en l'état présent de la science, on puisse résoudre ces questions ; mais déjà nous pouvons dire, ajoute M. Charvet, que ces anomalies portent particulièrement sur les systèmes musculaire et artériel et très probablement sur le système veineux, quoique les observations manquent sur celui-ci.

Une autre tendance à signaler, soit dans ces anomalies multiples, soit plus généralement dans les anomalies musculaires ou vasculaires, c'est la tendance à la symétrie, qui se retrouve d'ailleurs dans d'autres vices de conformation, et particulièrement dans la polydactylie et autres anomalies digitales. (*Comm.* : MM. Serres, Velpeau et de Quatrefages.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 20 JANVIER 1857.— PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Un rapport de M. le docteur *Gaune*, médecin en chef de l'hospice de Niort, sur une épidémie de congestion et de méningite rachidienne qui a sévi dans cet établissement, en septembre 1856, sur les enfants trouvés du sexe féminin. — *b.* Un rapport de M. le docteur *Lemonie* (de Château-Chinon), sur une épidémie d'angine qui a régné dans les communes de Saint-Hilaire et de Châtin en 1855. — *c.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1855, dans les départements de la Loire-Inférieure et du Rhône. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Des lettres de MM. les docteurs *Devergie*, *Tardieu* et *Duchesne*, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.—*b.* Une note de M. le docteur *Bourjeaurd* sur le traitement des kystes ovariques par la compression (M. Barth, *rapporteur*.) — *c.* Deux observations relatives, l'une à un cancer du testicule, l'autre à un anévrysme de la fémorale, par M. le docteur d'*A. Costa* (de Rio-Janeiro). (M. Jobert, *rapporteur*.) — *d.* Un mémoire sur un mode de préparation qui permet d'obtenir l'iodure de fer et de quinine à l'état de pureté, par M. *Rébillon*, pharmacien à Paris. (*Comm.* : MM. Boudet, Bussy, Bouchardat.) — *e.* Mémoire sur le filtrage des eaux destinées aux usages domestiques, par M. *Nadault de Buffon*, ingénieur des mines. (*Comm.* : MM. Chevallier, Robinet, Guérard.) — *f.* Un travail sur la tocologie hellénique, par M. *Delenda* (de Santorin). (M. Desportes, *rapporteur*.) — *g.* Une lettre de M. le docteur *Suzeau* (de Thiers), sur un nouveau mode de traitement des kystes ovariques. (M. Barth, *rapporteur*.) — *h.* Une lettre de M. le docteur *Maisonneuve*, accompagnant l'envoi d'un serre-nœud destiné à la ligature en masse et surtout à la ligature par écrasement. (M. Bégin, *rapporteur*.) — *i.* Un paquet cacheté, par M. le docteur *Rotureau*. (*Accepté*.)

M. *le Président* : Le procès-verbal appelle la suite de la discussion sur les kystes ovariques. Au point où en est arrivée cette discussion, je crois exprimer un vœu conforme aux sentiments de l'Académie entière en invitant les orateurs à ne pas s'écarter des limites d'un débat exclusivement scientifique.

Discussion sur les kystes de l'ovaire.

M. *Guérin*. L'Académie n'a pas oublié la réaction qu'a provoquée mon discours sur notre collègue M. Velpeau ; je ne me plains ni d'avoir rencontré un tel adversaire, ni d'avoir eu à soutenir un si rude choc : car la vigueur de l'attaque me donne la mesure de l'importance que mes contradicteurs mêmes attachent à mes opinions. A Dieu ne plaise que je cherche ici à mettre en doute la parfaite loyauté de l'honorable M. Velpeau ; mais je regrette cependant que notre éminent collègue ait eu trop souvent recours à cet artifice oratoire qui consiste, pour avoir plus facilement raison de son adversaire, à modifier, à altérer son opinion, soit en mutilant ses paroles, soit en forçant les expressions dont il s'est servi, et en présentant, non pas sa pensée dans toute sa pureté, mais l'exagération de sa pensée.

Est-il vrai que l'air ne puisse pas pénétrer soit dans le kyste, soit dans le péritoine, à la suite de la ponction ? M. Velpeau prétend que cette pénétration est impossible à cause de la mollesse et de la flaccidité des tissus, qui s'affaissent à mesure que le liquide est évacué et qui finissent par demeurer au contact. D'accord pour les kystes à parois minces, délicates et libres d'adhérences. Mais notre collègue ne voudra-t-il pas reconnaître qu'il est un très grand nombre de kystes ovariques dont les parois épaissies, indurées, adhérentes en quelque point de l'abdomen, ne reviennent que fort peu ou ne reviennent nullement sur eux-mêmes pendant l'évacuation du liquide? C'est à ces kystes seuls que j'entends appliquer ma théorie de la pénétration de l'air ; eux seuls se trouvent dans les conditions d'un soufflet et peuvent aspirer l'air par le mécanisme que j'ai indiqué, quand on exerce surtout des pressions répétées sur le ventre pour évacuer la totalité du liquide de la tumeur.

Je crois donc que ma physique, qui satisfait si peu M. Velpeau, n'a rien que de très rationnel et de bien conforme aux lois généralement admises et basées sur l'expérience.

Quelle action exerce l'air introduit dans le kyste? M. Velpeau m'a présenté comme un grand ennemi de l'air ; il a insinué que je mettais sur le compte de cet agent tous les malheurs qui suivent les opérations de kystes ovariques. Mais, au contraire, j'ai eu soin d'apporter dans cette question toutes les réserves commandées par la délicatesse du sujet. J'ai établi que l'air agissait tantôt sur la surface même du kyste, tantôt sur le liquide qu'il contenait encore : j'ai dit que le contact de l'air était surtout funeste quand la paroi de la tumeur était déjà enflammée ou altérée ; j'ai particulièrement insisté sur les dangers du mélange de ce fluide avec le liquide morbide, qu'il modifie, qu'il altère, en tant qu'agent de fermentation

putride. Loin d'être en contradiction avec M. Velpeau, je me trouve donc en parfait accord avec ses propres doctrines.

J'arrive à la partie véritablement neuve et originale de mon discours, à celle qui contient deux grosses hérésies !

J'ai annoncé que l'air extérieur pouvait, dans certaines circonstances, pénétrer dans le péritoine à travers l'utérus et les trompes. M. Velpeau a trouvé cette doctrine presque monstrueuse. L'oblitération constante de l'orifice interne du col utérin et l'exiguïté du calibre des trompes rendent, selon lui, cette entrée de l'air impossible. Enfin, des faits de cette nature sont inouïs et contraires à toutes les données de la science.

Comment M. Velpeau éprouve-t-il une si vive répugnance à m'accorder que l'air puisse passer à travers la matrice et les trompes, quand il sait si bien que ces organes sont traversés facilement par des liquides, et qu'ils admettent très volontiers des ovules, du sperme, le sang menstruel, les mucosités et le pus dans le catarrhe utérin et la métrite interne ?

Sans doute, chez toutes les femmes, ces organes ne sont point conformés de manière à être perméables à l'air ; je tomberais dans l'erreur si je généralisais ce fait ; mais je soutiens qu'il en est quelques-unes dont les parties sont anatomiquement disposées pour donner un accès facile à l'air poussé par un instrument comme le clyso-pompe.

Quant au reproche que notre honorable collègue m'a fait de bouleverser la science, je n'en suis aucunement ému ; je lui répondrai que c'est là le propre de tous les faits nouveaux et la condition du progrès, surtout dans une science qui n'est pas encore faite, et où il y a si peu de choses définitivement acquises.

D'ailleurs, je crois bien que M. Velpeau s'est inscrit en faux contre mes opinions sans les avoir beaucoup approfondies au préalable, sans les avoir soumises d'abord au contrôle d'un examen solide, sans les avoir discutées avec son jugement, avant de venir les attaquer à cette tribune.

J'ai dit et je répète encore que j'ai eu occasion de constater neuf à dix fois des accidents comme foudroyants et analogues aux symptômes d'une péritonite chez des femmes qui se servaient du clyso-pompe pour se faire des injections vaginales. J'ai attribué ces graves phénomènes à la pénétration de l'air dans le péritoine ; et voici, d'après de nombreuses expériences, l'explication que j'en ai donnée : La cavité péritonéale, comme celle de la plèvre et de toutes les cavités séreuses, est périodiquement dans un état de tension moindre que la tension atmosphérique, d'où il résulte que l'état de vide relatif où elle se trouve la place dans une condition d'aspiration par rapport aux milieux ambiants. Il n'est donc pas difficile de concevoir qu'une colonne d'air, poussée avec une certaine force et un certain degré de pression, pénètre aisément dans le péritoine, ainsi placé dans un état de tension inférieure à celle de l'atmosphère, même à travers les petits pertuis des trompes.

C'est à une cause semblable qu'il faut rapporter, et par un mécanisme analogue qu'il faut expliquer les mouvements alternatifs d'ascension et d'abaissement qu'on observe dans les hernies avant que le collet du sac soit organisé, et dans le testicule qui n'est pas encore entièrement descendu dans les bourses.

Enfin, j'ai entendu dire à quelques-uns de nos collègues de la section de médecine vétérinaire qu'il n'était pas rare, lorsqu'on pratiquait chez les chevaux la ponction de l'ascite ou de l'hydrocèle, d'entendre un sifflement qui indiquait l'entrée de l'air par aspiration dans la cavité séreuse.

M. Velpeau a rejeté gratuitement une autre preuve de la possibilité de l'entrée de l'air par les trompes, sur laquelle j'insiste : c'est le passage du pus de la cavité utérine jusqu'au rebord frangé des pavillons dans la métrite puerpérale. On a objecté que ce pus provenait directement des trompes enflammées ; mais dans les cas que j'ai observés je me suis assuré que la muqueuse de ces canaux était à peine rouge et altérée.

Je maintiens donc qu'il est possible à l'air de franchir quelquefois la matrice et les trompes pour pénétrer jusque dans le péritoine, où il est appelé par une espèce d'aspiration dont j'ai expliqué le mécanisme, quand il est poussé, d'ailleurs, dans le vagin par un clyso-pompe, à la manière d'une injection.

Des faits analogues à ceux que j'ai signalés ont été rapportés par MM. Giraud-Teulon, Laborie, et par M. Laurès, inspecteur des eaux de Néris. Ces honorables praticiens ont eu, comme moi, occasion d'observer des pneumatoses péritonéales, accompagnées d'accidents redoutables à la suite d'irrigations vaginales.

Mais où la verve satirique de M. Velpeau s'est le plus exercée, c'est sur le mode de terminaison que j'ai assigné à ces pneumatoses. Mon honorable collègue a trouvé plaisant que je fisse sortir par l'estomac et par le rectum l'air entré dans le péritoine. Voici les termes dont je me suis servi : « Après un ou deux jours, on observe une inflammation et une disparition graduelle des symptômes *coïncidant* d'une manière très remarquable avec une évacuation de gaz par les voies supérieures et inférieures. » J'ai signalé ce fait comme une coïncidence, et nullement comme le résultat d'un passage *direct* de l'air du péritoine dans le tube digestif.

Ne pourrait-on pas, cependant, essayer d'expliquer le phénomène de la disparition des gaz dans les pneumatoses et dans les emphysèmes sous-cutanés? Pour moi, j'ai toujours pensé que les surfaces cutanée, pulmonaire, intestinale, servaient de voies d'évacuation à tout ce qu'il y a d'étranger et de nuisible dans l'économie. Tout le monde sait que celui qui fréquente des lieux fétides ou qui séjourne dans un amphithéâtre de dissection ne tarde pas à avoir des évacuations dont l'odeur rappelle la fétidité des émanations qu'il a respirées.

La doctrine que j'expose ici n'est pas neuve, je le sais ; elle est même rejetée par la plupart de nos contemporains ; pourtant, je ne serais pas surpris de la voir revivre un jour avec tous les caractères d'une vérité scientifique.

La seconde hérésie que m'a reprochée M. Velpeau, c'est d'avoir avancé qu'on pouvait, au moyen de ma seringue, après avoir vidé le kyste, déterminer l'accolement des parois et produire par l'aspiration une sorte de fluxion, d'excitation, susceptible de remplacer le liquide irritant. Suivant mon honorable contradicteur, une fois les parois amenées au contact, l'action aspiratrice de la seringue n'a d'effet que sur la portion de tissus qui est en rapport avec le bec de l'instrument. Je répondrai à M. Velpeau que j'ai vu souvent, vers la fin de l'évacuation des kystes ou des tumeurs séreuses, quand on continuait l'aspiration de la seringue avec une certaine persévérance, j'ai vu, dis-je, sortir un liquide sanguinolent qui témoignait qu'une fluxion suivie d'exhalation sanguine s'était opérée à l'intérieur de la cavité.

J'ajouterai que je n'ai pas prétendu que la fluxion ainsi provoquée par l'aspiration de la seringue s'exerçât sur des parois déjà accolées. J'ai dit que ma méthode « avait le double avantage de provoquer le retrait et le rapprochement des parois du kyste sous l'influence de la pression extérieure, et d'opérer par une véritable succion une sorte d'action fluxionnaire qui modifie l'action sécrétante et propage ou détermine même le travail d'adhésion. »

Cette fluxion qui s'opère ainsi à la surface interne des kystes, après leur évacuation, s'explique aisément, ce me semble, de la manière suivante : avant la ponction, les fluides qui circulent dans les parois du kyste sont repoussés en quelque sorte par la tension du liquide contenu dans la cavité, et qui fait équilibre à la pression atmosphérique ; mais sitôt que le kyste est vidé, l'équilibre est rompu, la pression atmosphérique l'emporte, et le sang afflue avec d'autant plus d'abondance vers la face interne du kyste que le vide est plus complet dans la cavité. (Pour rendre plus claire cette explication, M. Guérin en fournit la preuve expérimentale au moyen d'un appareil spécial.)

Enfin, reprend l'orateur, M. Velpeau demande en quoi mon procédé de ponction des kystes ovariques est une application de la méthode sous-cutanée.

Le but général de la méthode sous-cutanée est de mettre la surface traumatique, faite par l'opérateur, à l'abri du contact de l'air, et de changer une plaie qui devrait suppurer en plaie non suppurante. Pour cela, avant d'instrumenter, on exerce une traction sur la peau, de manière que, après la ponction ou l'incision, *lorsque la* peau aura été abandonnée à elle même, le parallélisme soit détruit et que la plaie des téguments se trouve éloignée de quelques cen-

timètres de la plaie des parties profondes. J'applique ces principes aux ponctions du thorax et à celles des kystes ovariques ; je fais un pli à la peau, j'enfonce alors le trocart, et quand je le retire et que je cesse de pincer la peau, la plaie extérieure ne correspond plus à la plaie des tissus sous-cutanés. J'oppose ainsi une barrière à l'entrée de l'air et je préviens ces accidents inflammatoires qui effraient si justement M. Velpeau.

L'orateur, en terminant, assure qu'il serait heureux de voir l'Académie accepter favorablement le désir exprimé par M. Velpeau, que la méthode sous-cutanée devînt bientôt l'objet d'une discussion approfondie.

M. *Velpeau*. Les explications dans lesquelles vient d'entrer M. *Guérin* laissent, à mon sens, subsister ses hérésies, et ne rendent ni plus claires ni plus rationnelles ses théories physiques.

Chez les femmes dont a parlé M. Guérin, le gaz était-il bien dans la cavité péritonéale? M. Guérin s'en est-il assuré? Comment l'a-t-il fait? Il a oublié de nous le dire. Pour moi, je serais plutôt porté à croire que ce gaz était dans l'intestin, comme il arrive assez fréquemment chez les femmes hystériques. Alors on comprendrait aisément pourquoi ces malades ont été soulagées et guéries après une évacuation copieuse de gaz par l'estomac et le rectum.

Quant à l'expérience que M. Guérin vient de produire sous nos yeux, dans le but de démontrer comment la seringue déterminait une fluxion sanguine à la face interne des kystes, j'avoue qu'elle ne m'a nullement convaincu et qu'elle ne m'a aucunement démontré que l'aspiration dût porter son action excitante à toute l'étendue de la cavité. Je persiste donc à croire que cette influence est limitée au point où s'applique l'orifice de la canule.

M. *Guérin* est persuadé que chez les femmes qu'il a observées, l'air était entré jusque dans le péritoine par la voie et par le mécanisme qu'il a indiqués : il n'admet point l'influence de l'hystérie invoquée par M. Velpeau.

Il maintient les théories qu'il a développées relativement à la succion et à l'action fluxionnaire opérées sur la paroi du kyste par l'aspiration de la seringue.

La séance est levée à cinq heures.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Embryotomie par suite de dégénérescence des reins du fœtus, par le professeur Lévy.

Les altérations des reins se rencontrent assez fréquemment chez le fœtus ; elles consistent souvent en dilatations kystiques des canalicules urinifères, et se trouvent décrites dans plusieurs de nos traités d'anatomie pathologique. A ce sujet on consultera surtout avec intérêt un travail de M. Virchow, intitulé : *Sur l'hydropisie congénitale des reins* (*Ueber congenitale Nierenwassersucht*), et reproduit dans la *Collection des mémoires* de cet éminent anatomo-pathologiste, p. 864. Mais rarement ces altérations sont assez considérables pour que l'augmentation de volume qui en résulte devienne une cause de dystocie. Parmi les faits qui ont de l'analogie avec celui dont nous allons résumer l'observation, l'auteur ne signale que celui du docteur Mansa, rapporté dans le tome VIII du *Journal für Medicin und Chirurgie* (p. 12). Ce fait est cité par Siebold avec un autre dû à Höring (*Wurt. Med. Corresp. Blatt*, t. VII, p. 126). La Gazette hebdomadaire (t. I, p. 46) enfin, a publié un cas de ce genre, emprunté à la *Gazette médicale de Lyon* et observé par MM. Guilleton et Ollier.

Obs. — Une femme qui, dans un premier accouchement, terminé spontanément, avait donné naissance à un hémicéphale, était en travail d'enfant depuis plusieurs heures. Ses forces s'épuisaient, et les douleurs étaient très vives. Les tractions sur la tête, faites à plusieurs reprises avec le forceps, ne donnaient que des résultats insignifiants. L'examen par le vagin fit reconnaître un enfant hydrencéphalique. Une nouvelle application du forceps, avec rapprochement violent des deux branches de l'instrument, fut suivie d'un écoulement séro-sanguin, indice de la rupture de la poche encéphalique. La tête put alors être amenée entre les parties génitales externes. Mais, malgré des contractions utérines énergiques, l'enfant ne put être dégagé que jusqu'aux épaules. La main, introduite dans l'utérus, fit reconnaître que l'obstacle provenait du volume considérable de l'abdomen du fœtus. Celui-ci étant mort depuis assez longtemps, on détacha d'abord la tête ; puis l'accoucheur porta la main gauche, armée du perforateur de Nægele, sur la face antérieure du fœtus, et le plongea dans l'abdomen de ce dernier. Il ne s'écoula ni liquide ni gaz. La perforation de la poitrine et du diaphragme ne donna pas plus de résultat, ce qui fit penser qu'il s'agissait d'une tumeur solide. Après avoir essayé inutilement la version par les pieds, l'auteur jugea qu'il ne lui restait d'autre ressource que la section des viscères. Après avoir administré du chloroforme à la malade, le professeur Larsen, dont l'assistance avait été requise, incisa la paroi abdominale du fœtus avec les ciseaux de Smellie, ce qui lui permit de s'assurer de l'existence d'une tumeur solide du volume d'une tête d'enfant. Après avoir extrait le foie, il essaya encore en vain d'opérer l'accouchement au moyen de traction sur les épaules. Enfin, les accoucheurs réussirent à faire la version, et appliquer sur les os du bassin des crochets mousses qui leur permirent d'opérer des tractions très énergiques suivies d'un résultat complet. La femme, délivrée au bout d'une demi-heure, se rétablit parfaitement, après avoir éprouvé plusieurs accidents.

Le fœtus, qui semblait arrivé au terme de huit mois environ, présentait, outre son hydrocéphalie, des reins d'un volume énorme et qui, au premier abord, rappelaient les hémisphères du cerveau. Chacun avait plus de 5 pouces de longueur, 2 pouces 2 tiers de largeur et 2 pouces d'épaisseur. Ils étaient de couleur rouge pâle ; leur surface était inégale, et des sillons tortueux, plus ou moins profonds, les divisaient en lobules. En certains points, on voyait à l'œil nu des vésicules transparentes, du volume d'un grain de millet à celui d'une tête d'épingle ; la loupe faisait découvrir un nombre beaucoup plus considérable de ces vésicules, séparées par une substance légèrement granuleuse. Un de ces reins ayant été incisé, on ne trouva aucune distinction entre la substance corticale et la substance médullaire. On ne reconnut qu'un tissu d'une consistance variable, parsemé d'une multitude de petites vésicules transparentes. Les papilles avaient disparu ; les calices, l'uretère, la vessie étaient normaux ; on ne trouva nulle part d'obstacle à l'écoulement de l'urine. L'examen microscopique démontra que le tissu conjonctif du rein avait pris de grands développements ; les corpuscules de Malpighi avaient disparu ; les canalicules urinifères étaient partout dilatés, soit en totalité, soit partiellement. Dans ce dernier cas, on voyait partir des canalicules des diverticules sacciformes, souvent très rapprochés les uns des autres. En général, l'extrémité périphérique du canalicule était renflée en ampoule. Il a semblé, dans quelques cas, que deux canalicules s'ouvrissent dans les ampoules volumineuses. On ne trouva point de cellules épithéliales distinctes. (*Zeitschr. f. klinische Medicin*, nov. 1856.)

D'après les faits qu'il a observés, M. Virchow établit que la cause immédiate de ce développement de kystes consiste dans l'atrésie d'une partie quelconque des voies urinaires, le plus souvent des papilles, soit seules, soit conjointement avec une atrésie de l'origine des uretères, de la vessie ou de l'urèthre. Les détails de l'observation font présumer qu'il s'agissait ici d'une atrésie des papilles : l'auteur aurait pu être plus explicite à cet égard.

Il est intéressant de remarquer que dans plusieurs des cas de kystes congénitaux des reins il existait en même temps une hydropisie du cerveau. On doit se demander si les deux espèces de lésions sont simplement concomitantes ou si la seconde n'est qu'une conséquence de la première, c'est-à-dire si elle dépend de l'urémie qui est produite par la destruction des éléments sécréteurs des reins. Les faits connus jusqu'à ce jour ne permettent point de décider cette question.

Anévrysme de l'artère dentaire, par M. Heyfelder.

M. Heyfelder (de Saint-Pétersbourg) a communiqué à la Société de chirurgie (séance du 12 novembre 1856) l'observation suivante d'anévrysme de l'artère dentaire, qui offre la plus grande analogie avec celle de M. Rufz, rapportée dans le tome III, p. 623 de la Gazette hebdomadaire.

Obs. — Un malade, âgé de trente-deux ans, crachait du sang depuis quelque temps. La source de cette hémorrhagie avait été méconnue,

A l'examen, M. Heyfelder trouva sur le bord externe de la mâchoire, au-dessous des incisives et de la canine du côté droit, une tumeur fongueuse, arrondie, de 3 à 4 lignes de diamètre. Cette tumeur saignait au moindre contact et était le siége de pulsations isochrones avec les battements du cœur. L'auteur crut à une épulis et y appliqua une ligature. Deux heures après cette opération, il y eut une forte hémorrhagie. Plusieurs moyens ayant échoué contre cette perte, on recourut à la cautérisation profonde avec le fer chauffé à blanc; l'écoulement sanguin s'arrêta. Huit jours après la chute de l'eschare, il reparut et fut arrêté comme la première fois; enfin, une troisième hémorrhagie, combattue encore cette fois avec succès par la cautérisation, détermina le chirurgien à prescrire des hémostatiques à l'intérieur; mais ces hémorrhagies avaient considérablement affaibli le malade, qui mourut du choléra quelque temps après.

A l'*autopsie*, M. Heyfelder trouva dans le maxillaire inférieur une excavation constituée par la dilatation du canal dentaire dans toute sa portion qui occupe la branche horizontale de cet os. Les cloisons interalvéolaires n'existaient plus à ce niveau : le rebord alvéolaire du côté droit semblait aminci, et les dents de ce côté plus élevées et moins solides que celles du côté gauche.

Si une lésion de cette nature était reconnue pendant la vie, et l'on doit reconnaître que la chose n'est pas impossible, nous croyons que la conduite à tenir serait de faire une large brèche aux parois de l'excavation osseuse, et de bourrer aussi complétement que possible cette dernière de bourdonnets de charpie imbibés, au besoin, de perchlorure de fer, de manière à provoquer l'inflammation suppurative de la poche et le retrait progressif de ses parois.

Histologie du sang des fous, par M. Lindsay.

L'auteur a examiné comparativement le sang de 236 insensés et de 36 hommes raisonnables, et, en se servant de grossissements à 380 diamètres, il prétend avoir trouvé des différences notables entre eux. Le sang des fous se distingue surtout par la couleur, la densité, son mode de coagulation, par la proportion de la fibrine au sérum, des corpuscules et par la facilité que présentent ces derniers à s'agglomérer; enfin, par son cours plus rapide. Les corpuscules rouges varient par leur forme, leur couleur, leur nombre. Les corpuscules blancs varient par leur forme, leur granulation, leur nombre et la réaction à l'acide acétique. Le sang des insensés présente souvent un état leucocythémique; dans d'autres cas, cette apparence est trompeuse et provient du manque de corpuscules rouges. Il n'existe pas de rapports entre la présence plus ou moins tranchée de ces altérations et le plus ou moins d'acuité de l'affection mentale : cette relation ne se présente que dans les cas où la lésion intellectuelle se complique de troubles physiques et alors elle se trouve de même chez les individus sains d'esprit. Le sang des fous riches est beaucoup plus altéré que celui des fous pauvres. M. Lindsay en trouve la raison dans le mode différent d'éducation et de travail des deux classes. Quant à l'état du sang dans les diverses affections mentales, il n'y a rien de spécial à telle ou telle variété (Lindsay, *The Histology of the Blood in the Insane*, p. 68).

Nous ajouterons à ces résultats ceux que M. Hagen a pu recueillir dans 68 autopsies de fous. Il considère les hémorrhagies dans le cerveau comme une des choses les plus rares chez les fous, et celles qui se font dans le sac arachnoïdien sont, d'après lui, des phénomènes secondaires.

Les épanchements séreux des méninges sont très communs au contraire. Il les a rencontrés 29 fois sur 68 cas. 18 fois il y eut de l'œdème du cerveau lié d'ordinaire à l'atrophie de cet organe ou à la présence d'épanchements dans d'autres parties du corps. Le ramollissement rouge ou jaune se présente bien plus rarement que chez les individus raisonnables. 13 fois il y eut de l'atrophie du cerveau et presque toujours le malade avait souffert pendant sa vie de la *dementia paralytica*. L'épaississement des os du crâne se rencontre bien moins souvent que chez les individus sensés; mais la forme générale du crâne, diversement modifiée par la consolidation prématurée des sutures, prouve, d'après M. Hagen, un développement anormal du cerveau. Dans six ou sept cas on n'y trouva néanmoins rien d'étrange. Enfin, l'auteur croit qu'il ne faut pas s'attendre à trouver des traces matérielles après la lésion d'une fonction dont les produits ne sont ni matériels ni visibles. Le microscope a peu d'utilité : l'œil suffit pour reconnaître les désordres, lorsqu'ils existent. Il attend plus de la chimie pathologique et de la connaissance plus complète des lois qui régissent le fluide nerveux (F. W. Hagen, *Psych. und Allg. Zeitschrift f. Psych.*, p. 1).

M. Gauster a fait, à Vienne, l'autopsie de 171 fous. Il a trouvé : l'œdème des membranes du cerveau, 52 fois sur 100; l'hydrocéphale chronique, 52 fois; l'œdème du cerveau, 23 fois; la sclérose cérébrale, 21 fois; altérations de l'aorte, 12 fois; épaississement des membranes, 11 fois; maladies du cœur, 9 fois sur 100.

Dans 19 cas (11 pour 100), le cerveau ne présenta rien d'anormal. Des adhérences des méninges avec le cerveau furent trouvées toutes les fois que les malades avaient été très débilités, qu'ils avaient eu des accès de folie furieuse, de l'épilepsie, et surtout chez les sujets affectés de folie paralytique. Les exsudations séreuses se trouvaient à la surface du cerveau, plus rarement dans les ventricules. L'épaississement des méninges, la décoloration de la substance grise, tubercules et maladies des bronches, se rencontrent souvent dans les formes d'exaltation furieuse. Les maladies du foie et de l'estomac coïncident d'ordinaire avec la folie résultant d'excès de boissons. (Gauster, *Rückblick auf die Leichenobductionen in der Wiener Irrenanstalt. Canstatt's Jahresbericht.* 1856, tome III, page 6, 7.)

Cysticerque dans le cristallin, par M. Liebreich.

M. Liebreich publie une observation relative à un jeune ébéniste, âgé de vingt-trois ans, ayant un strabisme convergent. En examinant l'œil gauche avec l'ophthalmoscope, on apercevait au milieu de la pupille une opacité circulaire et circonscrite, et en arrière, un petit corps bleuâtre, communiquant avec une vésicule circulaire et sombre, montant et descendant suivant les mouvements de l'œil. En se servant des images renversées, l'auteur put découvrir que l'extrémité antérieure était la tête, et la portion ovale et sombre la vessie d'un cysticerque. Une troisième membrane enveloppait tout l'animal et s'étendait en arrière jusqu'au fond de l'œil. Il fut possible à M. Liebreich de voir des mouvements marqués dans l'extrémité antérieure de la vésicule. Des morceaux de ténia furent rendus par ce même malade. (Liebreich, *Cysticercus im Glaskörper*, in *Archiv für Ophthalm.*, t. I, 2ᵉ part.)

Cysticerque dans la rétine, par M. de Graefe.

De Græfe a observé un cysticerque dans la rétine de l'œil gauche d'une femme enceinte, âgée de vingt ans. Il put voir le mouvement ondulatoire de l'animal, ainsi que des mouvements d'extension du cou. Mais il lui fut impossible de voir ce dernier s'enfoncer entièrement dans la vésicule. C'est le cinquième cas de cysticerque dans les portions profondes de l'œil que de Græfe a pu observer. Dans quatre cas existant depuis longtemps, l'animal était renfermé dans une membrane. Il était nu chez un sujet dont les symptômes ne remontaient qu'à trois semaines. Il s'environna de membranes peu à peu. Sur 3 femmes, 2 fois l'entozoaire apparut pendant la grossesse. (De Græfe, *Archiv. für Ophthalmol.*, *Canstatt's Jahresbericht*, t. III, p. 113.)

Cas d'oblitération de l'aorte thoracique, par M. Skoda.

Le sujet, atteint de cette curieuse altération, avait quarante-sept ans : il présentait une coloration normale, était bien constitué et se plaignait de difficultés dans la respiration lorsqu'il montait les escaliers, ce qu'on attribuait à une insuffisance de la valvule mitrale. On entendait un bruit de souffle, coïncidant parfaitement avec le choc du cœur, et ensuite, dans la région cardiaque et dans presque tous les points de la poitrine (surtout le long des artères intercostales), un bruit de frôlement, se produisant un instant après. Ce bruit provenait d'une dilatation considérable de toutes les artères thoraciques; on voyait, en touchant l'épigastrique supérieure, les rameaux de terminaison de la mammaire interne, qui était énorme et flexueuse. Au contraire, les artères du

membre inférieur donnaient un pouls à peine sensible, et la pression la plus forte sur l'aorte abdominale ne laissait percevoir aucun battement. M. Skoda fait remarquer, à propos de ce sujet, que dans bien des cas, on entend, en auscultant le cœur, des bruits qui feraient croire à une insuffisance des valvules, et cependant le cœur est parfaitement normal : le bruit provient des artères coronaires ou des vaisseaux qui entourent le cœur. On peut se prémunir contre de semblables erreurs de diagnostic, en observant exactement si ces bruits coïncident ou non, avec les mouvements du cœur. Enfin, cette circonstance que la nutrition du malade n'avait subi aucune modification, quoique la circulation dût nécessairement être ralentie dans la plupart des organes, prouve que les troubles nutritifs, se produisant à la suite d'obstacles apportés à la circulation, ne peuvent pas être expliqués seulement par ces derniers.

Quant au mode de production de l'oblitération aortique (qui se trouve d'habitude au point d'insertion du canal de Botal), M. Skoda s'arrête à deux probabilités : ou bien le segment aortique correspondant a dû être oblitéré ou même manquer dès la vie fœtale ; ou bien, il faut admettre, lorsque cela n'a pas lieu, que le tissu du conduit de Botal va jusque dans les parois de l'aorte, et que par conséquent le ralentissement du premier, s'étend aux parois de l'aorte après la naissance. (Skoda, *Fall von Obliteration der Aorta thoracica. Wochenb. der Zeitschr.*, n° 45, Novemb., et *Canst. Jahresbericht*, 1856, t. III, p. 207.)

Observations pratiques sur le traitement de la blennorrhée et de la spermatorrhée par la potasse fondue, par M. Lizars.

Le nom du savant chirurgien n'est pas une recommandation superflue pour nous engager à prendre en considération la préférence qu'il accorde sur le nitrate d'argent au plus diffluent et au plus corrosif des escharotiques. A la vérité, il spécifie bien qu'on ne l'emploie pas ici comme destructif, mais à titre seulement de stimulant ou contre-irritant. Néanmoins, notons qu'il est introduit en nature, et non en solution, dans le canal.

Quoi qu'il en soit, voici comment M. Lizars procède. Il commence par placer dans l'urèthre un cathéter d'argent n° 12, et l'y laisse une demi-heure, poussé jusque vers la vessie. Pendant ce temps il prépare lui-même le porte-caustique. C'est une bougie molle, d'un calibre inférieur à celui du cathéter, dont on coupe la pointe de manière à pouvoir l'aplatir. Alors, sur cette extrémité on creuse avec le canif un petit trou arrondi dans lequel on insère un morceau de potasse (environ le tiers d'un grain), de manière que ce morceau soit presque entièrement recouvert par le rebord circulaire de la cavité creusée dans la bougie. Une douce chaleur facilite l'exécution de la manœuvre.

A ce moment, le patient étant debout, on enfonce le cathéter pour évacuer l'urine, puis on retire cet instrument. Alors, le chirurgien, tirant sur la verge, fait pénétrer la bougie armée dans toute la profondeur de l'urèthre, qu'il serre en même temps de l'autre main sur la bougie. Dans la spermatorrhée, il s'attachera à toucher principalement le vérumontanum. Dans la blennorrhée, il faut promener la bougie plusieurs fois en avant et en arrière, sur toute la longueur du canal.

L'auteur connaît et a appliqué la méthode de cautériser avec le nitrate d'argent au moyen du porte-caustique de Lallemand. Nonobstant, il préfère l'emploi de la potasse, et exprime son opinion par cette phrase : « Avec la potasse fondue, j'ai invariablement réussi à opérer la guérison permanente de la blennorrhée ; » jugement on ne peut plus formel, on le voit, et qui doit persuader tous ceux qui ne connaissent pas la nature éminemment tenace de cette maladie. Car déclarer qu'on a guéri *tous* les cas de *goutte militaire*, c'est ou se faire une illusion étrange, ou avouer qu'on n'a pas eu à essayer la méthode un bien grand nombre de fois.

Pour nous, édifiés sur la fréquente impuissance de la cautérisation par le nitrate d'argent, nous hésiterions à lui préférer un agent beaucoup plus dangereux et dont le mode de fixation ne nous rassure qu'imparfaitement sur sa fusion possible hors de la sonde. L'éditeur lui-même du journal anglais semble partager notre réserve, ainsi qu'en témoigne une note annexée, où il formule *l'espérance* qu'on ne se décidera à brûler ainsi l'urèthre que lorsque l'existence d'une maladie réelle aura été mise hors de doute. (*Medical Times and Gazette*, 2 août 1856, p. 110.)

Cas d'érosion gangréneuse des joues, par M. T.-S. Waring.

Voilà, sans contredit, un effroyable exemple de la rapidité que la gangrène, presque sans cause, met à dévorer les parties justement les plus vasculaires, et à l'âge où la circulation est le plus active. Le raconter sommairement est le meilleur moyen d'en faire ressortir les conséquences. Mais n'y a-t-il pas auparavant à se demander si la cautérisation pratiquée de bonne heure n'eût point enrayé ce terrible processus destructeur ?

Une enfant de six ans venait de subir un accès grave de *fièvre congestive* ; cependant, depuis trois jours, elle reprenait avec rapidité sa santé et ses forces, lorsque, le 6 octobre, M. Waring trouva une petite place noire d'un huitième de pouce environ de diamètre au-dessous de l'angle gauche des lèvres. Un point pareil, mais moins marqué, existait en dedans, à la partie correspondante de la muqueuse. D'ailleurs, les autres tissus voisins étaient sains. Le segment noirâtre avait perdu toute sensibilité. Un peu de gonflement occupait le pourtour. (Lotions avec l'acide chlorhydrique ; même agent à l'intérieur, associé au laudanum ; un purgatif avec la rhubarbe et la magnésie.)

Le 7, au matin, un trou traversait la lèvre de part en part ; le soir, une moitié de la lèvre inférieure est déjà tombée. (On ajoute au traitement la teinture de quina.)

Sans suivre dans ses progrès quotidiens l'extension continue du mal, il suffira de dire que le 11 il n'existait plus de lèvres, qu'une large partie de la joue droite avait été éliminée. Les forces, qui, jusqu'à ce jour, s'étaient conservées intactes, commencent à décliner, d'autant plus que la déglutition est maintenant presque impossible, les aliments tendant irrésistiblement à sortir par l'ouverture anormale. Le 12, le pouls était devenu petit et faible ; assoupissement continuel, convulsions par intervalles. Mort vers midi. Depuis le premier jour, il n'y eut pas de fièvre, et les gencives demeurèrent complétement saines. (*Charleston Medical Journal and Review*, mai 1856, p. 298.)

Une maladie analogue, mais par le siége seulement, et ne causant une perte de substance que par un procédé érosif beaucoup plus lent, a été étudiée dans son étiologie par M. Delemarre (de Tournay). C'est le cancroïde de la lèvre inférieure. On est généralement d'avis que les fumeurs y sont plus exposés. L'auteur prouve par des faits nombreux l'exactitude de cette remarque. Il a opéré plus de cent cancroïdes de la lèvre inférieure ; et il a observé que tous ces hommes avaient l'habitude de fumer beaucoup, et dans des pipes à tuyau très court.

Mais — pourrait-on dire — ceci ne prouve rien, puisque, en Belgique, tous les hommes sont fumeurs. En frappant çà et là, et en vertu d'une cause entièrement différente de l'action du tabac, le cancer ne peut donc manquer d'atteindre des fumeurs, puisqu'ils le sont tous. On trouve dans le travail de M. Delemarre une réponse à cette objection : c'est que les quelques femmes qu'il a vues affectées de l'ulcération des lèvres avaient également l'habitude de fumer. (*Archives belges de médecine militaire*, juillet et août 1856, p. 49.)

Examen comparatif entre le sulfate de zinc et le nitrate d'argent dans les ophthalmies chroniques, par M. le docteur Posta.

Ces deux agents sont l'objet de prescriptions quotidiennes, banales même. Non-seulement on les conseille, l'un ou l'autre, indistinctement, mais la dose, à certains praticiens, paraît une chose presque indifférente, au point qu'on pourrait emprunter aux divers traités classiques, ainsi qu'aux consultations journalières, de singuliers exemples du caprice, de l'irréflexion, avec laquelle on pose les limites en cette matière.

D'après sa pratique, M. Posta est arrivé à établir les principes suivants : On peut et l'on doit employer le sulfate de zinc dans toute ophthalmie, aussitôt qu'elle a commencé à passer de l'état aigu à l'état chronique. La proportion du sel sera d'abord de 1 gramme sur 75 grammes de véhicule, composé d'eau distillée et d'eau de laurier-cerise. Si la maladie ne cède pas, si le *chronicisme* persiste, on passe à une proportion de 2 grammes du sel sur 100 grammes de véhicule.

Lorsqu'il s'ajoute à l'ophthalmie un léger degré de kératite chronique avec un nuage de la cornée, le nitrate d'argent est le meilleur moyen de guérir. La formule du collyre est de 5 centigrammes de nitrate d'argent sur 30 grammes d'eau distillée.

Tous les ophthalmologistes qui ont porté au delà la dose de nitrate d'argent, au lieu de guérir l'ophthalmie ou la kératite chronique, ont produit une nouvelle maladie que l'auteur considère soit comme une brûlure des petits vaisseaux de la conjonctive, soit comme une transsudation plastique entre les lames de la cornée, d'où résulte la cécité totale. (*Il filiatre sebezio*, juillet 1856, p. 1.)

Deux cas de rétroversion de l'utérus, par M. MISLEY et par M. GUICHARD.

Dans ces deux cas, l'irréductibilité a été la même, le danger tout pareil, et pourtant la mort pour la première malade, une guérison solide pour la seconde en ont été la terminaison. C'est que la nature, inactive chez la cliente de M. Misley, a au contraire déployé, chez celle de M. Guichard, ces ressources puissantes qui changent le cours même le plus probable des événements, et viennent donner un heureux démenti aux prévisions rationnelles du jugement médical.

OBS. I. — Une femme de vingt ans fut admise, le 17 novembre 1854, à l'infirmerie générale de Sheffield. Enceinte de quatre mois, elle avait senti, en faisant un effort, une vive douleur dans le ventre, avec violent besoin, mais impossibilité d'uriner depuis lors. On reconnut le col utérin inaccessible au toucher, et le corps formant une masse perceptible par la cavité du rectum. Deux doigts par le rectum avec toute leur force, n'ayant pu remédier à ce déplacement, on se borna à évacuer l'urine amassée en une quantité de près de 5 pintes.

Le 22, on tenta un nouvel essai, aidé par l'action du chloroforme. On introduisit la main tout entière par le rectum, et l'on réussit assez bien pour pouvoir aller, de cette main, toucher l'angle sacro-vertébral. Mais, dès que cessa l'effet du chloroforme, le viscère déplacé reprit irrésistiblement sa position anormale. La faiblesse fit de rapides progrès ; le pouls se maintint à 140. Les douleurs abdominales, le météorisme du ventre, des vomissements incessants hâtèrent la mort, qui eut lieu le 12 décembre.

L'*autopsie* révéla, par des adhérences intestinales, l'existence d'une péritonite. Les uretères, distendus par l'urine, avaient un diamètre quatre fois supérieur au diamètre normal. L'utérus contenait un fœtus de quatre mois environ. (*Medical Times and Gazette*, 21 avril 1855.)

OBS. II. — En mars 1851, M. Guichard fut appelé auprès d'une femme de Troyes, qui, déjà mère de famille, avait été, vers le deuxième mois d'une nouvelle grossesse, affectée de rétroversion de l'utérus, avec rétention des fèces et de l'urine. Une première réduction avait réussi. Mais les accidents, cette fois, persistèrent, et malgré deux essais répétés avec la coopération de M. le docteur J. Hervey, au moyen de deux pressions en sens inverse, l'une par le rectum sur le corps utérin, l'autre en allant accrocher le col par le vagin, malgré l'action combinée du chloroforme, on n'obtint pas de résultat.

L'essai de réduction fut suivi des symptômes alarmants d'une péritonite qui céda néanmoins à un traitement actif

Dès lors, on ne jugea plus à propos de rien entreprendre. La gestation continua à marcher. Vers le troisième mois, quelques douleurs plus vives s'accompagnèrent de l'évacuation d'un liquide comme celui de l'amnios. Un travail d'expulsion sembla se préparer, puis tout s'arrêta.

Vers le cinquième mois, il y avait évidemment un mieux, et l'utérus paraissait être moins développé.

Au septième mois, diarrhée avec symptômes généraux inquiétants. Un flux utérin s'établit, très fétide, ichoreux, durant huit jours. Finalement, la malade se rétablit.

Cependant, deux mois et demi après, à la suite d'un effort, cette femme sentit un pressant ténesme, suivi de l'expulsion par l'anus de pus et d'un petit os. M. Guichard porta dans cet intestin son doigt qui parvint dans une cavité où il sentit la crépitation de petits os au milieu d'un magma de détritus. La malade refusa d'en laisser tenter l'extraction. Depuis lors, sauf quelque douleur lors des règles et l'absence de nouvelle grossesse, elle se porte bien. (*Revue thérapeutique du Midi*, 15 avril 1855, p. 269

Sur les corps étrangers introduits dans la vessie, par M. DENUCÉ.

L'analyse attentive de 419 observations de ce genre devait naturellement conduire l'auteur à des conclusions intéressantes sous le rapport pratique. Voici celles qui nous paraissent le mieux mériter d'être reproduites.

La profession du malade peut, à elle seule, en l'absence de réponses suffisamment précises ou sincères de sa part, jeter un grand jour sur la nature du corps étranger. On ne peut nier la réalité de cette influence quand, en prenant connaissance des faits rassemblés par M. Denucé, on voit : un bout de cierge dans la vessie d'une religieuse, un morceau de cordelière dans celle d'un capucin, un étui dans celle d'une couturière, une aiguille chez un tailleur, un os de mouton chez un berger, un épi de blé chez un laboureur, un manche de pinceau chez un peintre, un pampre de vigne chez un vigneron, un porte-plume chez un maître d'école. — D'un point de vue plus général, on remarque que les femmes, sédentaires et vouées à des habitudes plus uniformes, ne se servent guère que de ce qu'elles ont sous la main, épingles, aiguilles, passe lacets ; tandis que les hommes ont à leur disposition et emploient mille autres objets divers.

Une fois introduits dans l'urèthre, les corps étrangers ont une tendance invincible à descendre dans la vessie, en vertu du mouvement antipéristaltique dont la partie profonde des conduits excréteurs est douée. C'est cet acte qui, à l'état naturel, fait rétrocéder les dernières gouttes d'urine. Aussi les malades sont-ils presque tous étonnés de la force avec laquelle le corps étranger a été, au dernier moment, pour ainsi dire, attiré dans leur vessie.

Les incrustations dont ces corps se recouvrent ne dissimulent pas ordinairement les aspérités de leur surface. Dans la plupart des cas de calculs développés sur des aiguilles, il est mentionné que les bouts faisaient saillie à l'extérieur de la pierre, condition on ne peut plus fâcheuse pour le malade.

Sur 386 cas, M. Denucé a constaté 21 fois la mort pour terminaison, 37 fois l'expulsion spontanée. Dans cette dernière catégorie, ce sont des corps petits et minces, et le plus souvent chez la femme.

La lithotritie a opéré une révolution des plus favorables pour l'innocuité des procédés d'extraction L'auteur l'établit par un calcul aussi probant que simple. Sur 239 faits qui ont nécessité la taille ou l'extraction par les voies naturelles, 127 sont antérieurs à 1830 et 122 postérieurs. Or, la première catégorie comprend 100 tailles et 27 extractions ; la seconde, 21 tailles et 101 extractions. Ainsi, autrefois la taille était la règle, l'extraction l'exception ; aujourd'hui le rapport est positivement renversé.

Avant de procéder aux tentatives d'extraction, il faut s'aider de trois moyens préalables : la *dilatation de l'urèthre*, qui, surtout chez la femme, peut être, en une séance, ou graduellement, portée à un degré considérable ; les *injections vésicales*, qui protègent des atteintes de l'instrument ; le *toucher périvésical* par l'anus, le vagin, l'hypogastre, le périnée, qui éclaire sur la nature, la forme, la situation, la mobilité du corps étranger.

Quant aux instruments, M. Denucé les divise, avec autant de sens que de clarté, en :

1° Instruments d'extraction simple, pour saisir et retirer les corps arrondis, ou les corps allongés quand ils peuvent être pris par une de leurs extrémités ;

2° Instruments d'extraction par division, pour morceler les corps trop volumineux ;

3° Instruments d'extraction par redressement, pour ramener dans la direction de l'urèthre un corps allongé, bien qu'il ait été saisi à une certaine distance de son extrémité ;

4° Instruments d'extraction par duplicature, pour plier en deux,

au point où il est saisi, un corps allongé, mais flexible, et le transformer ainsi en un corps allongé saisi par l'une de ses extrémités. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 2e semestre 1856.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire de physiologie humaine, comprenant les principales notions de la physiologie comparée, par J. BÉCLARD. (Deuxième édition, revue, corrigée et considérablement augmentée, ouvrage accompagné de 202 figures intercalées dans le texte.) Un très fort vol. in-8. Paris, 1856; chez LABÉ, place de l'École-de-Médecine.

Si un an environ après la mise en vente de la première, nous avons déjà à annoncer la seconde édition de l'ouvrage de M. Béclard, ce succès ne témoigne pas moins en faveur du goût public que du mérite de l'œuvre. Impossible, en effet, de trouver un traité plus essentiellement didactique, une division moins encombrée des banalités superflues que la vieille physiologie exhibait avec un complaisant orgueil, un style où chaque mot exprime mieux une idée, où la redondance déclamatoire, qui semblait s'être réfugiée dans ce coin de la médecine, ait été plus scrupuleusement chassée de ce dernier asile. M. Béclard est l'homme de la science régénérée. Sans négliger les documents anciens, les impérissables matériaux lentement accumulés par tant d'efforts, il sait les coordonner à leur place dans l'édifice récent dont les travailleurs modernes ont eu la gloire de placer les premières assises, et ont aujourd'hui la consolation d'entrevoir déjà le couronnement.

Plein des mêmes qualités, poursuivant toujours le même but, l'auteur, dans cette seconde édition, s'est surtout distingué par des additions nombreuses. Elles forment un total de 135 pages. Nous ne les énumérerons pas; nous ne pourrions seulement les nommer. Mais cherchez tous les sujets que leur importance intrinsèque ou que le zèle des investigateurs a mis à l'ordre du jour, et partout vous rencontrerez M. Béclard, en quelque sorte sur la brèche, prêt à l'analyse, à la critique, au contrôle des expériences, à la discussion des conclusions; arbitre actif autant que sensé, ne niant jamais un fait, mais refusant, avec raison, de croire sur parole aux *déductions* que l'esprit en tire. Ce cachet de saine appréciation est, en effet, dans ses habitudes intellectuelles comme dans ses *traditions* de famille. Et ç'a été là le secret de la prompte, de l'immense réussite de son livre. Rien ne vaut, pour le lecteur ami du progrès, cette participation toujours présente d'un auteur à la solution des questions capitales qui composent l'objet de son livre. Ce n'est point la critique facile, affichée pour faire ressortir une personnalité, d'autant plus pédantesque et gourmée qu'elle se sent plus incapable de justifier ses prétentions. Celle de M. Béclard ne s'écrit pas sur le bureau, elle va se pourvoir à l'amphithéâtre, à l'hôpital, se compléter au laboratoire; elle s'éclaire par la discussion entre esprits indépendants et compétences spéciales, par la recherche de toutes les sources d'instruction, nationales et étrangères; ne craint pas, sans le vouloir ralentir, de se mêler au courant qui pousse vers les découvertes... Telle est la critique qu'on peut avouer, dont on voudrait soi-même avoir plus souvent offert l'exemple, et dont il est juste de louer hautement ceux qui, comme M. Béclard, s'appliquent constamment à en donner l'édifiant et profitable spectacle.

Aussi, malgré quelques parties encore trop sommairement rédigées, et quoique nous lui gardions une petite rancune d'auteur pour certaines lacunes que nos indications lui eussent, ce nous semble, permis de combler avantageusement, le livre de M. Béclard poursuivra le cours de ses succès. Rapidement et définitivement devenu classique, il a d'abord le précieux avantage de se vendre au même moment où d'autres s'annoncent, d'être dans les rayons de la librairie pendant que ses rivaux *gémissent*, — c'est ici le mot propre, — depuis si longtemps sous la presse. Mais cette sorte de supériorité, ou plutôt d'antériorité, n'est que le moindre de ses mérites. Si nous l'avons signalée, c'est parce qu'elle a permis de mettre entre les mains des étudiants et des docteurs un moyen de vulgarisation de la plus intéressante des sciences, qui manquait encore à notre époque, et dont le perfectionnement, très sensible cette fois, est destiné à influer de la manière la plus heureuse sur le niveau des connaissances physiologiques.

P. DIDAY.

Atlas des maladies de la peau. Texte par le professeur F. HEBRA; figures par M. A. ELFINGER. Publié par l'Académie impériale des sciences de Vienne. Typographie de l'Imprimerie impériale. Vienne, 1856, chez W. BRAUMUELLER. 1re livraison, *Lupus*, 10 planches, grand in-folio.

Cet admirable ouvrage, à l'accomplissement duquel ont contribué, suivant la devise autrichienne, *Viribus unitis*, et un professeur célèbre en dermatologie et un artiste de mérite, et l'Imprimerie impériale, dont nous avons vu les magnifiques productions à l'Exposition universelle, ce musée pathologique des affections cutanées, œuvre assez importante pour que l'Académie des sciences de Vienne le prenne sous son patronage, vient répondre à une lacune de l'enseignement clinique des maladies de la peau.

En effet, toutes les universités n'ont pas, soit des hôpitaux assez vastes, soit des malades assez nombreux, soit des affections spéciales assez variées, pour que l'élève puisse apprendre à distinguer avec certitude les affections si diverses du derme et de ses dépendances.

Les préparations de cire, de papier mâché, de carton, etc., sont souvent d'utiles auxiliaires, mais on peut leur reprocher leur cherté, la difficulté d'en posséder un grand nombre exécutés par des artistes spéciaux; enfin il n'est pas aisé de les remplacer.

De nombreux atlas ont été publiés. Depuis Willan, MM. Alibert, Rayer, Cazenave, en France; Behrend, Struve et Nolte, en Allemagne; Bateman, Watson, etc., en Angleterre; Boeck et Danielssen, en Norwége, ont tenté avec plus ou moins de succès de faciliter à l'élève l'étude des maladies de la peau, de permettre au professeur la comparaison de leurs nombreuses variétés; mais, il faut le dire, le défaut de ces planches est d'être incomplètes. Non pas que toutes les affections cutanées n'aient été représentées; mais leurs divers stades n'ont pas été démontrés. Combien de fois le diagnostic ne sera-t-il pas défectueux, parce qu'on n'aura pas dans la tête la filière des métamorphoses d'une même maladie? On représentera, par exemple, un beau cas de lupus, alors que l'ulcération ou la tuberculisation auront acquis leur summum d'intensité; l'élève ne pourra pas suivre ce petit épaississement de la peau légèrement indurée, de couleur sombre, luisant, ou cette croûte peu considérable qui va s'étendre et tout durcir. Ainsi donc, il fallait ne pas se contenter de donner le résultat, mais montrer le développement, la marche et le mode de guérison de toutes les affections cutanées, qui, véritables Protées, se jouent si fréquemment de la perspicacité du praticien.

M. Hebra est, on le sait, depuis 1841, à la tête d'un des plus beaux services de l'Allemagne, et là, dans l'hôpital ou à la consultation, il voit venir de tous côtés de nombreux malades réclamer ses soins. Depuis 1843, M. A. Elfinger, un véritable artiste, a dessiné, pour le professeur viennois, chaque cas intéressant, chaque particularité instructive. Ce ne sont point des réductions; tout est imité en grandeur naturelle. Il nous a été donné de voir la nombreuse et rare collection de M. Hebra; et, en même temps que son brillant enseignement et son incontestable autorité en dermatologie rendent ses leçons si attachantes, nous avons pu juger de l'immense utilité de ces nombreux auxiliaires, véritables sujets, toujours prêts et toujours les mêmes, de ces dessins qui ne dépareraient pas la galerie d'un amateur.

Dirigée par M. le conseiller Auer, dont les reproductions par la nature (*Naturselbstdruck*) ont fait connaître le nom en France,

l'exécution des planches a été ce que l'on devait attendre de l'Imprimerie impériale de Vienne : quelque chose de complet, de soigné et de brillant. Enfin, M. de Baumgartner et le Mécène autrichien, M. le baron de Kübeck, ont contribué à l'édition de cette production à la fois scientifique et artistique, qui surpasse de beaucoup tout ce qu'on a produit jusqu'à ce jour.

Les dix premières planches ont rapport au *lupus*. Cette maladie, connue de Celse, de Galien, d'Oribase, d'Avicenne, sous les noms d'*ulcera chironia*, *telephia*, *pladara*, *phyparon*, etc., a été baptisée par Joh. Manardus (de Ferrare), qui, suivant l'habitude de nos ancêtres de comparer les affections cutanées à des animaux (*tinea*, *formica*, *cancer*, *elephantiasis*, *leontiasis*), lui donna le nom de *loup :* « Quasi lupus proximas sibi carnes exedit, » et non, comme le veulent quelques auteurs, parce que la figure du malade ressemble à celle d'un loup. Les premières observations de Manardus portent, en effet, sur des ulcérations des extrémités inférieures. (*Opus*, Joh. Manardi, etc., Bas., 1500.)

Mais c'est à Willan que nous devons la première description complète du *lupus*. Sa manière de voir et cette dénomination furent acceptées par la plupart des dermatologistes, et il n'y eut guère que J. Frank qui conserva, avec Alibert, le nom de *dartre rongeante*, *herpes exedens*, *esthiomène*, etc.

M. Hebra considère comme deux maladies différentes le *lupus* de Willan et le *lupus erythematosus* de Cazenave ; mais il s'est promis de « ne pas créer de noms nouveaux pour une maladie ancienne, » et de ne pas embarrasser la nomenclature si embrouillée des affections cutanées de dénominations spéciales.

Il divise le lupus de Willan en deux variétés : *lupus vulgaris* et *lupus serpiginosus*, et range dans cette dernière catégorie ce qu'on a décrit sous les noms d'*esthiomenes obambulans*, de *syphilis cutanea serpiginosa*, et de *radesyge*, *scerlievo*, *falcadina*, etc. Bien distinct de cette première division se trouve le *lupus erythematosus* de Cazenave, érythème centrifuge de Biett.

Notre intention n'est pas de suivre le célèbre professeur dans la description de ces diverses variétés, description rendue si aisée par les figures au trait et numérotées accompagnant les planches coloriées et facilitant la compréhension des détails. Nous y renvoyons le lecteur, et nous espérons une prochaine continuation de ce travail si complet, appelé peut-être à provoquer une révolution dans les systèmes trop compliqués et trop nombreux de dermatologie. On a créé beaucoup de noms parce qu'on ne pouvait pas se comprendre, et chaque auteur trouvait des nuances pour distinguer sa maladie de celle décrite par un autre dermatologiste éloigné de lui. Les planches de M. Elfinger, le texte si clair et si lucide de M. Hebra, les magnifiques chromo-lithographies de M. Auer, ne contribueront-elles pas à faire ouvrir les yeux, à concilier et à convaincre les trop nombreux saint Thomas de la dermatologie?

Plût au ciel que la clarté pénétrât dans ce fouillis de synonymies, et qu'en voyant ainsi la nature en tout temps et toujours la même, on pût faire des descriptions lucides au lieu de systèmes nouveaux, et établir sur les données de Willan, à l'aide de connaissances anatomo-pathologiques facilitées par le microscope et une saine observation, les bases d'une pathologie et d'une thérapeutique scientifiques des maladies de la peau.

PAUL PICARD.

VII.

VARIÉTÉS.

M. le docteur Pictet, l'un des doyens de la médecine lyonnaise, a succombé le 4 janvier dernier, après une longue carrière médicale honorablement remplie.

— Les médecins de Saint-Étienne (Loire) viennent de constituer une Société de médecine. Voici la liste des honorables confrères qui composent son bureau :

MM. Escoffier, président ; Vial, vice-président ; Maurice, secrétaire ; Garapon, vice-secrétaire ; Besson, trésorier.

— Depuis la déclaration de guerre à la Perse, le nombre de médecins desservant de l'armée anglaise des Indes va être considérablement augmenté. Les appointements attachés à ces fonctions s'élèvent de 42 à 70 livres sterling, soit 1,050 à 1,750 fr. par mois.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ALLGEMEINE MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG. — Nos 88 à 98. — 89. Sur les altérations des valvules du cœur, par *Bamberger*. — 96 à 98. Deux cas rares de maladie, par le professeur *Huss*.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT F. PSYCHIATRIE. — 13e vol. 4e cahier. Remarquables cas de guérison dans les maladies mentales, par *Snell*.

ARCHIV F. PATHOLOGISCHE ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE, de Virchow. — Nov. 1856. Recherches physiologiques sur l'action de quelques poisons (fin), par *A. Kölliker*. — Sur la prétendue exostose du gros orteil, par *R. Volkmann*. — Cholestéatome du frontal, par *Esmarch*. — Sur l'état des nerfs dans les parties enflammées ou dégénérées, par *Wundt*. — Sur la dégénérescence graisseuse dans les centres nerveux, par *Virchow*.

ARCHIV F. PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE, de Vierordt. — Novembre 1856. Contribution à l'étude de l'anatomie normale et pathologique de la portion vaginale, par *Wagner*. — Atrophie primitive et circonscrite de la peau, par *Reuss*. — Structure des valvules semi-lunaires du cœur, par *Luschka*. — Contribution à la physiologie de l'urine, par *Kaupp*.

DEUTSCHE KLINIK. — Nos 44 à 48. — 44 et 45. Névroses des organes excréteurs de l'urine, par *Helfft*. — 46. Désarticulation coxo-fémorale, exécutée avec succès, par *B. Beck*. — 47. Sur la valeur des amputations du pied, par *Heyfelder*. — Contribution à l'étude de la maladie d'Addison, par *Mettenheimer*. — 48. Quelques considérations sur la nouvelle électrothérapie au point de vue physico-physiologique, par le professeur *A. Fick*. — Sur le climat de l'Égypte et son influence sur les malades, par *Nitzch*.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT F. D. STAATSARZNEIKUNDE. — 9e vol., 1er cahier. — Sur la viabilité de l'enfant, par *Böcker*.

JOURNAL F. KINDERKRANKHEITEN. — Septembre, Octobre, Novembre et Décembre 1856. Le sclérème des nouveau-nés, par *J. Bierbaum*. — Sur les difformités congénitales et non congénitales des pieds, et particulièrement sur les convulsions et paralysies qui les déterminent, par *W. Adams*.

ŒSTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT FUER PRACTISCHE HEILKUNDE. — Nos 43 à 50. — 43. Réminiscences des hôpitaux civils et militaires de la Finlande, par *Heyfelder*. — 44. Sur la guérison radicale du trichiasis, par le professeur *Nagel*. — Sur les signes de l'empoisonnement par la strychnine, par *Schneller*. — 47 et 48. Sur l'écrasement linéaire et son emploi d'après des expériences personnelles, par *Lewinsky*. — 50. Nouvelles expériences sur le traitement des angines couenneuses, par *Lussmsky*.

VIERTELJAHRSCHRIFT F. DIE PRAKTISCHE HEILKUNDE. — 1856. 1er cahier. Contribution à l'appréciation de la bronchotomie et des états pathologiques qui l'indiquent, par le professeur *Pithi*. — Sur les fistules laiteuses, par *A. Meissner*. — Sur la variole hémorrhagique. par le professeur *Löschner*.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — Nos 46 à 49. — 46 et 47. Sur les abcès du foie, par le professeur *Rigler*. — 48. Grossesse double, par *Pohl*. — 49. Cas remarquable d'adhérence complète du prépuce avec le gland, par *Lederer*.

WOCHENBLATT DER ZEITSCHRIFT. — Nos 47 à 51. — 47. Sur l'exanthème du typhus et ses rapports avec la scarlatine. — 48. Un trachéotomie, par *Ulrich*. — 49 et 50. Cas d'ectopie d'un cristallin d'une petitesse anormale, par *Stelwag* v. *Corion*. — 51. Un cas rare de cancer du rein, par *Urag*.

ZEITSCHRIFT F. WISSENCHAFT. ZOOLOG., de Sieboldt. — VIIIe vol., 4e cahier. Quelques considérations sur les terminaisons des nerfs cutanés et la structure des muscles, par *Kölliker*.

ZEITSCHRIFT F. DIE STAATSARZNEIKUNDE, von Behrend. — 4e cahier 1856 et 1er cahier 1857. Sur la fabrication des allumettes phosphoriques et sur les dangers qu'elle présente pour les ouvriers, par *Sieber*. — Maladies des prisonniers, par *Paul*.

ZEITSCHRIFT F. KLINISCHE MEDIZIN, de Günsburg. — T. VII, 6e cahier. Sur la mort par embolie, par le professeur *Panum*. — Communications obstétricales, par le professeur *Levy*.

Livres nouveaux.

ANNUAIRE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DE LA FRANCE, par le docteur *Félix Roubaud*, 9e année, 1857, 1 vol. in-18 de 386 pages. Paris, Bureau de la France médicale. 4 fr.

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE de la ville de Paris et du département de la Seine, 28e année, 1857, 1 vol. in-18 de 608 pages. 3 fr. 50

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA FISTULE LACRYMALE, par le docteur *Costes*, in-8e de 88 pages. Bordeaux, impr. de Gounouilhou.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — **PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON,** Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 30 JANVIER 1857. — N° 5.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de S. Exc. M. le ministre de l'instruction publique et des ultes, en date du 30 décembre 1856, M. DE FONTAINE DE RESBECQ, soushef du bureau du personnel de l'enseignement supérieur, a été nommé fficier d'Académie.

— Par arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, n date du 20 janvier **1857**, M. BERTULUS, docteur en médecine, professeur suppléant attaché à la chaire d'anatomie et de physiologie de 'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, est nommé rofesseur adjoint de clinique interne près ladite École, en remplacement le M. d'Astros, dont la démission est acceptée.

M. PIRONDI, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant près l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, et sera attaché en cette qualité, à la chaire d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Bertulus.

— Par décret impérial en date du 21 janvier 1857, rendu sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. le docteur Auguste DUMÉRIL est nommé professeur de zoologie (reptiles et poissons) au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Duméril père, démissionnaire.

M. Duméril père est nommé professeur honoraire du Muséum d'histoire naturelle.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 19 au 30 décembre 1856.

283. VAUTRIN, Jean-Ernest, né à Paris (Seine). [*De l'adhérence anormale des paupieres entre elles et avec le globe de l'œil.*]

284. MOLINIÉ, Jérôme-Honoré, né à Séverac-le-Château (Aveyron). [*Du traitement de l'érysipèle.*]

285. SCHLOSS, Ernest, né à Paris (Seine). [*Importance pratique des classifications naturelles des affections cutanées.*]

286. CHOQUART, Eugène-François, né à Offoy (Oise). [*De l'utilité des corps gras dans l'alimentation.*]

287. THUILLIER, Auguste, né à Amiens (Somme). [*Des épanchements sanguins de cause traumatique situés dans le tissu cellulaire.*]

288. LABADIE DE LALANDE, Jean-Baptiste-Charles-Octave, né à Bordeaux (Gironde). [*De l'occlusion complète du conduit vulvo-utérin, et de ses rapports avec la menstruation.*]

289. GUIBET, Adolphe-Désiré, né à Amiens (Somme). [*De l'avortement.*]

FEUILLETON.

Lettre médicale.

Les expériences sur les animaux au point de vue moral et *de quibusdam aliis.*

Cher et honoré confrère,

Nous ne voudrions pas que vous nous prissiez pour un féroce, un buveur de sang, un tigre, un chacal, un vampire, une puce (et quoi de plus sanguinaire qu'une puce ?), ni que les petits enfants, en nous voyant suivre tranquillement notre chemin, emmitonné d'un paletot douillet, avec l'air béat d'un lendemain de numéro, se disent : voilà un grand scélérat, qui ne paraît pas seulement entendre le plus petit filet de voix vengeresse au fond de sa conscience ! Celui-là, certes, quand il était petit et qu'il n'avait pas encore le ventre proéminent, indice d'appétits carnassiers, a pendu son chat par les pattes, déplumé des oiseaux vivants ou donné des lavements salés à la pie de la maison; et le goût de toutes ces horreurs lui est resté, et voilà pourquoi il lie aujourd'hui l'œsophage à de pauvres chiens qui ne l'en avaient pas prié ! — Veuillez croire, cher et honoré confrère, que ce serait là un tissu de faussetés; nous avons peut-être pour les animaux un peu moins de cette tendresse partiale que M. Michelet pare de son imagination éclatante et de son style de rubis, dans son ingénieux livre de L'OISEAU; mais nous n'avons de mépris systématique pour rien de ce qui vit et respire, et il faut que nous nous expliquions à ce sujet avec la *Société régionale d'acclimatation* de Nancy, au nom de laquelle une lettre très obligeante nous a été adressée.

Cette lettre a été motivée par les quelques remarques que nous avons faites sur un passage de M. le professeur Fée, relatif aux vivisections (GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1856, p. 713, au *Feuilleton*), et que la Société a fait imprimer et distribuer. « Il ne s'agit plus, nous dit-on, ni de l'autorité d'un seul individu, à imagination plus ou moins poétique; ni de l'opinion sévère d'associations *ad hoc*, dominées par des personnes qui puissent être accusées de sensiblerie. La condamnation formulée contre le régime des vivisections

290. CAZAUBON, Jean-Baptiste, né à la Bastide (Hautes-Pyrénées). [*Question d'hygiène et d'économie rurale.*]

291. BONNEFOY, Eugène-Marie-Étienne, né à Lyon (Rhône). [*Des présentations du tronc.*]

292. PANAS, Jean, né à Céphalonie (Grèce). [*Quelques observations ajoutées à l'histoire du chlorate de potasse.*]

293. GUYAL, Jules, né à Nogent-le-Roi (Eure-et-Loire). [*Considérations sur la péritonite par propagation.*]

294. ERNOUL, Victor-Joseph, né à Saint-Brelade (Ille-et-Vilaine). [*Des déchirures du périnée dans l'avortement.*]

295. JOSEPH, Émile-François, né à Château-Gonthier (Mayenne). [*Des luxations du pied compliquées de plaies des téguments et de fracture de l'astragale.*]

296. LAJOYE, Thomas, né à la Charité-sur-Loire (Nièvre). [*De la péricardite aiguë.*]

297. JOZANSKI, Claude-André, né à Saint-Romain-de-Benet (Charente-Inférieure). [*Du sel marin comme aliment et comme médicament.*]

298. BAILLY, Étienne-Émile, né aux Motteaux-Château-Renard (Loiret). [*Recherches sur le diagnostic, la marche et le traitement des abcès de la fosse iliaque interne, consécutifs au mal de Pott.*]

299. LANDROT, Jean-Marie, né à Tulvy (Yonne). [*Du traitement des kystes de l'ovaire.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 29 janvier 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : PREMIER ENGAGEMENT SUR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE. — ACADÉMIE DES SCIENCES : PROPRIÉTÉS ANESTHÉSIQUES DE L'OXYDE DE CARBONE.

M. Malgaigne a clos la discussion relative au traitement des kystes ovariques ; il l'a close en en recommençant une autre. On se rappelle le vœu, formé par M. Velpeau, de porter devant l'Académie la question de la méthode sous-cutanée, principes et applications. M. Malgaigne, profitant des théories de M. Guérin sur la cause des accidents qui suivent quelquefois la ponction de l'abdomen et les injections vaginales, est entré immédiatement, enseignes déployées, en faisant feu de toute son érudition, de toute son expérience, de toute son habileté de parole, dans cette grande question de l'action de l'air sur les cavités closes, sur les plaies et sur les liquides physiologiques et pathologiques de l'organisme. La conclusion de ce discours, l'un des plus substantiels et des mieux dits qu'ait prononcés M. Malgaigne, surtout dans la première moitié, c'est que la nocuité de l'air a été, depuis des siècles, admise par les uns, rejetée par les autres, le tout après observations et expériences plus ou moins rigoureuses ; qu'on en est encore là aujourd'hui ; que le principe de la méthode sous-cutanée n'est pas mieux établi qu'il y a quelques centaines d'années, et que plusieurs des procédés de la méthode sont aussi de très vieille date.

M. Guérin a relevé le gant, avec une modération et une modestie que tout le monde a remarquées. Sans prétendre à une réplique en forme, il a maintenu que les opinions transmises à travers les âges sur l'action offensive de l'air n'avaient eu jusqu'à lui rien que d'empirique, d'incertain, de vague, qui ne pouvait servir utilement ni la science, ni la pratique. *Enfin Malherbe vint*, et le fait jusque-là soupçonné, confusément aperçu dans quelques-unes de ses manifestations, fut établi à la fois par l'expérience physiologique et par l'expérience thérapeutique, découvert dans toute sa généralité, analysé dans ses divers modes d'expression, fécondé au profit de l'art par l'étude des indications qui en découlent et par l'invention d'un grand nombre de procédés opératoires appropriés. En un mot, un principe certain fut substitué à un fait douteux, une méthode générale à quelques applications particulières, et tout un système de moyens, conçus en vue du principe et de la méthode, à des précautions grossières autant qu'insuffisantes. Voilà les prétentions de M. Guérin, autrement rendues, peut-être, qu'il ne les a exposées mardi, mais telles qu'elles ressortent de toutes ses publications. L'orateur a terminé en offrant à l'Académie d'exposer devant elle l'ensemble de ses vues, de ses expériences et de ses observations, et jour a été pris pour le mardi 10 février.

Dans cet état de choses, nous croyons convenable de surseoir à tout jugement. Encore bien que nous nous croyions suffisamment renseigné et sur la question historique, et sur la question scientifique, et sur la question pratique, nous ne voulons pas nous priver des lumières du débat. Dès que nous aurons entendu M. Guérin, nous prendrons la liberté de dire notre avis sur un des plus importants sujets qui puissent occuper le monde chirurgical. En attendant, nous résumerons, vendredi prochain, la discussion qui vient d'être close, en en retranchant tout ce qui est relatif à l'action de l'air sur les kystes et sur leur contenu.

— Les anesthésiques vont se multipliant. Après l'éther sul-

---

est le verdict d'une réunion d'hommes sérieux, habituellement occupés de la recherche du profitable et du positif. » Ainsi, la Société repousse les vivisections; elle les *condamne* absolument et sans réserve.

Nous remarquons d'abord que, lorsque la Société pose un principe aussi inflexible, elle se met en opposition formelle avec l'auteur même dont elle patrone l'opinion, dont elle fait l'adversaire des physiologistes vivisecteurs. M. Fée se hâte de reconnaître les services rendus par les expériences sur les animaux à la physiologie, à la pathologie, à la médecine légale, c'est-à-dire tout à la fois à la science, à l'art, à l'humanité, à la justice et à la morale. Dans l'esprit et dans la lettre, son article ne tend qu'à arrêter les *sacrifices inutiles*, les expériences *répétées* sans utilité manifeste, ou substituées à des moyens de démonstration inoffensifs et tout aussi concluants. Si j'étais roi de Naples, dit-il, l'expérience sur la célèbre *grotte des chiens* se ferait avec une bougie dont la flamme s'éteindrait dans la couche d'acide carbonique, et non avec un pauvre animal qu'on asphyxie à moitié dix fois par jour. Il y a loin de là aux proscriptions dont parle la lettre, et, comme M. Fée fait partie de la Société protectrice, il en résulte qu'il y a dans son sein au moins un membre qui ne s'y associe pas sans restriction.

Le fait est qu'on ne saurait aller au delà des termes indiqués par le savant professeur de Strasbourg sans porter à l'excès la protection des animaux, et même sans fausser jusqu'à un certain point le principe au nom duquel cette œuvre, en soi si excellente, a mérité de mettre en mouvement une Assemblée nationale et un grand nombre de sociétés particulières. Est-il vrai que beaucoup de vivisections n'ont d'autre but que la curiosité, que le désir de voir de ses propres yeux des phénomènes déjà constatés, déjà certains ? Est-il vrai, par exemple, qu'on a un peu abusé de l'arsenic et de l'acide prussique ? Est-il vrai que, dans ce genre de recherches, on ne mesure pas toujours la douleur avec toute la parcimonie possible ? Est-il vrai que de simples expériences de physique et de chimie pourraient parfois remplacer les tortures infligées aux animaux ? Oui, tout cela s'est vu, tout cela se voit encore, quoique plus rarement qu'il y a quinze ou vingt ans, à l'époque où Magendie

furique, le chloroforme; après le chloroforme, les éthers chlorhydrique, bromhydrique, iodhydrique, chlorhydrique chloré, sulfhydrique, tellurhydrique, cyanhydrique, sélenhydrique, nitreux, azotique, acétique, formique; après toute cette famille, la liqueur des Hollandais (mélange de chlore et de gaz oléfiant); après cette liqueur, l'aldéhyde; après l'aldéhyde, le formo-méthylal; après le formo-méthylal, le bisulfure de carbone; après le bisulfure de carbone, le naphte; après le naphte, le gaz acide carbonique; après l'acide carbonique, l'oxyde de carbone, qui vient d'être l'objet de deux communications successives à l'Académie des sciences et d'une lettre de M. Herpin (de Metz) à la GAZETTE DES HÔPITAUX (27 janvier 1857). Il faut s'attendre à ce qu'il en vienne d'autres, ne serait-ce que le gaz hydrogène carboné (bicarbure d'hydrogène), et le gaz chloroxycarbonique (chlore et oxyde de carbone combinés), dont l'action ne paraît pas différer beaucoup de celle de l'oxyde de carbone. Ajoutons que si l'on essayait successivement toute la série des éthers simples et toute celle des éthers composés et des acides viniques, on découvrirait probablement encore plusieurs substances capables de produire l'anesthésie (1).

Mais, sur ce point, il importe de prémunir les médecins contre des espérances trompeuses. La plupart des anesthésiques autres que le chloroforme, les éthers sulfurique, chlorhydrique, bromhydrique, chlorhydrique chloré, et acétique, l'aldéhyde, le formo-méthylal, le naphte, ou sont incertains dans leur action, ou sont des toxiques très dangereux, ou déterminent des effets différents de ceux qu'on recherche dans la pratique. Les éthers azotique et formique, par exemple, amènent une rigidité assez persistante des muscles du cou; l'aldéhyde, entre les mains de M. Simpson, outre qu'elle n'a produit que rarement l'insensibilité, a occasionné une toux fatigante. Le gaz acide carbonique, on le sait de reste, asphyxie. L'oxyde de carbone, qui exerce une action analogue, empoisonne promptement l'animal ou l'homme à qui on le fait respirer. M. Guérard a raconté dans les ANNALES D'HYGIÈNE l'histoire de M. Dupuis-Delcourt, qui en 1841, dans une ascension avec un ballon rempli d'un mélange d'hydrogène carboné et d'oxyde de carbone, perdit connaissance pour avoir respiré le gaz qui se dégageait par l'appendice du réservoir, et ne revint à lui qu'après la descente.

(1) Le *Morning-Post* de Londres annonçait dernièrement la découverte d'un nouvel agent anesthésique, qui serait *moins dangereux que le chloroforme*, et tout aussi actif. Il s'agit de l'*amméline*, que Liebig a obtenue en traitant le *melam* par l'acide chlorhydrique. Le melam est une substance contenue dans le résidu provenant de la distillation d'un mélange de 1 partie de sulfocyanure de potassium avec 2 parties de sel ammoniac.

Ce qu'il faut donc qu'on sache bien, c'est que les nouveaux anesthésiques ne peuvent être utilisés, si l'on veut être prudent, que pour l'emploi topique; par exemple, en douches sur l'utérus ou sur des plaies douloureuses. Les expériences rappelées par M. Ozanam (*Gaz. hebd.*, 1857, n° 2, p. 25), dans lesquels Samuel Witt a employé chez l'homme les inhalations d'oxyde de carbone mêlé d'air atmosphérique, sans produire d'accidents, ne suffisent pas à rassurer pour l'avenir. C'est d'ailleurs comme médication locale que M. Herpin envisage l'emploi qu'on fait depuis longtemps en Allemagne du gaz acide carbonique, et que M. G. Tourdes recommande l'usage de l'oxyde de carbone. Et il ajoute cette remarque que nous nous empressons de relever : « En constatant l'action anesthésique de l'oxyde de carbone, c'est un devoir de signaler en même temps les dangers qui résultent de la forme gazeuse et de la difficulté d'application de cet agent, afin de ne point porter la responsabilité des accidents qui pourraient survenir un jour. »

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA THYROÏDITE (*Goître aigu*) ET DU GOÎTRE ENFLAMMÉ (*Goître chronique enflammé*), par L.-J. BAUCHET, docteur en médecine, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Mémoire présenté à la Société de médecine du département de la Seine, le 25 juillet 1856.

(Suite. — Voyez les numéros 2 et 4, tome IV.)

V. Diagnostic.

L'étude des complications nous conduit naturellement au diagnostic de la thyroïdite. Ce chapitre est, en quelque sorte, le résumé des précédents. C'est un tableau d'ensemble. Nous passerons successivement en revue :

1° Le diagnostic du goître aigu, à son début et à une période plus avancée;

2° Le diagnostic de l'inflammation entée sur un goître préexistant;

3° Le diagnostic différentiel de la thyroïdite et des maladies qui peuvent la simuler, surtout du goître suffocant;

4° Le diagnostic des complications de cette maladie.

---

avait allumé dans la jeunesse médicale une vraie fièvre de vivisection. Jusque-là, nous nous entendons parfaitement avec les protecteurs modernes. Ce sont des abus à réprimer. M. Fée a une belle parole sur la somme de douleur que peut accumuler une expérience : « L'homme s'évanouit, dit-il, l'animal ne s'évanouit jamais. » Nous ajouterons que, chez l'animal, les assauts de la douleur ont tout le déploiement, toute la vivacité que comporte la sensibilité des tissus lésés, parce qu'il ne jouit pas de cette faculté interne que, chez l'homme, on appelle la force morale. Il n'y a pas encore eu de stoïciens parmi les chiens et les lapins, et, pour toute cette gent, la douleur est un mal incontestable.

Mais voici la question. En cas d'utilité bien constatée, est-on coupable de pratiquer sur l'animal une expérience ou douloureuse ou susceptible de troubler gravement quelque fonction essentielle de l'organisme? Car on remarquera que les vivisections ne sont pas seules en cause, n'étant ni plus douloureuses, ni même plus sûrement mortelles, que certains autres modes d'expériences, que certains empoisonnements, par exemple. Si l'on répond par la négative, on fait le procès à une foule de notions d'anatomie comparée, de physiologie comparée et même humaine; on répudie la toxicologie presque tout entière; on reproche à la thérapeutique bon nombre de ses acquisitions les plus positives et les plus profitables. On ne veut pas précisément brûler la bibliothèque du médecin, mais on déclare qu'elle ne vaut pas le prix qu'elle a coûté. Voyons pourtant. Réduisons la question à quelques points bien simples.

Il importe au plus haut degré de savoir si un nerf préside au sentiment, afin d'être assuré que c'est lui qui souffre dans la névralgie de la partie à laquelle il se distribue, et que conséquemment, en le coupant, on pourra espérer de guérir la névralgie; ou si contraire ce nerf préside au mouvement, afin d'avoir la certitude que c'est lui qui est affecté dans l'état paralytique de la même partie, qu'il convient dans ce cas d'y porter l'excitation électrique, et que dans les opérations pratiquées sur cette région il faudra le respecter sous peine d'amener une paralysie. En un mot, la notion qu'on cherche permettra, et de faire beaucoup de bien à l'homme, et d'éviter de lui faire beaucoup de mal. Or, il n'y a guère que

§ I.— Au début, douleur dans un point fixe, au niveau du corps thyroïde; douleur dans les mouvements du cou et du larynx; une attitude caractéristique de la tête. Les malades redoutent le moindre mouvement et tiennent la tête et le cou dans l'immobilité la plus grande ; ils redoutent les mouvements de déglutition, à cause des mouvements du larynx, et partant du corps thyroïde ; ils avalent avec difficulté, même leur salive ; rien du côté des amygdales, du voile du palais, du pharynx, etc. A ces symptômes se joignent les phénomènes généraux que j'ai signalés plus haut.

Bientôt, tumeur bien limitée, bien circonscrite, occupant le siége normal du corps thyroïde, montant et descendant dans les mouvements du larynx ; sans rougeur à la peau et aux parties voisines. Plus tard, mêmes signes, auxquels il faut ajouter de la rougeur à la peau, de la fluctuation; ou bien une douleur moins vive à la pression, et une tumeur plus ou moins dure, plus ou moins volumineuse, suivant que la maladie va se terminer par suppuration ou marche vers la résolution.

La tumeur occupe-t-elle tout le corps thyroïde? Elle est placée sur la ligne médiane et sur les parties latérales de la trachée. A-t-elle envahi un seul des lobes de cette glande? Elle est située sur un des côtés de la trachée, s'avançant plus ou moins, d'une part, vers la ligne médiane, et d'autre part, sous le muscle sterno-mastoïdien du même côté. A part ces symptômes, qui dépendent de l'étendue de la lésion, les phénomènes sont, dans tous les cas, ceux que j'ai signalés tout à l'heure.

§ II. — Si l'inflammation s'est développée dans un goître préexistant, aux signes que je viens de rapporter, tirés du siége, de la position, du voisinage, de l'état général, viennent s'ajouter les commémoratifs. — Depuis un temps plus ou moins long existait une tumeur indolente, qui s'était développée spontanément, lentement, et qui s'est enflammée. La tumeur est tendue, plus ou moins rouge, douloureuse à la pression, avec empâtement dans le voisinage, avec ou sans fluctuation, suivant que l'inflammation a envahi un goître kysteux ou un goître hypertrophique. L'observation n° V nous en a donné un bel exemple. Si les malades ne s'étaient pas aperçus, avant le début du travail inflammatoire, de l'existence d'un goître, le diagnostic serait toujours au moins celui d'un goître aigu.

Cependant, même dans cette hypothèse, si le médecin était appelé dès le début des accidents, il pourrait encore, en faisant attention au volume de la tumeur, à l'intensité et à la durée des symptômes inflammatoires, arriver à un diagnostic presque certain. Et cette précision ne serait pas inutile, car on pourrait tirer de ce diagnostic des indications pour le pronostic et le traitement. Toutes choses égales, d'ailleurs, le pronostic est plus grave quand l'inflammation est entée sur un goître préexistant; la tumeur, si elle est liquide, a plus de tendance à marcher vers la suppuration, et, si elle est solide, elle offre moins de chances de disparaître complétement par la résolution. Cette circonstance doit se présenter rarement, et l'on peut dire hardiment que le diagnostic est facile, plus facile encore que quand il s'agit d'une thyroïdite aiguë simple.

§ III. — Comme on vient de le voir, le goître aigu a des symptômes bien tranchés ; le goître chronique enflammé présente aussi des signes caractéristiques : aussi, je serai bref sur le diagnostic différentiel de cette affection.

Au début, si l'on peut songer à une *angine* plus ou moins intense, à cause de l'attitude des malades et de la difficulté, de la crainte des mouvements de déglutition, l'inspection de la gorge lèverait tous les doutes, si l'on n'avait pas déjà, pour se guider, la douleur siégeant dans un point fixe. Que s'il existait en même temps une angine et une thyroïdite, les signes tirés de l'inspection de l'isthme du gosier feraient défaut à la vérité ; mais la douleur au niveau du corps thyroïde, et bientôt le développement d'une tumeur dans cette région, suffiraient pour établir le diagnostic.

Une *laryngite* a des symptômes bien tranchés dans la voix, etc.

Une *trachéite* retentit sur les bronches et le larynx, s'accompagne d'une anxiété plus grande, et, dans ce cas comme dans le cas précédent, il n'y a point de tumeur.

Une *inflammation ganglionnaire ?* Mais le siége de ces deux altérations n'est pas le même.

Pourrait-on songer à un *abcès simple?* Il suffit de faire attention à la marche de la maladie pour éloigner cette idée. La peau, dans la thyroïdite, n'est pas rouge et tendue, et la tumeur siége plus profondément. Le contraire se remarque dans les abcès. Outre que les abcès chauds sont rares dans cette région, les mouvements de la déglutition seront, dans ce cas, bien moins pénibles, et il existera une tuméfaction générale, un empâtement du tissu cellulaire sous-cutané, qui envahira promptement toute la région sous-hyoïdienne et qui ne pourra laisser aucun doute dans l'esprit. Cependant il

---

deux moyens de l'acquérir : ou de constater le fait par une expérience directe, une vivisection ; ou d'attendre la démonstration du temps et du hasard. Si c'est le premier moyen qu'on adopte, on nous accordera bien qu'il vaut mieux faire souffrir un chien qu'un homme; si c'est le second, outre que la démonstration pourra être moins péremptoire, il y aura au moins une victime ; ce sera, par exemple, le malade auquel on aura enlevé le nerf facial dans l'extirpation d'une tumeur ; il y en aura beaucoup d'autres, à savoir, tous les sujets qui auraient pu tirer bénéfice de la notion si elle eût été trouvée plus tôt. Le sacrifice de quelques animaux vaut-il ce sacrifice d'hommes ?

Voici quelque chose de plus grave. Telle substance est-elle toxique? A quelle dose l'est-elle? Par quels symptômes et quelles lésions manifeste-t-elle son action sur l'économie? Quel en est le contre-poison? L'essai de cette substance sur un animal lui causera d'atroces douleurs et le tuera probablement à petits coups ; mais si l'essai réussit, si la science y puise de nouvelles lumières, ne quittez pas le point de vue des sociétés protectrices, le point de vue humanitaire, et comptez les avantages. Un empoisonnement qui eût été une énigme pour le médecin sera reconnu aux signes révélés par l'expérience, et traité selon les règles : voilà un homme sauvé ! Le poison a été donné par une main criminelle ; il a tué ; sans l'expérience, la justice eût été désarmée : mais la chimie va saisir ce poison dans les entrailles de la victime, dans la trame de ses tissus, et le montre aux juges, qui n'hésitent plus à frapper. Est-ce seulement l'intérêt social qui est par là sauvegardé ? Non, c'est encore la vie des hommes; car qui sait tous les méfaits qu'eût amenés l'impunité, méfaits du coupable méconnu, méfaits de ceux que l'exemple eût entraînés ? Enfin, le poison connu, ses effets constatés, son remède trouvé, la loi et l'autorité administrative s'en emparent, la première pour le soumettre aux mêmes règles de vente que toutes les autres substances vénéneuses, la seconde pour ordonner et surveiller l'application de ces règles. Résultat : un nombre indéfini de malheurs évités, non plus aux lapins, aux cabiais ou aux grenouilles, mais à ceux qui ont été créés à l'image de Dieu.

peut se présenter un cas embarrassant. Un abcès froid, situé dans la région qui nous occupe, peut s'enflammer et faire croire à un travail inflammatoire développé dans un goître préexistant. Je ne connais pas une seule observation que je puisse invoquer à l'appui de cette hypothèse ; mais ce fait peut être rencontré. Or, cet abcès froid tiendrait à une altération de voisinage, que l'on pourrait reconnaître aisément, et jamais cet abcès ne revêtira franchement la marche et surtout la forme, le siége, les symptômes tirés des mouvements du larynx, et que nous avons décrits dans le goître chronique enflammé.

On peut rencontrer aussi dans cette région une inflammation, une *myosite* d'un ou des deux sterno-mastoïdiens. Il suffira, pour éviter l'erreur, de faire attention au siége précis de la douleur, au siége et à la forme du gonflement, à la marche de la maladie. La myosite des sterno-mastoïdiens est rare : j'en ai vu un bel exemple en 1853, dans le service de M. le professeur Velpeau. Le diagnostic n'était pas difficile, et pas un seul instant je n'ai songé à une affection de la glande thyroïdienne.

J'arrive à une maladie qui a quelque ressemblance avec la thyroïdite : je veux parler du *goître suffocant*. Cette affection, qui fait souvent le désespoir des chirurgiens, tire son nom des symptômes qu'elle provoque : tumeur occupant le corps thyroïde, plus ou moins volumineuse, régnant en général sur la ligne médiane, cachée en partie par le bord supérieur du sternum; sentiment de suffocation, raucité dans la voix, augmentant par la pression. Point de douleur à la palpation, point de rougeur, point de fièvre ; développement lent, insensible, graduel. Ce court exposé suffit pour montrer tout de suite que le diagnostic ne sera pas embarrassant.

En supposant même qu'un goître qui offre le cortége des symptômes que j'ai signalés vienne à s'enflammer, on pourra établir le diagnostic plus facilement encore, si c'est possible, que s'il s'agissait d'un goître hypertrophique ou kysteux pur et simple, en se fondant principalement sur les antécédents et les symptômes de suffocation.

Cette variété de goître, qui a été le sujet de bien des travaux, parmi lesquels je signalerai ceux de M. Bonnet (de Lyon), pourrait à elle seule fournir matière à un intéressant mémoire. Je me bornerai, à la fin de ce travail, à rapporter une observation que je dois à l'extrême obligeance de mon bon maître M. Gosselin, et que je ferai suivre de quelques courtes réflexions, à l'appui de ce que je viens d'avancer.

Au moment où se développe la suppuration, surtout quand l'inflammation a envahi un goître préexistant, il faut se tenir en garde contre une cause d'erreur : je veux parler de la pseudo-fluctuation de certaines tumeurs thyroïdiennes. Cette fausse fluctuation tient à plusieurs causes : tantôt à la présence d'une substance molle, demi-liquide, comme du sang un peu concret, tantôt à une certaine mollesse du tissu du goître lui-même. Il n'est pas toujours facile de bien fixer le corps thyroïde, et, partant, de bien distinguer la vraie fluctuation de la fausse fluctuation.

Un exemple fera bien comprendre toute ma pensée. Je le tire encore des salles de chirurgie de M. Velpeau. Il y a quelques mois, une jeune femme, portant un goître à peu près du volume du poing, entre à l'hôpital de la Charité. Cette tumeur était bien limitée, bien saillante et franchement fluctuante. Ponction avec le trocart à hydrocèle : il sort à peine quelques gouttes d'un liquide rougeâtre, brun, filant. Inflammation au voisinage de la ponction.

Il se forme un petit abcès qui fournit à peine quelques cuillerées à café de pus. L'abcès se ferme, et la tumeur a diminué petit à petit. Aujourd'hui, elle a à peine le cinquième du volume qu'elle présentait lors de l'entrée de la malade à l'hôpital. Je tiens ce dernier renseignement de M. Lhonneur, interne de M. Velpeau.

Or, lorsque l'abcès s'est développé, la tumeur était rouge, douloureuse et fluctuante : on aurait pu croire qu'il s'agissait là d'une vaste collection purulente, si l'on n'avait pas eu, comme guide, les antécédents.

Cette fluctuation trompeuse s'explique, quand on songe que certains goîtres sont formés par une série d'épanchements sanguins occupant des loges distinctes, que la partie liquide du sang se résorbe, et qu'il reste une matière hématique demi-liquide. Quand on vient à inciser de pareilles tumeurs, la coupe ressemble à une tranche de pomme de grenade. Il faut être prévenu de ce fait et ne pas le perdre de vue. Quand un pareil goître vient à s'enflammer, s'il reste quelque doute dans l'esprit, si l'on ne sait pas bien si l'on a affaire à un goître franchement liquide, enflammé, ou à une de ces tumeurs insidieuses, une ponction exploratrice lèverait tous les doutes. J'ai insisté sur ce fait, parce qu'il est important d'établir un bon diagnostic. On serait tenté avec raison d'ouvrir largement un kyste thyroïdien enflammé : il faut éviter une incision large dans de semblables foyers, et, par suite, une suppuration nécessairement longue et de mauvaise nature.

§ IV. — Pour compléter le tableau, disons quelques mots

En résumé, quoi qu'on puisse dire, si l'on ne se confine pas systématiquement dans la région du sentiment et si l'on veut bien substituer à un culte aveugle pour la créature un point de vue plus pratique, on se convaincra bien vite que la question se pose entre deux ordres de sacrifices : le sacrifice des animaux et celui de l'homme ; on s'assurera de plus que le nombre des hommes soustraits à la mort, à la douleur, aux infirmités, sur toute la terre, dans la série des temps, par le bienfait des expérimentations physiologiques, dépasse de beaucoup celui des animaux torturés. Que si l'on invoquait sérieusement pour l'animal, et avec l'absolu qu'on sait, le droit de vivre, et si l'on contestait à l'homme le droit de le faire souffrir et mourir, sans considération des intentions, du but et du résultat, nous ne demanderions pas seulement pourquoi les espèces animales, du haut en bas de l'échelle, se nourrissent les unes des autres, ni s'il est beaucoup mieux de tuer un animal pour le manger, de le soumettre à des pratiques barbares pour engraisser son foie, en un mot, de s'en servir pour vivre, et vivre plantureusement, que de le tourmenter pour apprendre à vivre en bonne santé; nous irions plus loin, jusqu'à Londres, à l'adresse de M. Cobden, à qui nous insinuerions de sommer tous les membres de sociétés protectrices des animaux de s'inscrire contre le droit de la guerre ; car le droit absolu de fusiller son semblable n'est pas plus clair que celui de tuer un chien. Notez que ces sociétés sont pleines d'hommes de guerre, et que la loi que vous connaissez porte le nom d'une brave épée.

Donc, cher confrère, continuez en paix vos vivisections; mais continuez-les avec la mesure, avec la retenue que doit commander une nécessité pénible; expérimentez avec le sentiment qu'apportait Vésale dans ses dissections, quand il demandait pardon à Dieu de profaner sa créature.

Passons à d'autres sujets moins sérieux.

(*La suite prochainement.*)

A. Dechambre.

du diagnostic des complications de la thyroïdite. Elles sont faciles à reconnaître, surtout si l'on a assisté aux diverses phases de la maladie.

S'il se forme des gaz dans la tumeur, s'il survient un abcès de voisinage, si la suppuration est établie dans un foyer hématique, s'il se développe des accidents de phlébite ou d'intoxication purulente, si le larynx, si la trachée s'enflamme, aux signes propres à la thyroïdite viennent se joindre d'autres symptômes. Dans le premier cas, il suffit de palper, de percuter légèrement la tumeur. On perçoit une sensation particulière, et surtout on entend une résonnance et un craquement particulier et caractéristique dans la tumeur. Rien n'est facile à constater comme la présence de gaz dans un foyer, surtout dans un foyer en suppuration.

S'il se développe un abcès au voisinage du corps thyroïde, on a plusieurs signes pour en reconnaître l'existence. D'abord, si l'inflammation intense persiste au delà de huit à dix jours, si la fièvre continue, si des frissons se répètent à des intervalles plus ou moins rapprochés, c'est une forte présomption qu'on va voir se former un foyer quelque part. En même temps, la douleur augmente, la rougeur paraît, le tissu cellulaire ambiant se gonfle, se tuméfie, devient empâté, et bientôt se montrent les signes de la fluctuation.

Si l'abcès est sous-cutané, rien de plus aisé que d'en constater l'existence. S'il est situé plus profondément, comme dans beaucoup d'autres régions, on peut avoir quelque embarras à le bien reconnaître. C'est la durée de la maladie, le gonflement, la douleur, la fièvre, l'empâtement des parties voisines, et surtout la pression méthodique avec la pulpe du doigt, alors que l'autre main fixe la tumeur, qui conduisent le chirurgien et qui lèveront tous les doutes.

Si la suppuration envahit un kyste hématique, on aura, pour arriver à reconnaître cette complication, les antécédents et les signes que j'ai indiqués dans le chapitre précédent.

S'il survient des accidents de phlébite, de résorption purulente ou putride, on verra se développer les accidents généraux de ces terribles complications : frissons, état grisâtre de la plaie, abcès métastatiques, fièvre, etc.

Si le larynx, si la trachée sont atteints par l'inflammation, dans le premier cas, la douleur qui se manifeste au-dessus de la tumeur, les signes tirés de la voix, de la pression sur le corps thyroïde; dans le second, la douleur sourde, profonde, augmentant par le passage de l'air; le sentiment de sécheresse, d'anxiété, de brûlure que les malades ressentent le long de l'arbre aérien, la toux suffocante : tous ces signes viendront s'ajouter aux symptômes de la thyroïdite, et le diagnostic sera peu embarrassant. Les complications seront toujours plus faciles à reconnaître que la maladie elle-même.

VI. Pronostic et traitement.

Si je ne m'en rapportais qu'aux observations données au commencement de ce travail, l'inflammation du corps thyroïde ou d'un goître préexistant ne serait pas une maladie grave. Cependant, quand on songe à la structure, à la position du corps thyroïde, aux organes importants avec lesquels il est en connexion plus ou moins intime, on ne peut pas voir sans quelque crainte une semblable affection, et l'on s'explique sans peine que M. Cruveilhier ait avancé qu'*il fallait redouter la phlébite* et (l'on peut ajouter) l'*intoxication purulente* ou *putride*. Cependant, je ne connais pas d'observation qui puisse appuyer une semblable appréhension dans les cas de thyroïdite aiguë. Ces faits malheureux se sont surtout rencontrés pour les goîtres plus ou moins anciens, plus ou moins volumineux, dans lesquels s'est développée une inflammation accidentelle, ou provoquée par des moyens chirurgicaux ou des topiques irritants, etc.

Le PRONOSTIC varie suivant l'étendue, la durée, l'intensité de l'inflammation, suivant que la maladie est simple ou compliquée, suivant que les symptômes aigus se sont développés dans un corps thyroïde sain ou dans un goître préexistant; aussi peut-on établir un certain nombre de propositions qui se rapportent aux différents cas supposés.

La thyroïdite aiguë, franche, n'est pas grave, attendu qu'elle se termine ordinairement par résolution.

La thyroïdite aiguë, datant de plus de huit jours, est une affection plus sérieuse, parce qu'on a tout lieu de redouter la suppuration.

La thyroïdite qui occupe tout le corps thyroïde est plus grave que la thyroïdite partielle.

La thyroïdite suppurée offre tous les dangers d'une suppuration longue dans un organe abondamment pourvu de vaisseaux, limité par des aponévroses résistantes, surtout si le pus est mêlé de gaz ou s'est formé au sein d'un épanchement sanguin.

Lorsque l'on voit se développer un ou plusieurs abcès dans le tissu cellulaire du voisinage, ces accidents constituent une fâcheuse complication. Dans ce cas comme dans le précédent, les malades peuvent succomber par suite de résorption purulente ou putride, de phlébite, de fusées purulentes dans la gaîne des vaisseaux, dans les médiastins, le long de la trachée et des bronches, etc.

Lorsque la thyroïdite revêt la marche *subaiguë* ou *chronique*, elle peut se terminer par induration, et, le plus souvent, être le point de départ d'un goître hypertrophique, d'un goître suffocant, etc. Si cette affection ne compromet pas immédiatement les jours du malade, elle les expose du moins au développement d'une tumeur toujours difforme, souvent très gênante et quelquefois très dangereuse.

Lorsque l'inflammation s'empare d'un goître existant depuis un temps plus ou moins long, cet accident peut être excessivement grave, et, d'un autre côté, il peut amener la guérison de la tumeur qui en est le siége.

Les dangers résultent surtout de la nature, de l'abondance de la suppuration.

Si l'inflammation se développe dans un goître solide, hypertrophique, elle disparaît souvent sans amener la formation de pus, et le goître peut diminuer et même se résoudre complétement. Ce fait, quoique rare, a été observé.

Si l'inflammation envahit un goître liquide, kysteux, la nature fait, on peut le dire, ce que cherche à obtenir quelquefois le chirurgien, quand il tente la cure radicale de ce genre de tumeurs (obs. n° V).

Cette variété du goître enflammé donne lieu presque toujours à la suppuration. La suppuration sera d'autant moins abondante, et surtout d'autant moins redoutable, que le kyste contiendra une moins grande quantité de matière hématique.

L'inflammation entée sur un goître suffocant est, par-dessus tout, fort grave.

(La fin à un prochain numéro.)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 19 JANVIER 1857.—PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

CHIRURGIE. — *Note sur un instrument constricteur destiné à pratiquer la ligature par écrasement*, par M. *Maisonneuve*. (*Comm.* : MM. Velpeau, Morin et Jobert.)

CHIMIE APPLIQUÉE. — *Mémoire sur l'action anesthésique du gaz oxyde de carbone*, par M. G. *Tourdes*, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg. — L'auteur, dans ce travail, a pour but d'établir la spontanéité de ses recherches en constatant par les bulletins autographiés de son cours à la Faculté de médecine, qu'à la date du 15 février 1853, il avait déjà classé l'oxyde de carbone parmi les gaz anesthésiques, avec l'hydrogène proto-carboné, l'acide carbonique et l'hydrogène bicarboné. Le 18 décembre dernier, il a répété ses expériences en public ; le 31 décembre, une première application à la thérapeutique a été faite, comme conséquence de ses recherches, à une des cliniques de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Le point de départ de mes recherches, ajoute M. Tourdes, a été le fait suivant : essayant de déterminer l'action de différentes proportions d'oxyde de carbone, j'ai constaté qu'un certain nombre d'animaux, plongés dans un état de mort apparente, se remettaient facilement et pouvaient ainsi servir à de nouvelles expériences.

Les expériences sont faites, soit dans une cloche sur la cuve pneumatique, soit au moyen d'un appareil de caoutchouc, qui permet de prolonger et de suspendre à volonté l'action du gaz. On a expérimenté sur des lapins et sur des pigeons.

Les deux faits fondamentaux sont l'innocuité du gaz et son action anesthésique, analogues à celles du chloroforme et de l'éther. Un animal peut être anesthésié plusieurs fois de suite, et il se remet, après chaque expérience, promptement et complétement. Cette épreuve peut être répétée pendant plusieurs jours sur le même animal, sans que sa vie soit compromise. Les animaux soumis à l'action de l'oxyde de carbone sont plongés dans une anesthésie complète qui peut aller jusqu'à la mort apparente : insensibilité, résolution des membres, ralentissement de la respiration, aucun trait ne manque au tableau ; on peut prolonger cet état en continuant l'action du gaz.

Quand on prolonge l'action du gaz, l'animal succombe. Il faut s'arrêter dès que l'anesthésie est complète. La mort peut être brusque, avec cris et convulsions ; le plus souvent elle est douce. La transition est insensible du sommeil à la mort ; la respiration s'arrête, l'oxyde de carbone paraît tuer en paralysant les muscles respirateurs...

L'observation a déjà constaté que l'homme peut supporter sans périr l'action du gaz oxyde de carbone. Dans les hauts fourneaux où l'oxyde de carbone est employé pour certaines opérations métallurgiques, d'après le procédé d'Ebelmen, on a vu des ouvriers frappés d'asphyxie, c'est-à-dire d'anesthésie subite, revenir promptement à eux. Le 31 décembre 1856, comme application de mes recherches à une des cliniques de la Faculté, M. Léon Coze, agrégé, employa les douches utérines d'oxyde de carbone sur une femme atteinte de cancer ulcéré de la matrice et traitée inutilement par les injections d'acide carbonique. Sept douches d'oxyde de carbone ont été successivement appliquées. La malade a éprouvé quelques vertiges, les douleurs ont été calmées, l'injection n'a pas été suivie d'hémorrhagie, comme on l'avait observé par l'acide carbonique.

En constatant l'action anesthésique de l'oxyde de carbone, c'est un devoir de signaler en même temps les dangers qui résultent de la forme gazeuse et de la difficulté de l'application de cet agent, afin de ne point porter la responsabilité des accidents qui pourraient survenir un jour. (*Comm.* : MM. Flourens, Cl. Bernard, et J. Cloquet.)

CHIRURGIE. — M. *Bonnafont* adresse une note en réponse à une réclamation de priorité soulevée par M. *Alquié*, relativement à l'emploi du séton filiforme dans le traitement des bubons.

M. Alquié, dit l'auteur de cette note, déclare n'avoir commencé qu'au mois de novembre 1852 à faire usage du séton filiforme, et je puis prouver que dès le mois de mars 1851, j'ai eu recours à cette méthode à l'hôpital du Gros-Caillou... (*Comm.* : MM. J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 27 JANVIER 1857.—PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. La relation d'une épidémie de fièvre jaune qui a régné, en 1856, à bord de la corvette *la Fortune*, par M. le docteur *Dupuy*, chirurgien-major. (*Comm.* : MM. Louis, Gérardin et Beau.) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Fouquet* (de Vannes), sur des épidémies de fièvre typhoïde et de dysentérie qui ont régné, en 1856, dans l'arrondissement. — *c*. Cinq rapports de M. *Dehée* et *Fuzellier*, sur des épidémies de scarlatine et de fièvre typhoïde qui ont régné, en 1856, dans les arrondissements d'Arras et de Montreuil-sur-mer. — *d*. Un rapport de M. le docteur *Judrin* (de Sémur), sur une épidémie de dysentérie qui a régné dans la commune de Millery (Côte-d'Or), en 1856. (*Commission des épidémies.*) — *e*. Des rapports sur les travaux établis à la source de Marina (Haute-Marne), pour le captage des eaux conformément aux conclusions de la commission des eaux minérales. (*Commission des eaux minérales.*) — *f*. Le modèle d'un nouveau *pessaire télégraphique* de l'invention de madame *Coquillard*, sage-femme à Belleville. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2° L'Académie reçoit : — *a*. Des lettres de MM. *Becquerel*, *Bouchut*, *Boudin*, *Grassi* et *Vernois*, qui prient l'Académie de les comprendre au nombre des candidats pour la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale. (*Renvoi à la section.*) — *b*. Une note sur l'emploi des fumigations intra-pleurales après l'opération de la thoracentèse, par M. le docteur *Ancelet* (de Vailly-sur-Aisne). (*Comm.* : MM. J. Guérin et Trousseau.) — *c*. Une note sur des modifications apportées à la construction de l'appareil magnéto-électrique de M. le docteur *Duchenne* (de Boulogne), par M. *M. Deleuil*, ingénieur-mécanicien.

M. *H. Larrey* fait hommage à l'Académie d'un exemplaire du rapport qu'il a lu devant la Société de chirurgie sur le travail de M. le docteur *Clot-Bey*, relatif à l'éléphantiasis des Arabes et à la lèpre.

Discussion sur les kystes de l'ovaire.

M. *Malgaigne* : Messieurs, je ne suis pas de ceux qui pensent que cette discussion demeurera stérile. Je crois, au contraire, qu'il ressort de tout ce que vous avez entendu, qu'aujourd'hui les praticiens sont suffisamment autorisés à pratiquer l'injection iodée dans les kystes ovariques uniloculaires et à contenu limpide. Si le débat n'était pas sorti du cercle où l'avaient renfermé les premiers orateurs, je n'aurais pas cru devoir prendre la parole ; car M. Velpeau ne laissait plus rien à dire sur le traitement chirurgical de ces tumeurs. Mais, depuis quelques séances, la question a changé de face. On avait bien signalé les revers survenus à la suite des opérations pratiquées sur les kystes de l'ovaire ; mais on s'était peu soucié d'en rechercher les causes. Un nouvel orateur est venu vous dénoncer l'air comme coupable de tous ces accidents. Il a indiqué, en même temps, les moyens de prévenir l'entrée de ce gaz dans la cavité du kyste.

L'Académie a donc ouï disserter sur l'introduction de l'air dans le péritoine et dans les kystes ovariques, sur la façon de vider ces tumeurs sans s'exposer au danger ; puis sur un nouveau procédé de succion propre à modifier la sécrétion de la membrane interne de la poche et à favoriser l'agglutination des parois. Il paraît (car je n'assistais pas aux dernières séances) que plusieurs de ces assertions ont excité quelque surprise. Pour mon compte je n'ai aucunement été étonné de ce qui a été avancé. Écoutez ce que dit l'orateur : « Il faut prendre garde de se placer à un point de vue » différent de celui choisi par la personne que l'on attaque. » Le débat entre M. Velpeau et lui, qu'est-ce autre chose, sinon « la » manifestation, dans un cas isolé, de l'opposition radicale générale qui existe entre les deux ordres de procédés logiques et » d'esprits qui se partagent aujourd'hui la science... Les uns veu-

» lent la constatation directe, matérielle ; ils veulent que l'œil » rende témoignage à l'esprit... etc. : les autres pensent que c'est » là une abnégation de l'intelligence ; qu'on ne doit pas condamner » l'esprit au silence sous prétexte que les yeux, le goût et le tou- » cher ne lui ont pas permis de parler... »

On confesse que, « dans l'espèce, la constatation demandée par » M. Velpeau serait d'une grande valeur ; mais comme ici elle est » impossible, cela ne saurait empêcher de conclure. »

Quels sont ces procédés logiques ou, pour mieux dire, ces méthodes philosophiques auxquelles l'orateur a fait allusion ? Messieurs, vous avez nommé sans doute Bacon et Descartes.

A une autre époque, l'Académie s'en souvient peut-être, j'ai montré le caractère cartésien de la chirurgie du XVIIIe siècle, caractère qui fit sa puissance et sa faiblesse, en attendant que le génie vigoureux de J. Hunter la poussât dans d'autres voies. C'est donc le vieux spectre édenté du XVIIIe siècle qui vient porter le défi à la génération virile du XIXe ; c'est l'évidence en matière scientifique opposée à la démonstration ; c'est l'imagination mise à la place des faits, le roman à la place de l'histoire ; Descartes en lutte avec Bacon. Les drapeaux sont déployés ; que chacun reconnaisse le sien et s'y range.

Je me félicite de cette tournure nouvelle donnée aux débats ; nous échapperons ainsi à la lutte périlleuse des personnalités, et nous combattrons à l'aise sur le terrain des principes.

Et maintenant, que dirai-je de l'introduction de l'air dans le péritoine par les trompes et de sa sortie par l'estomac et le rectum ? Que dirai-je du procédé de la succion et de toutes ces théories ingénieuses qui ont été développées dernièrement à cette tribune ? Messieurs, pour Descartes tout cela est superbe, c'est plus beau que nature ; mais pour Bacon, ces assertions sans preuves, ces assertions qu'il n'est pas possible de démontrer expérimentalement, ce sont ces bulles de savon que les enfants se plaisent à voir miroiter au soleil. M. Velpeau s'est levé pour souffler dessus ; c'était peine inutile, il pouvait les laisser crever d'elles-mêmes.

Quel est le moyen que l'orateur a proposé pour éviter la pénétration de l'air dans les kystes ovariques ? C'est un procédé qui dérive de ce qu'il appelle la *méthode sous-cutanée*. Et quand M. Velpeau a demandé : qu'est-ce que la méthode sous-cutanée ? beaucoup se sont étonnés et récriés. La question de M. Velpeau n'a rien qui me surprenne ; car ici, messieurs, il y a deux choses bien distinctes : une grande, féconde et utile conception chirurgicale, qui n'a pas tardé à se traduire en fait, c'est la section sous-cutanée, que tout le monde comprend ; puis une théorie qui cherche à tout appliquer, une doctrine sur l'action malfaisante de l'air, doctrine qui n'est point basée sur l'expérience et qui n'est nullement de nature à satisfaire les esprits sérieux et positifs. C'est cette doctrine toute cartésienne de l'*aérophobie* que je vais essayer d'examiner à fond, de discuter, de combattre et de détruire même, s'il est possible, sans rien ôter à la portée ni à la grandeur de la méthode opératoire elle-même.

Tous les chirurgiens ont été frappés des différences que présentent les plaies dans leur physionomie et dans leur marche suivant qu'elles demeurent exposées à l'air ou qu'elles sont soustraites à son influence. Quelle est la cause réelle de ces phénomènes ? Si nous consultons l'histoire de la chirurgie, à cet égard, nous trouvons les chirurgiens partagés en deux camps : ceux qui attribuent ces modifications à l'air, ceux que j'appellerais volontiers les *aérophobes* ; ce sont les cartésiens de la philosophie chirurgicale : et ceux qui ne trouvant pas l'explication positive et en quelque sorte expérimentale du phénomène, se sont contentés de le constater, de conformer leur pratique au fait observé, sans se préoccuper d'une théorie qui en voulant tout éclaircir aurait pu tout embrouiller : ce sont les partisans de la méthode philosophique de Bacon.

A la tête des aérophobes, je vois Al. Monro qui, en 1771 et même dès 1758, enseignait que les accidents les plus graves des opérations devaient être bien plutôt attribués au contact de l'air qu'à la division des parties molles.

A l'appui de sa doctrine, Monro rapporte trois expériences et une série d'observations.

Voici le résultat très sommaire de ses expériences :

1° Il ouvre le thorax à un cochon d'Inde ; l'animal meurt en trente-six heures.

2° A un autre, il ouvre le thorax et l'abdomen : il se tait sur la suite de cette opération.

3° Sur six cochons d'Inde, il trouve que la compression cérébrale, la lésion de la dure-mère et la pénétration de l'air dans la cavité crânienne, augmentent beaucoup les dangers de l'opération du trépan.

Les observations sont-elles plus concluantes ? Vous allez en juger :

1° Un homme reçoit un coup de fleuret dont la pointe a été rougie au feu ; pas de douleur pendant trois jours : alors éclatent des symptômes graves ; le malade succombe le douzième jour. On trouve dans le péricarde cinq onces de pus, mais pas une bulle d'air ! Monro conclut que ces accidents mortels ont été provoqués par l'entrée de l'air dans la cavité péricardique.

2° Monro cite trois cas de rupture de l'intestin, suivie de tympanite et de mort : c'est encore l'air qui a tué ces malades.

3° Sur dix-huit sujets opérés de la taille sus-pubienne par Smith, huit succombent ; c'est toujours l'air, suivant Monro, qui est la cause de la mort.

Et quelles conséquences Monro et ses partisans tirent-ils de ces principes sur les dangers du contact de l'air ?

Ils veulent : 1° que dans toute opération de taille on écarte l'accès de l'air avec les plus grandes précautions, et que dans la taille sus-pubienne on pratique la suture de la plaie ; 2° qu'on adopte les mêmes préceptes pour l'opération césarienne et pour celle de la hernie étranglée ; 3° que, dans l'opération du trépan, on ne scie pas l'os en entier, afin de l'enlever ensuite avec des pinces ; 4° que dans la ponction du thorax pour les épanchements pleurétiques on prévienne l'introduction de l'air en bouchant soigneusement la canule ; 5° Bromfield, en 1773, avait imaginé une espèce de ponction sous-cutanée pour l'extraction des corps étrangers articulaires : car il recommandait, afin d'éviter le parallélisme des plaies extérieure et intra-articulaire, de tirer les téguments en bas, précaution à peu près inutile, puisque la plaie extérieure doit être réunie par première intention.

Enfin, messieurs, voulez-vous une formule exacte de la méthode cartésienne appliquée à la chirurgie ? Écoutez-là de la bouche de Lecat ; voici comment il s'exprime dans un mémoire couronné en 1738 par l'Académie royale de chirurgie : « Quand l'Académie recom- » mande les observations, ce n'est pas qu'elle statue sans réserves » sur ce fond ; elle sait le cas qu'elle doit faire des observations qui » ne seraient pas éclairées de principes ou qui y seraient contraires. » Elle ne les souhaite que pour venir à l'appui des raisonnements, » comme par surabondance de droit... ; puisque les principes » d'un art, d'une science, doivent être au-dessus des observations » mêmes... »

Vous le voyez, la profession de foi philosophique de Lecat est aussi celle de l'Académie de chirurgie : Descartes y régnait en souverain.

Mais en même temps s'élevait une autre génération, imbue des principes posés par Bacon, et qui apportant dans la pratique les préceptes du maître, faisait un appel constant à l'observation et proclamait la souveraineté de l'expérience.

Écoutez comme le langage de John Bell est différent de celui de Monro : « L'air, dit-il, ne peut pas s'introduire dans le bas-ventre » par une petite plaie : si la plaie est grande, il est ridicule d'attri- » buer à l'air les accidents qui se manifestent consécutivement. » Déjà avant J. Bell, ce fait avait été mis en lumière par J.-L. Petit, le fils. « L'air est innocent, » ajoutait Bell ; et il invoquait à l'appui de cette affirmation l'innocuité de l'emphysème dans les fractures de côtes avec rupture de la plèvre et du tissu pulmonaire.

Hunter, qui n'avait pas pris part à la discussion engagée entre John Bell et Monro, disait : « Les plaies *exposées* suppurent ; mais » ce n'est point l'air qui en est cause ; car la suppuration se pro- » duit aussi dans les cavités closes ; c'est l'inflammation qui fait » suppurer. Et la preuve encore, c'est que l'emphysème n'engendre » point le pus ; tandis qu'une incision faite dans le but de donner » issue à l'air, suppure, parce qu'elle s'enflamme. »

Voilà donc les chirurgiens de la dernière moitié du XVIIIe siècle partagés en deux camps relativement à l'influence de l'air sur les surfaces traumatiques. Poursuivons cette sorte d'enquête.

Desault est d'abord aérophobe; la peur de l'air lui fait adopter le procédé de Bromfield pour l'extraction des corps étrangers articulaires; mais plus tard il change d'avis et il renonce au *préjugé* de la pénétration de l'air. Bichat insiste sur ce changement survenu dans les opinions de son maître.

Boyer commence aussi par attribuer à l'influence de l'air une grande partie des accidents qui se manifestent dans les plaies; mais il ajoute qu'il faut que ce contact soit prolongé. En tout cas, ce n'est pas là, pour lui, la cause unique des complications. Il a vu des plaies articulaires suppurer sans pénétration de l'air dans la jointure, et d'autres se réunir promptement et sans suppuration, bien qu'il y ait eu de l'air introduit.

En 1816, Delpech pratiquait la section sous-cutanée du tendon d'Achille pour le mettre à l'abri du contact de l'air et éviter ainsi la suppuration et l'exfoliation.

En 1807, Ch. Bell avait pratiqué de la même manière la section des ligaments du pouce, mais sans formuler de théorie.

En 1814, Brodie faisait la section sous-cutanée des veines variqueuses, pour lesquelles il redoutait l'influence de l'air.

En 1822, Astley Cooper, sans y être poussé par la crainte de l'air, pratique aussi la section sous-cutanée des brides des aponévroses palmaire et plantaire.

A la même époque, Dupuytren opérait, par le même procédé, la section du muscle sterno-mastoïdien chez une jeune femme; mais c'était dans l'unique but d'éviter une cicatrice dans la région du cou.

En 1831, Stromeyer adopte le procédé de ténotomie sous-cutanée de Delpech, dans le but aussi d'éviter l'entrée de l'air, l'exfoliation des tendons et la suppuration.

Dieffenbach qui, dès 1830, avait renouvelé l'opération de Dupuytren sur le sterno-mastoïdien, pratique dans la suite un si grand nombre de sections sous-cutanées musculaires, aponévrotiques et tendineuses, qu'en 1839 il comptait déjà 400 opérations de ce genre. Dieffenbach était arrivé à ce chiffre énorme sans avoir jamais songé à la théorie de l'influence malfaisante de l'air.

Tel était l'état de la question, lorsque, le 8 juillet 1839, on est venu lire à l'Académie des sciences un *Mémoire sur les plaies sous-cutanées*. L'auteur de ce travail s'étendait longuement sur les dangers du contact de l'air pour les surfaces traumatiques; c'est à l'air qu'il attribuait les accidents auxquels sont sujettes les plaies exposées; tandis que si les plaies sous-cutanées présentent si peu de gravité, c'est qu'elles sont préservées du contact de ce fluide. Telle était la grande découverte qu'on venait proposer à l'admiration de l'Institut. On avait oublié sans doute que cette théorie, loin d'être nouvelle, avait été soutenue par J.-L. Petit, par Monro, par Bromfield, par Delpech et par Stromeyer!

Quoi qu'il en soit, la nouvelle doctrine s'avançait appuyée d'une main sur des expériences, d'une autre sur des observations cliniques. Écoutez ce que dit son auteur après avoir exposé ses premières expériences et ses premières observations :

« Je crus trouver dès lors, dans l'étendue de l'ouverture des » plaies, un obstacle à l'adhésion immédiate de leurs bords, *une » voie nécessairement ouverte à l'air extérieur, et une communica- » tion permanente* entre ce fluide et le fond des parties divisées. » Cette opinion, confirmée dans mon esprit par une foule de consi- » dérations, dont j'émettrai plus bas les plus décisives, le fut sur- » tout par l'expérience de ce que j'avais fait. »

Suivent de nouvelles expériences et d'autres observations.

Puis l'auteur conclut : — « 1° Que l'air est la cause de tous les » accidents qui compliquent les plaies exposées; — 2° que dans » les plaies sous-cutanées, la réunion est immédiate et sans inflam- » mation; que les bouts des vaisseaux ouverts dans la plaie sucent » le sang épanché; qu'une partie de ce liquide est absorbée, et » que l'autre partie s'organise... »

« Ainsi, ajoute-t-il, soustraire exactement les surfaces des plaies » à tout contact de l'air atmosphérique, c'est la condition capitale » et certaine d'un résultat qui a préoccupé les chirurgiens depuis » près de deux siècles, etc. »

Voilà bien cette philosophie cartésienne qui fait marcher la théorie avant les faits, le raisonnement avant l'expérience, et qui proclame avec Lecat que les principes d'un art, d'une science, doivent être au-dessus des observations mêmes!

On vient soutenir que dans les plaies sous-cutanées il n'y a point d'inflammation! Mais, dans le plus grand nombre des cas, n'y a-t-il pas au moins une inflammation adhésive? Conçoit-on aussi que les bouches des vaisseaux coupés aspirent le sang? N'est-ce pas là de la théorie toute pure? Quant à moi, je déclare la chose impossible. Que devient l'autre partie du sang? Elle s'organise! C'est là une vieille croyance qui remonte à Hunter, mais contre laquelle se révolte aujourd'hui toute la chirurgie baconienne : car cette croyance n'est fondée ni sur l'expérience ni sur l'observation.

L'auteur de la méthode prescrit de soustraire exactement les surfaces des plaies à tout contact de l'air atmosphérique!... Le précepte serait bon s'il avait pour lui le contrôle des faits. Mais, l'histoire de la chirurgie à la main, il serait facile de démontrer que, dans maintes circonstances, quelques précautions qu'on ait prises pour éviter le contact de l'air, les plaies ne se sont pas réunies immédiatement. L'auteur lui-même échoua dans les essais de sa méthode; et, dès sa première application, le principe lui échappait. Il eut l'idée, après une amputation, de faire le vide sur le moignon; et le moignon suppura. Plus tard, on proposa de faire l'opération césarienne par la méthode sous-cutanée : et comme si l'aérophobie avait gagné tout le monde, on vit des chirurgiens proposer l'application de la méthode sous-cutanée à l'abaissement de la cataracte, à la ligature des artères et même aux grandes amputations!

Et que faisions-nous pendant ce temps-là, nous, les représentants de l'école de Bacon? Nous soumettions la méthode dite nouvelle à l'épreuve de l'expérience (1843).

1° Des lapins sont insufflés : emphysème général, incisions musculaires et sections tendineuses sous-cutanées. Les plaies se cicatrisent; les animaux guérissent sans accidents.

2° Sections musculaires sous-cutanées : énorme insufflation; réunion prompte; pas de complications;

3° Section sous-cutanée des muscles postérieurs de la cuisse;

4° Des ligaments du genou;

5° Fracture de la cuisse;

6° Plaie pénétrante du thorax :

Et dans tous ces cas, insufflation à outrance, jusqu'à production d'un emphysème tel, qu'il persistait encore après la guérison.

Chez tous ces animaux, j'ai vu, malgré le contact de l'air, les plaies sous-cutanées se réunir sans accidents et par première intention.

D'où je conclus que l'opinion qui représentait l'air comme un agent si redoutable était fausse et dangereuse, et qu'il fallait chercher ailleurs que dans l'abri du contact de ce fluide la cause de la simplicité remarquable des sections sous-cutanées.

Ces conclusions furent acceptées : mais alors on prétendit que tout le danger était dans le contact *permanent* de l'air avec les surfaces, et que dans ce cas la suppuration était inévitable.

Que devenait dès lors le principe de faire les plaies à l'abri du contact de l'air? Ne suffirait-il pas de les garantir de l'influence directe et permanente de ce fluide? N'était-ce pas m'accorder aussi que l'entrée de l'air ne peut rien dans les cavités closes? car en admettant que l'air pénètre dans la ponction de ces cavités, il est promptement résorbé, et il ne s'y renouvelle pas de manière à y séjourner en permanence.

Je croyais donc la méthode depuis longtemps culbutée et couverte de brèches qui n'avaient pas été réparées : mais voici que son auteur est venu en proposer l'application au traitement des kystes ovariques. Cette fois encore, c'est l'entrée de l'air qu'il redoute, autant pour les parois du kyste que pour son contenu. Il s'imagine qu'il a parlé le premier de l'influence nuisible de l'air sur les liquides morbides, et en particulier sur le pus, et qu'il a

aussi proposé, le premier, un moyen sûr de retirer ces liquides des cavités qui les contiennent sans y laisser arriver l'air.

« C'est, a-t-il dit dans la dernière séance, pour prévenir l'accès » de l'air, que l'on a proposé, dans la paracentèse de la poitrine, » les canules à soupape munies de baudruche, etc., tous moyens » dont l'invention est postérieure à celle de la méthode sous-cu- » tanée. »

Bien longtemps avant M. J. Guérin, Quesnay et Hunter avaient signalé l'influence fâcheuse de l'air sur le pus croupissant.

En 1792, M.-A. Petit recommandait de faire dans les abcès l'ouverture le plus petite possible, et même d'exercer une aspiration avec une ventouse, afin de prévenir l'accès de l'air dans les foyers de pus. Il se servait pour ces opérations d'une aiguille étroite et tranchante ou d'un petit trocart rougi au feu.

Boyer recommande aussi les plus grandes précautions; pour certains abcès, il veut qu'on se serve d'une aiguille à cataracte ou d'un bistouri fort étroit, et qu'on fasse une ponction très oblique.

Vers 1816, Récamier inventait son trocart à soupape.

En 1827, M. Reybard proposait pour l'opération de l'empyème une canule à vessie ou à soupape, et une autre avec clef et robinet; et il ajoutait : « On pourra également munir d'une vessie » les trocarts, avec lesquels on voudra faire la ponction, lors d'hy- » dropisies ascites ou enkystées, ou lorsqu'on voudra ouvrir des » dépôts froids, dans lesquels il importe de ne pas laisser entrer » l'air. »

En 1831, M. G. Pelletan publiait, dans la *Gazette médicale*, un cas d'hydrothorax ponctionné au moyen d'un trocart à pompe et à robinet.

En 1836, M. Bouvier avait aussi imaginé un trocart mécanique dont le but était encore d'empêcher l'accès de l'air après l'évacuation des cavités purulentes ou autres.

En 1841, dans sa thèse, M. Sédillot parle des trocarts inventés par M. Massiat, M. Stanski, et enfin par M. J. Guérin.

Et maintenant, messieurs, qu'y a-t-il de vrai relativement aux dangers de la pénétration de l'air dans les cavités de l'économie?

L'air exerce sur le pus une action spéciale, toujours funeste. Cette vérité n'est pas nouvelle. J.-L. Petit recommandait d'ouvrir largement les abcès, afin de ne pas y laisser séjourner de pus qui par son contact avec l'air pourrait déterminer les plus graves accidents.

Tout le XVIIIe siècle, avec J.-L. Petit, a reconnu les dangers de l'accès de l'air dans une cavité purulente.

Mais est-il vrai que l'air soit également funeste pour les autres liquides de l'économie? Ceci n'a pas été démontré; c'est une assertion toute pure. On a parlé d'expériences, il est vrai, mais elles sont encore inédites; d'ailleurs, je déclare d'avance que si elles disent que l'air exerce une influence fâcheuse sur les liquides autres que le pus, je m'inscris contre; je les proclame mauvaises, car l'observation clinique m'a déjà démontré le contraire. J'ai vu souvent au Val-de-Grâce, dans le service de M. Fleury, des ponctions d'ascite suivies d'entrée de l'air dans la cavité péritonéale; je l'ai vu pénétrer aussi quelquefois dans les séreuses articulaires, lors de la ponction de l'hydarthrose; mais j'affirme qu'il n'est jamais survenu d'accidents. Au bout de deux ou trois jours l'air était résorbé, sans qu'il eût imprimé ni à la séreuse ni au liquide une altération quelconque.

Pour les kystes de l'ovaire, on a déclaré, d'une part, que la simple ponction avec le trocart était tout à fait bénigne, et, d'autre part, que, vers la fin de l'évacuation du liquide, il y a nécessairement pénétration d'air dans la cavité. Ne s'ensuit-il pas que l'air doit être tout à fait bénin, et n'exercer aucune influence ni sur le solide ni sur le liquide du kyste? A quoi bon alors toutes les précautions qui vous ont été recommandées? Qu'ont-elles amené, d'ailleurs, toutes ces précautions entre les mains de celui qui les recommande? De magnifiques résultats, dit-il! Il a opéré dix-sept malades, et ces dix-sept malades sont mortes! Je n'ai pas pris toutes ces précautions, et je ne me souviens pas d'avoir perdu une seule femme à la suite de la paracentèse des kystes ovariques.

Je crois donc qu'on fait jouer à l'air, à part dans les collections purulentes, un rôle complétement démenti par l'observation clinique et par l'expérience.

Mais, dira-t-on, vous prétendez que l'air n'exerce aucune influence nuisible sur les kystes de l'ovaire ponctionnés; quelle est donc, suivant vous, la cause des accidents qui accompagnent quelquefois les opérations pratiquées sur ces tumeurs?

Messieurs, moi, ami de la philosophie de Bacon, je déclare que je n'en sais rien; car l'observation, l'anatomie pathologique ne m'ont encore rien appris à cet égard. Il n'est pas dans les principes de l'école baconienne, vous le savez, de devancer les faits.

La question que nous venons de discuter est un de ces grands problèmes que le XVIIIe siècle a légués au XIXe, et que celui-ci léguera peut-être encore à l'avenir.

Jeunes chirurgiens qui m'écoutez, si vous voulez contribuer aux progrès de la chirurgie, étudiez les leçons des grands maîtres, défiez-vous des théories, faites un appel sincère à l'expérience, à l'observation, approfondissez les questions que vous voudrez traiter, et surtout ne croyez pas qu'il suffit, pour résoudre un problème, de ne pas l'avoir compris.

M. *Guérin* remercie M. Malgaigne d'avoir débarrassé le débat de toute question de personnes, et déclare qu'il accepte de grand cœur le terrain sur lequel l'orateur vient d'amener la discussion.

L'honorable préopinant a demandé des faits, des expériences, des observations qui puissent servir, en quelque sorte, de consécration à la méthode sous-cutanée. Je suis tout disposé à répondre à cette provocation, ajoute M. Guérin, et quand l'Académie le voudra j'aurai l'honneur de lui présenter un travail complet où seront développés les principes généraux de la méthode sous-cutanée, ainsi que les applications aux cas particuliers.

Après de courtes explications échangées entre MM. *Velpeau*, *Michel Lévy* et *Jules Guérin*, l'Académie décide que la *discussion sur la méthode sous-cutanée* est fixée à quinzaine.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 2 JANVIER 1857. PRÉSIDENCE DE M. DENONVILLIERS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le *secrétaire général* lit une lettre de M. le préfet de la Seine, par laquelle il témoigne à la Société le regret que l'état de sa santé ne lui ait pas permis de recevoir la visite de son bureau à l'occasion de la nouvelle année.

M. *Raoul Leroy* (*d'Etiolles*) écrit à la Société, pour l'informer qu'il enverra de nouveaux travaux à l'appui de sa candidature.

M. le docteur *Bauchet* fait hommage à la Société de deux mémoires imprimés.

M. *Fauconneau-Dufresne* lit un rapport sur la thèse de M. Géry fils, dont la Société vote l'impression. (Nous publierons ce rapport dans notre prochain numéro.)

M. *Jacquemier* lit le rapport de présentation de M. le docteur Bauchet. A la suite de ce rapport, M. le docteur Bauchet est nommé membre résident de la Société.

Obstruction intestinale. — Entérotomie.

M. *Briquet*. J'entretiendrai la Société d'un fait plein d'intérêt qui vient de se passer à l'hôpital de la Charité.

Obs. — Une femme de quarante ans, sèche, maigre, habituellement bien portante, est prise un jour de coliques en marchant. Elle veut aller à la garderobe : elle ne le peut. Cette impossibilité se continue ainsi pendant dix jours, et elle entre à l'hôpital. A ce moment son ventre était très ballonné, la respiration difficile; aucun signe, du reste, d'étranglement intestinal, pas de fièvre. Jusqu'à l'invasion de la maladie, elle était très réglée pour les garderobes, et il n'est permis de soupçonner aucune lésion ancienne du côté de l'intestin. Une sonde est poussée profondément dans le gros intestin sans rien rencontrer.

ependant les accidents augmentent. On sent que les choses ne se vent prolonger beaucoup plus. Des aiguilles à acupuncture, implantées s le côlon, ne produisent aucun effet.

:ne ponction faite avec un trocart laisse échapper par la canule des gaz, entre s'affaisse un peu, la palpation devient plus facile et ne laisse rien ouvrir. Le soulagement momentané produit par l'issue des gaz ne se inue pas.

'huile de croton reste également sans effet.

nfin, le pouls devient d'une extrême petitesse.

'affaiblissement étant à son comble, après dix jours de séjour de la ade à l'hôpital, M. Velpeau, sur ma prière, et, je dois ajouter malgré épugnance, pratique à cette pauvre femme l'entérotomie. L'incision stinale tombe sur le cæcum, une énorme évacuation se produit. Voilà jours que l'opération est faite, et tout va bien, quoiqu'il me semble l'opérée s'affaiblisse.

I. *Ad. Richard*. Dans le cas actuel, j'aurais eu plus de conce que M. le professeur Velpeau dans l'opération. Mon opinion faite à cet égard et s'appuie sur le résultat de l'expérience de Nélaton, avec lequel j'ai souvent parlé de ce sujet. Sur un nbre assez restreint d'opérations, il est vrai, moins de dix, il npte la moitié de succès. Il faut dire qu'il a simplifié singulièment la manœuvre. On incise la paroi abdominale au-dessus de ne droite ou gauche. Une portion d'intestin distendu se préite : on la fixe à la paroi de l'abdomen, on l'ouvre, et rien de s. Tout au plus peut-on une seule fois introduire l'index dans plaie, pour être à même de reconnaître un obstacle quelconque en existe dans le voisinage.

J'ai opéré dernièrement, après avis de M. Nélaton, une vieille ıme adressée à la Clinique par M. le docteur Lorain, et qui, des vingt jours, n'avait point été à la selle. Elle succomba le ıvième jour ; mais l'incision elle-même de l'intestin fut étrane à sa mort. L'anus contre nature était parfaitement établi. e fut enlevée autant par un phlegmon diffus des parois abdonales que par la cause même de l'obstruction intestinale. L'aupsie nous révéla en effet l'existence, chez cette pauvre femme, ıne énorme grappe kystique de l'ovaire gauche. Tant que cette neur se développa dans le ventre et dans le grand bassin, elle causa aucun désordre; mais, par son poids sans doute, elle avait ısculé dans le petit bassin, sur le côté gauche de l'S iliaque, reulant le mésentère de cet intestin, et étreignant ainsi l'S iliaque ıus la corde de son pédicule, c'est-à dire du ligament de l'ovaire.

M. *Boinet*. On s'est effrayé de la ponction de l'intestin. Je crois ue c'est une opération presque innocente. Chez trois malades, je ai employée sans jamais avoir à regretter aucun accident. Une remière malade avait été opérée d'un kyste de l'ovaire ; elle était uérie. Un jour, descendant de voiture, elle fut prise d'une douur subite, et, immédiatement après, se déclarèrent tous les symtômes d'un étranglement interne. Pendant trente-huit jours, je nis tout en usage : cinq fois je pratiquai la ponction de l'intestin vec un petit trocart, et j'évacuai une notable quantité de gaz. I. Malgaigne s'opposa à l'entérotomie, et la malade mourut. L'auopsie ne fut pas faite. Dans un second cas, il s'agissait d'un made de M. Dechambre, qui succomba à une affection du cœur et hez lequel les ponctions eurent la même innocuité. Enfin, la troiième malade avait été prise de tous les signes d'un étranglement : trois reprises, en présence de M. Rayer, je pratiquai la ponction le l'intestin, qui amena du soulagement ; mais la mort finit par urvenir.

M. *Briquet*. Notre femme a une tumeur ovarienne grosse comme e poing. Je ne pense pas que cette tumeur ait été cause de l'obstruction, comme dans le cas de M. Richard. Je connaissais les uccès de M. Nélaton, et c'est ce qui m'a fait insister auprès de M. Velpeau.

M. *Denonvilliers*. Dans les cas graves dont il est ici question, il y a parmi les chirurgiens deux doctrines pour ainsi dire très différentes. Les uns, c'est l'idée qui semble la plus rationnelle, veulent aller à la recherche de l'obstacle, c'est-à-dire guérir la maladie principale ; les autres, et c'est ce qu'a fait M. Nélaton, opèrent pour parer seulement au plus pressé, c'est-à-dire laisser couler les matières, laissant à la nature le soin de faire le reste, c'est-à-dire de rétablir le cours naturel. Je partage cette manière de voir, bien que, dans deux cas, j'aie eu deux insuccès; mais les conditions étaient déplorables. Une autre fois, M. Demarquay a également échoué sur une malade ; mais, chez celle-ci, les accidents tenaient à une petite hernie crurale que nous avions tous méconnue.

M. *Jacquemin*. Dans le service de M. Piorry il s'est dernièrement passé un fait bien remarquable. Un jeune homme présentait les signes d'un étranglement interne. On envoya chercher M. Manec, qui ne put venir. En son absence, on eut recours à M. Gosselin. Ayant examiné avec beaucoup de soin, il reconnut au-dessus de l'aine une petite portion d'intestin pincé. Il leva l'étranglement, et le malade est présentement en bonne voie.

M. *Sales-Girons* reconnaît tout l'intérêt de ces communications ; mais il voudrait quelques éclaircissements sur la cause même, qui, chez les différents malades qui ont été cités, a amené l'étranglement ou l'obstruction intestinale.

La séance est levée à cinq heures.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 6 FÉVRIER 1857.

1° Rapport de M. *Legras* sur les comptes du trésorier.

2° Mémoire de M. le docteur *Sales-Girons* (*Quelques considérations sur l'inhalation des eaux minérales*).

3° Lecture de M. le docteur *Durand-Fardel* sur les indications des eaux minérales.

4° Rapport de présentation du docteur Leménant-Deschenais, par M. le docteur *Dechambre*.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Contributions ophthalmoscopiques à l'étude de l'amaurose, par le docteur Heymann.

L'ophthalmoscope est encore peu employé en France, où un très petit nombre de praticiens en font un usage habituel (1). Déjà cependant il a rendu de grands services à l'ophthalmologie, et sans aucun doute il est appelé à en rendre de plus considérables encore. De même que tous les instruments physiques, de même que le microscope, l'ophthalmoscope fournit des données certaines, fixes, invariables ; il fait constater des états matériels, normaux ou pathologiques, qui sans lui se seraient dérobés à notre investigation; il fait, comme on l'a dit, *l'anatomie pathologique sur le vivant*, science bien autrement exacte que celle que l'on fait après la mort. Que de lésions variées l'ophthalmoscope n'a-t-il pas tirées de cet énorme magma de maladies connu jusqu'alors sous le nom d'*amaurose?* Et peut-on croire que les exsudations dans la choroïde, les hypérémies, les dépôts de pigment sur la rétine, les modifications dans le système vasculaire de cette membrane, dans la papille du nerf optique, dans la tache jaune, dans la texture de la rétine elle-même, soient d'une médiocre importance pour l'intégrité de la vision ? Séparer ce qui est distinct, pousser l'analyse jusqu'à ses dernières limites, telle est la tâche que semble s'être imposée notre siècle. A d'autres époques, des hommes illustres ont embrassé dans leurs vastes conceptions d'immenses horizons encore inexplorés, ont créé de magnifiques théories qui, après avoir séduit un moment leurs contemporains, ont été renversées ensuite par les faits, et n'ont servi qu'à grossir le monceau d'erreurs que nous ont légué les âges, quand elles n'ont pas arrêté pour longtemps la marche du progrès véritable, comme cela est arrivé trop souvent. Sachons donc résister à l'entraînement qui nous porte à des généralisations préma-

(1) Une thèse sur cet instrument a été soutenue récemment à la Faculté de médecine de Paris par M. L. de La Calle. Nous en rendrons compte prochainement.

turées, et suivons patiemment et laborieusement ce travail qui consiste à réunir pierre par pierre les nombreux matériaux dont se serviront nos successeurs pour construire dans toutes les conditions de solidité et de durée l'immense édifice de la science.

Le groupe d'affections confondues jusqu'ici sous le nom générique d'*amaurose* comprend des maladies du corps vitré, de la rétine et de la choroïde.

1° *Lésions du corps vitré*. Parmi les lésions du corps vitré, les plus importantes sont évidemment celles qui donnent naissance à des opacités sur le trajet des rayons lumineux, et conséquemment à des troubles de la vision. Ces opacités, en général, sont la conséquence d'un état hypérémique de la rétine et de la choroïde, quelquefois d'une anémie de ces membranes. On les distingue habituellement en opacités granuleuses, filamenteuses et membraneuses ; leur siége et leur mobilité plus ou moins grande sont d'une grande importance pour l'appréciation du trouble visuel qu'elles déterminent. Les *granulations* sont plus ou moins grosses, depuis le volume des plus petites molécules jusqu'à celui d'un grain de vesce ; elles sont isolées ou réunies en grand nombre, et accompagnent ordinairement la liquéfaction du corps vitré, tantôt avec une hypérémie interne longtemps persistante, tantôt avec une anémie et les phénomènes de l'atrophie. Souvent elles gagnent le fond de la masse vitrée quand l'œil demeure tranquille, ce qui dépend non-seulement de leur pesanteur plus grande, mais encore des altérations variables du corps vitré. Les *opacités filamenteuses* sont formées de filaments ondulés, isolés ou réunis en une espèce de toile d'araignée, et souvent très difficiles à apercevoir : quelquefois elles sont constituées par des espèces de chapelets anastomosés en réseaux. Les *opacités membraneuses* sont les plus fréquentes ; elles subissent souvent des modifications de forme dont l'étude donne la certitude qu'elles résultent fréquemment d'épanchements sanguins opérés dans le corps vitré. Ces résidus hémorrhagiques nagent librement dans ce dernier, plus ou moins détruit et liquéfié, et troublent d'autant moins la vue qu'ils deviennent plus petits avec le temps. Ces hémorrhagies résultent quelquefois de causes traumatiques dont les effets ne se sont manifestés par aucune lésion extérieure ; elles déterminent alors, au moment de leur production, une cécité absolue, qu'on voit quelquefois disparaître complétement avec une étonnante rapidité. Il n'en est pas de même quand l'hémorrhagie est occasionnée par des maladies internes de l'œil, sur la nature desquelles les auteurs ne sont point d'accord. — D'autres opacités membraneuses résultent de véritables exsudations plastiques, de nature inflammatoire ; mais elles sont beaucoup plus rares que les précédentes. — La *consistance* du corps vitré peut rester la même qu'à l'état normal ou diminuer considérablement. La liquéfaction de cet organe n'est constante que dans les hémorrhagies et dans les cas de formation de cristaux de cholestérine ; elle est partielle ou complète. Dans le premier cas, le ramollissement atteint toujours la portion du corps vitré voisine de la région de la rétine ou de la choroïde qui est malade.

2° *Lésions de la rétine*. La haute importance des altérations de cette membrane dans les troubles fonctionnels de l'organe de la vue explique l'attention que tous les auteurs ont portée dans l'étude de ces lésions ; la couleur du fond de l'œil, les modifications que présente le système circulatoire de la rétine, ont été l'objet de travaux recommandables de la part de Coccius, Liebreich, Ed. Jäger. La rétine ne se montre comme membrane propre que dans les yeux dont la choroïde est riche en pigment, et à une lumière très vive ; en dehors de ces conditions, elle forme sur la choroïde un simple enduit demi transparent et vasculaire ; l'entrée du nerf optique forme une région discoïde, blanche ou jaune, située un peu en dedans de l'extrémité postérieure de l'axe optique. A l'état normal, on ne voit sur ce disque que les troncs et quelques branches des vaisseaux centraux ; une vascularisation fine indique toujours un état pathologique. Du sommet de la papille divergent les vaisseaux centraux, souvent comme du fond d'une cavité infundibuliforme. En général, ils donnent naissance à quatre troncs, deux supérieurs et deux inférieurs, dont l'ensemble représente un X ; les veines paraissent aplaties et foncées, les artères plus claires et plus saillantes ; les premières ont seules présenté des pul... l'auteur. Quant à la région de la vision directe, elle se re... ce que l'image de la flamme d'une bougie arrivant sur elle, courbée d'un côté seulement ; sa coloration, qui dépend ... qu'elle est moins épaisse que le reste de la rétine, n'a ... jaune.

Les modifications de la rétine se rapportent à cinq états ...bides. Le *glaucome*, auquel des auteurs modernes assignent ... caractère une couleur verte, dépend de ce que le corps vi... imbibé de matière colorante du sang, paraissant verte à trav... cristallin jaune. Cette imbibition dépend surtout d'une inf...tion de la rétine, primitive ou consécutive à la choroïdite ; on l'observe aussi dans la choroïdite simple, et concurremment ... certains états du système vasculaire de la rétine et de la pap... nerf optique ; ce sont même ces dernières lésions que dans un ...vail récent (*Gaz. hebd.*, t. II, p. 358) de Graefe a déclarées ...téristiques du glaucome. Dans les cas très marqués, la papi... vient plus large et plus proéminente ; le nerf optique étant ... de sérosité, la veine centrale est comprimée, d'où la cong... des capillaires. Plus tard, le nerf s'atrophie et prend une co... cendrée, striée de gris.

L'*hypérémie de la rétine* se montre sous différentes formes ; ma... avant tout, il faut distinguer l'hypérémie générale et l'hypér... partielle. La première est caractérisée par une rougeur pro... la rétine cachant quelquefois complétement les gros troncs v...laires ; il n'est pas toujours facile de la distinguer de l'état n... et des autres lésions de l'œil. Souvent sur la rétine, d'un r... vif, la papille du nerf optique tranche comme un disque bla...nâtre, où l'on voit nettement émerger les vaisseaux centraux, ... sont le siége de pulsations spontanées ou provoquées. D'autres fo... la papille elle-même est plus ou moins couverte de vaisseaux ... nouvelle formation ; rarement la papille est entièrement inj... — L'*hypérémie partielle conique* n'est pas moins rare ; elle ...siste en un triangle vasculaire analogue au ptérygion de la co... et dont la base est sur la rétine, le sommet au centre de la pa... — D'autres fois, l'hypérémie partielle affecte la forme d'un p... ruban rouge velouté, étendu dans la direction du rayon de la p...pille, ou bien celle de taches rouges plus ou moins larges sur ... papille. De Graefe a décrit aussi, sur la rétine, des taches rou... analogues à des îlots, constituées par des vaisseaux de nouvelle for...mation, et qu'il regarde comme appartenant à la rétinite.

L'*inflammation de la rétine* donne lieu à des manifestations diverses ; dans la rétinite aiguë, heureusement très rare, l'inspecti... directe est impossible, en raison de la photophobie qui existe constamment. Il y a cependant certains modes d'éclairer le fond de l'œil que les malades peuvent supporter. Il est remarquable que, dans la rétinite chronique, les troubles fonctionnels portent souvent moins sur l'œil lui-même que sur certains nerfs de l'orbite. La névralgie sus-orbitaire est un des symptômes les plus fréquents de l'inflammation de la rétine à marche lente. — La rétinite est *générale* ou *partielle*. La première est encore peu connue. La seconde s'observe plus fréquemment et a été mieux étudiée ; elle est caractérisée par des opacités de la rétine. Quand ces dernières sont blanches et couvrent une portion du trajet des vaisseaux centraux, il est impossible par là même de les confondre avec des exsudations de la choroïde ; elles affectent, en général, la forme de plaques à bords mal circonscrits ; leur siége ordinaire est vers la périphérie de la rétine. On voit aussi des opacités ponctuées, analogues aux taches perlées ; mais la lésion la plus fréquente consiste en un dépôt de granulations pigmentaires en petits amas isolés ou réunis en réseaux. Enfin, on trouve sur la rétine des exsudations formant comme des écailles demi-transparentes ; cette forme est une des plus difficiles à reconnaître.

La *dégénérescence graisseuse* de la rétine s'observe assez fréquemment ; elle se reconnaît à une opacité complète, de couleur jaunâtre, avec saillie légère à ce niveau ; elle est le plus souvent partielle, bien qu'elle se soit montrée quelquefois sur toute la rétine.

Les *extravasations sanguines* de la rétine constituent des lésions très fréquentes. Celles que Ruete et de Graefe ont observées sur la

e même appartiennent aux cas rares. En général, les hémor-s se font sur la périphérie de la rétine, où elles se manifes-par des taches punctiformes, de couleur rouge-brun ou jaune, nt à la membrane un aspect tigré. Les points où sont ces s ont perdu toute leur sensibilité à la lumière ; mais les par-termédiaires ont souvent conservé l'intégrité de leurs fonc-

uteur fait remarquer : 1° que toutes ces causes d'opacité nt avoir leur siége *sur* la rétine ou *dans* son épaisseur, et e l'inflammation de la rétine se montre ordinairement d'une ère indépendante, c'est-à-dire sans être accompagnée de idite. La circulation spéciale de la rétine explique cet isole-de la rétinite.

ions de la choroïde. Munie d'un système vasculaire très dis-le celui de la rétine, la choroïde présente également des ma-qui peuvent exister avec un état parfaitement normal de la , cas dans lequel on voit la choroïde au fond de l'œil exacte-comme si elle était à nu. Le siége de la lésion n'est pas tou-facile à déterminer d'après la seule profondeur des tissus ; la ion des vaisseaux de la rétine recouvrant l'opacité qu'on aper-un certain éclat tendineux provenant de ce qu'on voit la sclé-e à travers la choroïde atrophiée, peuvent empêcher l'obser-r de se tromper. Cette atrophie n'a pas de siége constant, son point de départ est le plus souvent à la partie externe et eure de la papille du nerf optique. De Graefe, qui a constaté lésion à l'autopsie, lui donne le nom de *sclérotico-choroïdite rieure.*

général, les capillaires de la choroïde sont seuls visibles, car vrent les autres vaisseaux. Les *hypérémies* de la choroïde se reconnaître à une couleur écarlate du fond de l'œil, sur la-e on voit très distinctement les ramifications des vaisseaux aux de la rétine. — L'*inflammation de cette membrane* est ncée surtout par les exsudations auxquelles elle donne nais-. Ces exsudations sont liquides ou solides ; les premières se ntre la choroïde et la rétine, ou entre la choroïde et la scléro- ; elles peuvent être diagnostiquées d'après les inégalités que nte la surface de la rétine, repoussée en forme de saillie vers rps vitré. Les secondes sont circonscrites, nettement délimi- colorées en jaune brunâtre ou en blanc et situées au-dessous vaisseaux de la rétine ; on les trouve surtout au voisinage du optique, mais elles peuvent se rencontrer partout.

'*atrophie* de la choroïde est la terminaison la plus fréquente de ammation chronique de cette membrane. Elle donne lieu à symptômes différents suivant la couche qu'elle affecte. Si le ent est atrophié, il permettra de voir plus facilement la couche capillaires sous-jacents, d'où il résulte que le fond de l'œil entera une couleur brune plus ou moins vive. Chez les gens , d'après Donders, on voit plus fréquemment une métamor-e du pigment déterminée par la disparition des granulations entaires et la formation de globes colloïdes. — La seconde he, ou couche capillaire de la choroïde, est surtout le siége pérémies ; mais on y observe aussi quelquefois un état atro-ue ; alors une portion du réseau capillaire s'oblitère, ce qui ve à la région correspondante sa couleur rouge ; en même s, on distingue les gros vaisseaux situés plus profondément. Dans cas, la troisième couche, ou couche vasculaire, confondue avec roma, est souvent atrophiée en partie ; le pigment, distribué lièrement autour des vaisseaux à l'état normal, ne se ren-re plus que par plaques noires et irrégulières. Enfin, très sou-la choroïde est atrophiée dans toute son épaisseur, ce qui est nt surtout au pourtour du nerf optique (*sclérotico-choroïdite raefe*). Cette atrophie permet de reconnaître par transparence lérotique, remarquable par son brillant tendineux, qu'il est ssible de confondre avec des exsudations plastiques. Comme phie de la choroïde est une terminaison de son inflammation, est précédée ordinairement des symptômes de cette dernière. milieu des parties atrophiées sont souvent des îlots encore ou des amas de pigment non encore résorbés. L'atrophie phérique de la choroïde s'accompagne fréquemment d'une dation séreuse, quelquefois d'une hémorrhagie, dans le corps vitré ; celui ci est ramolli, et des taches pigmentaires ou les granulations décrites plus haut flottent dans son épaisseur.

Symptomatologie. — Dans l'état actuel de la science, il est impossible de déterminer les symptômes qui appartiennent à chacune des nombreuses lésions de l'intérieur de l'œil, suivant le siége, la forme, etc., de ces lésions. Les phénomènes subjectifs de l'amaurose sont dus les uns à des causes physiques, les autres à des causes fonctionnelles. Les premiers sont déterminés de mille manières différentes par les lésions dont nous avons parlé ; c'est ainsi que le pouvoir réfringent de l'œil, la diaphanéité des milieux transparents, l'appareil catoptrique, enfin, subissent les modifications les plus diverses. Les changements dépendant de la réfraction sont presque constants chez les amaurotiques ; certains amblyopiques sont presbytes, d'autres sont myopes ; d'autres, enfin, ont perdu la faculté d'adaptation, au point qu'ils ne voient plus qu'à une distance déterminée.

La *presbytie* de l'œil, dépendant d'un aplatissement de la cornée et du crystallin, peut parfaitement être produite par une nutrition incomplète. On l'a observée dans l'amaurose des ivrognes ; l'auteur l'a vue succéder à un état hypérémique, et la croit déterminée par une atrophie de l'œil. A l'extérieur, on la reconnaît à l'aplatissement de la moitié antérieure de l'œil et à la coloration bleuâtre de la sclérotique. Cette dernière circonstance résulte de l'atrophie du pigment.

La *myopie* s'explique, dans la plupart des cas, par la distension de la moitié postérieure de la paroi scléroticale, par suite de sclérotico-choroïdite, dont le staphylôme postérieur est un symptôme constant. Dans l'atrophie de la choroïde, l'axe antéro-postérieur de l'œil est constamment allongé, par suite du ramollissement et de la distension de la sclérotique.

Un autre trouble fonctionnel de l'œil consiste dans la perte du *pouvoir d'accommodation*, après laquelle l'organe ne peut s'adapter que pour une distance déterminée et toujours la même. Ce trouble s'observe assez fréquemment dans les cas d'hypérémie intense ou d'inflammation des portions périphériques de la choroïde, lésions qu'on a constatées plusieurs fois dans ces circonstances à l'aide de l'ophthalmoscope, et qui s'accompagnaient, en outre, d'un trouble plus ou moins marqué de la vue. Dans ces cas, le muscle ciliaire semble participer à l'affection de la choroïde et devenir impropre à remplir ses fonctions, soit par sympathie, soit par trouble fonctionnel de ses nerfs, qui cheminent dans la choroïde.

Les troubles de la vue déterminés par les opacités des milieux de l'œil forment une classe des plus importantes dans les *amblyopies ;* la cause de ces troubles fonctionnels est surtout physique ; elle a son siége dans le corps vitré ou sur la rétine même.

Les opacités du corps vitré se distinguent suivant leur étendue, leur siége, leur degré et leur mobilité. Les opacités très étendues, couvrant tout le champ visuel, sont dues souvent à des épanchements sanguins ; l'auteur les a vues trois fois survenir subitement et disparaître en peu de semaines. Les opacités très circonscrites produisent des effets différents suivant leur siége. Quand elles sont situées très près de la capsule cristalline postérieure, elles ne sont perçues que sous la forme d'ombres confuses ; ces ombres ne prennent des formes plus précises que quand la pupille se rétrécit. Plus les opacités se rapprochent de la rétine, plus elles jettent sur elles des ombres nettes. Quand elles sont appliquées immédiatement sur cette membrane, les portions non recouvertes peuvent seules servir à la perception de lumière.

Les *opacités du parenchyme rétinien* s'accompagnent de phénomènes divers ; l'apoplexie de la rétine détermine constamment la paralysie de la portion de cette membrane qui en est le siége ; mais souvent elle est punctiforme, et alors la vue n'est pas complétement abolie. Les produits inflammatoires déposés dans l'épaisseur de la rétine produisent les mêmes effets que l'apoplexie ; mais dans l'appréciation des rapports qui existent entre l'étendue de ces exsudations et le trouble de la vue, il ne faut pas oublier de tenir compte de l'hypérémie à laquelle ces exsudations doivent naissance. Les mêmes considérations s'appliquent à la dégénérescence graisseuse de la rétine, souvent très peu étendue, bien

qu'elle s'accompagne d'une cécité complète ou d'une faiblesse très grande de la vue.

Enfin la disparition du pigment noir de la choroïde peut donner lieu à des troubles fonctionnels dépendant uniquement de la réflexion de la lumière sur les points devenus incapables de l'absorber.

Les *divers troubles fonctionnels* de la rétine ont, en général, leur cause dans des modifications, soit hémostatiques, soit histologiques, de cette membrane, du nerf optique ou des origines centrales des nerfs optiques. Les phénomènes par lesquels ils se manifestent les ont fait distinguer en troubles par excitation et troubles par épuisement. Les malades qui voient des étincelles, des flocons noirs ou blancs, ne présentent souvent dans l'œil aucune modification physique à laquelle on puisse rattacher ces troubles ; il faut alors admettre une irritation secondaire des éléments de la rétine. Il est enfin une foule de troubles visuels qui jusqu'ici n'ont pu être rattachés à des lésions bien déterminées. (*Viertelj. f. prakt. Heilkunde*, 1856, 1er cah.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Commentaires historiques, critiques et pratiques sur la suette, par le docteur Marc Borchard. Broch. in-8. Paris, Germer Baillière.

De l'origine miasmatique des fièvres endémo-épidémiques, dites intermittentes, palustres ou à quinquina, par le docteur Félix Jacquot. Paris, J.-B. Baillière.

Théorie de la fièvre typhoïde dothinentérique et du typhus, par le docteur Netter. Paris et Strasbourg, Veuve Berger-Levrault et fils.

Société impériale de médecine de Constantinople. Discussion sur le typhus observé à l'armée d'Orient. Constantinople, Henri Cayol.

De l'administration du sulfate de quinine d'après des études faites en Algérie, par le docteur Ronzier-Joly. Paris, Victor Masson.

Étude sur la fièvre puerpérale épidémique, et en particulier sur l'épidémie qui a régné à Dunkerque, de juin 1854 à mars 1855, par le docteur Zandyck. Paris, Labé.

Mes études sur le choléra, ou Découverte de tout ce qu'il importe à la science et à l'humanité de connaître sur cette maladie, par le docteur Azémar (d'Elne). 1 vol. in-8. Paris, Germer Baillière.

Considerazioni sulla contagiosità di cholera-morbus asiatico, precedate da una critica analisi delle due memorie del signor Bo : *La Quarantane e il cholera-morbus* (Considérations sur la contagiosité du choléra, etc.....), par M. Prospero Pirondi. 1 vol. in-8. Marseille, Arnaud.

(Suite et fin. — Voir le numéro 2, p. 29.)

Dans notre précédent article, nous avons analysé des travaux qui ont pour objet l'étude du miasme paludéen, de ses effets, et des maladies auxquelles il donne naissance; nous avons à nous occuper maintenant du miasme animal et des effets de l'encombrement des hommes. Nous rencontrons d'abord sur ce sujet un mémoire de M. le docteur Netter, et la discussion sur le typhus de la Société impériale de médecine de Constantinople.

M. le docteur Netter est très accentué dans ses opinions. Il regarde la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde comme un fait acquis, hors de doute, et mis en évidence dans les dernières endémo-épidémies. Il admet que la cause du typhus réside dans l'encombrement, et que cette même cause produit aussi la fièvre typhoïde. Seulement, pour lui, le miasme de l'encombrement n'est pas constamment identique, et son essence varie suivant la nature des exhalaisons humaines au sein desquelles il se forme. C'est, suivant lui, de cette différence que proviennent, d'une part, son action sur les follicules et plaques de Brunner et de Peyer qui produit la fièvre typhoïde dans les circonstances ordinaires ; de l'autre, sa spécificité qui engendre le typhus au milieu des individus affectés de scorbut. La circonstance de formation du miasme animal dans les émanations, c'est la condensation de celles-ci portée à un degré suffisant.

Ainsi, pour M. Netter, la fièvre typhoïde est produite, en général, par l'encombrement simple des hommes bien portants, tandis que le typhus est engendré spécialement par le miasme qui se forme au sein des émanations concentrées du scorbut, et peut-être dans quelques autres cas particuliers. A son avis, le typhus n'est pas contagieux, et ce n'est pas lui qui a été importé de Crimée à Constantinople, mais bien le miasme émané des scorbutiques. C'est là une opinion nouvelle qui appartient tout entière à l'auteur.

M. Cazalas, au contraire, considérant que la fièvre typhoïde et le typhus sont dus à une même cause, à une intoxication miasmatique animale, qu'au fond les symptômes et la marche de ces maladies sont les mêmes, conclut à l'identité absolue de ces deux affections, qui ne diffèrent, suivant lui, que par la forme. Nous devons ajouter que cet honorable confrère s'est trouvé seul de son avis dans la discussion qui a eu lieu à la Société de médecine de Constantinople.

M. Félix Jacquot, que nous sommes heureux de rencontrer encore dans cette discussion, établit le diagnostic absolu et le diagnostic différentiel du typhus ; il fait ressortir les faits nombreux qui établissent l'unité et l'individualité de cette maladie ; il en fait l'histoire complète, décrit les diverses formes qu'elle revêt, insiste sur le peu d'importance et sur l'inconstance des lésions anatomiques trouvées à l'autopsie, résume tous les symptômes et les périodes auxquelles il donne les noms de période d'excitation (inflammatoire des auteurs) et de période de dépression (nerveuse des mêmes). Il s'occupe ensuite de l'épidémicité, dont il constate l'évidence, et de la transmissibilité, qui ne lui paraît pas moins contestable, et il ajoute que l'intensité de la propagation est partout en raison de l'encombrement. La durée moyenne du typhus a été de dix jours, suivant M. Jacquot. Quant au type, il affirme que c'est une affection continue à exacerbations vespériennes; il décrit aussi l'exanthème caractéristique, et lui attribue plusieurs formes différentes. Enfin, il donne les caractères qui différencient le typhus de la fièvre typhoïde, et soutient que ces deux espèces morbides ont chacune son individualité qui se conserve à tous les degrés de gravité ; qu'une première atteinte de fièvre typhoïde préserve généralement d'une seconde, tandis qu'une foule d'exemples authentiques prouvent qu'une atteinte de fièvre typhoïde ne préserve pas du typhus. M. Jacquot termine sa savante et substantielle argumentation par ces belles paroles : « Qu'est-ce donc que cette épidémie, sinon le typhus, le grand typhus des armées, aussi vieux que les querelles des nations, qui s'attache aux bataillons en guerre comme à une proie prédestinée, qui donne le martyre aux médecins ensevelis sous le triomphe de leur dévouement, qui frappe les camarades, les amis, et qui, menaçant ceux qui lui survivent, laissera sans doute de grands enseignements à la science, mais aussi de profondes douleurs aux familles et à la patrie! »

De toute cette discussion, à laquelle ont pris part la plupart des médecins des armées de terre et de mer, il nous paraît résulter les conclusions suivantes : 1° la cause évidente du typhus est l'encombrement ; 2° le typhus est essentiellement distinct de la fièvre typhoïde ; 3° il est manifestement transmissible du malade à l'individu bien portant ; 4° ses formes varient beaucoup sans lui faire perdre son individualité; 5° sa marche et sa convalescence sont plus rapides que celles de la fièvre typhoïde ; 6° ses indications thérapeutiques varient en raison des formes qu'il présente; 7° enfin les exhalaisons miasmatiques animales exercent de préférence leur action morbide sur les organismes plus ou moins débilités.

Puisqu'il est si souvent question de fièvre typhoïde dans cet article, nous en prendrons l'occasion d'attirer incidemment l'attention sur une pyrexie continue à laquelle beaucoup de médecins donnent le nom de fièvre muqueuse. Celui qui écrit ces lignes a eu dernièrement l'occasion d'observer une épidémie de ce genre dans un village de l'Anjou, le Louroux-Béconnais, qui, jusqu'à ce jour, avait joui de l'heureux privilége d'échapper à toute espèce d'épidémie, aussi loin du moins que les souvenirs locaux peuvent s'étendre. L'affection s'est déclarée à la fin d'août et s'est prolongée jusqu'à la fin d'octobre. Elle a atteint environ 150 personnes, principalement des enfants et des adultes, à peine quelques vieillards. La marche était presque toujours la même : elle débutait par une fièvre intermittente ou plutôt franchement rémittente, qui ne cédait au sulfate de quinine que pour se changer en une pyrexie continue avec adynamie complète ; la stupeur existait, mais sans être profonde ; il y avait généralement constipation, avec un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite. La fièvre était peu intense, ainsi que la soif ; les épistaxis étaient rares. Du reste, on ne rencontrait pas de taches rosées, point de phénomènes septiques très marqués ; rarement les lèvres et la langue ont été fuligineuses. Cet état durait environ vingt jours, après quoi les malades entraient en convalescence. Les purgatifs ont été la base du traitement généralement adopté. Il n'y a eu que 4 morts, dont 3 ont été des enfants au-dessous de seize ans. Nos honorables confrères de la localité ont donné à cette maladie le nom de fièvre muqueuse. Mais qu'est-ce donc que la fièvre muqueuse ? Est-ce une individualité morbide distincte à laquelle il faut donner une place dans le cadre nosologique ? Ou bien n'est-ce, comme on peut le penser, qu'une forme plus ou moins bénigne de la fièvre typhoïde ? Pour répondre à ces questions, il faudrait savoir quelles sont les lésions anatomiques trouvées sur le cadavre. Malheureusement, il ne nous a point été donné de faire l'autopsie des quelques malades qui ont succombé ; et cependant c'eût été le seul moyen d'éclairer le problème que nous avons posé ; car si l'on rencontrait dans ces cas la lésion caractéristique des follicules intestinaux, la question serait jugée sans appel. Aussi nous adjurons nos confrères qui en auront la possibilité de ne pas négliger cet élément indispensable du problème. Si la fièvre muqueuse existe comme individualité morbide, il est essentiel de décrire ses caractères distinctifs et d'établir son rang nosologique. Si, au contraire, elle n'est qu'une forme de la fièvre typhoïde, qu'est-il besoin de lui donner un nom particulier ?

Cette question incidente vidée, revenons aux conclusions que nous avons posées ci-dessus. La septième et dernière de ces conclusions, qui ressort de la discussion soutenue à la Société de médecine de Constantinople, est également considérée comme pouvant s'appliquer en tous points à une autre maladie que nous avons trop souvent l'occasion d'observer. M. le docteur Zandyck, dans un mémoire très complet sur la fièvre puerpérale épidémique qui a régné à Dunkerque en 1854 et 1855, reconnaît une grande puissance de causalité à toutes les circonstances qui débilitent l'organisme, telles que l'insuffisance de l'alimentation et la dépression morale dans laquelle les femmes en couche se trouvent souvent. Ces causes, d'ailleurs, ont été indiquées par la plupart des médecins comme prédisposant singulièrement les malades à recevoir l'action épidémique. Notre confrère ajoute que tous les caractères de l'épidémie de Dunkerque lui donnent une grande analogie avec ces affections générales qui ont pour physionomie spéciale l'adynamie ; que, d'ailleurs, les altérations morbides ne sont point localisables, et que ce qui domine la pathologie puerpérale, c'est la tendance à la suppuration ; que l'observation ne permet pas de considérer cette maladie comme une inflammation ; qu'il y a là, au contraire, les signes non équivoques d'une spécialité pathologique ; que l'affection est générale, produite par une intoxication miasmatique, et qu'il faut la ranger à côté des typhus. On voit que ces diverses maladies, qui attaquent l'organisme tout entier, sont considérées, par les médecins qui les observent, comme ayant pour cause un miasme qui ne produit tous ses effets qu'à la condition de trouver des constitutions plus ou moins profondément altérées.

Le médicament le plus employé pour toutes les maladies que nous venons de passer en revue a été le sulfate de quinine, sans préjudice toutefois des autres moyens adjuvants. Il n'y a pas d'ailleurs, dans toute notre matière médicale, un remède auquel on se soit si souvent adressé dans ces derniers temps pour un grand nombre de maladies aiguës. Malgré les précieux travaux de M. Briquet, M. le docteur Ronzier-Joly a pensé qu'il y avait encore quelque chose de nouveau à dire de cet excellent médicament. Dans le mémoire qu'il vient de publier sur ce sujet, cet habile observateur, qui a exercé longtemps la médecine en Algérie, professe que l'intoxication paludéenne produit sur l'organisme deux effets distincts qui peuvent être séparés et indépendants l'un de l'autre, ou parfois être réunis : ce sont la cachexie palustre et le périodisme. Ces deux états morbides, suivant lui, n'ont d'autre rapport qu'une parenté étiologique, et sont loin d'exiger le même traitement. Autant le sulfate de quinine est radical, spécifique contre le périodisme, autant son action est incertaine, douteuse, et quelquefois nuisible contre la cachexie marématteuse. Nous croyons, en effet, avec lui, que, lorsque le sang est appauvri par une diathèse, que sa partie aqueuse est augmentée et ses globules diminués, la médication quinique, si l'on en prolonge l'action, ne peut qu'agir dans le même sens que la maladie et favoriser la tendance aux hydropisies et aux flux dysentériques. Il ajoute que ce médicament est un hyposthénisant du système nerveux, et que cette vertu, quoique secondaire, est éminemment utile toutes les fois qu'il faut apporter du calme dans l'économie en maîtrisant les susceptibilités nerveuses, indication qui se présente si souvent à remplir. Sans doute, le sulfate de quinine produit sur l'économie d'autres effets qui ont été très bien analysés dans l'excellent ouvrage de M. Briquet et qui répondent à des indications que l'on rencontre assez fréquemment dans les fièvres continues ; M. Ronzier-Joly le constate également. Mais il résulte pour nous de la lecture attentive des divers ouvrages dont nous venons de rendre compte, que l'efficacité de ce médicament est très problématique dans le typhus et dans la fièvre typhoïde, à moins de complications particulières. Il paraîtrait, au contraire, avoir été utile à M. le docteur Zandyck dans la fièvre puerpérale, puisque, sur neuf guérisons, six auraient été obtenues par l'administration de ce médicament, associé trois fois aux sangsues et trois fois aux émollients.

On a vu plus haut que le typhus est réputé contagieux. Sous ce mot il y a une grosse question, que M. le docteur Prospero Pirondi vient de traiter *ex professo*, en appliquant principalement ses arguments à l'étude du choléra asiatique. Il commence par combattre d'une manière générale les arguments que son compatriote, M. le docteur Bo, a mis en avant contre l'efficacité des quarantaines et des lazarets ; puis, concentrant toutes ses preuves sur la maladie indienne, il suit sa marche dans l'intérieur de la presqu'île gangétique avant 1817, et au dehors de cette contrée, depuis cette époque jusqu'en 1854. Il fait ressortir de cet itinéraire la conséquence que le choléra s'est toujours répandu *successivement* et non *simultanément*. Il est facile de voir le parti que l'auteur prétend tirer de cette succession opposée à la simultanéité. Il examine ensuite l'influence de l'air atmosphérique, le mystère de l'épidémicité, ce *quid divinum* d'Hippocrate, les effets de l'alimentation, l'infection et la contagion. Le résultat de cet examen, pour lui, est que la cause du choléra ne réside ni dans l'air atmosphérique, ni dans le régime alimentaire ; que le *quid divinum* du médecin de Cos est un être purement imaginaire ; que l'infection n'est autre chose que la contagion, et que le choléra procède d'un virus spécifique. Il cite des faits généraux assez nombreux à l'appui de cette opinion, et il les tire surtout de la marche que le choléra a suivie en Orient et en Europe, où il prétend qu'il s'est propagé par importation. L'auteur termine cette exposition par l'éloge des quarantaines, des lazarets et des cordons sanitaires, tous les moyens préservatifs du choléra se réduisant à deux : l'isolement et la purification des objets contaminés ; et il pose comme démontrées les quatre propositions suivantes : 1° le choléra est une maladie qui se transmet du malade à l'homme sain, de la même manière que toutes les maladies contagieuses, telles que la peste, la variole, le typhus, la syphilis, la *gale*, etc. ; 2° le choléra procède toujours d'un germe

spécifique, qui se reproduit en nous, en conservant la propriété de se multiplier et de se propager; 3° le choléra se développe seulement là où le germe en a été importé; 4° la contagion du choléra peut être arrêtée, comme celle de toutes les autres maladies, par un système sanitaire.

Cette analyse succincte fait voir dans quel esprit systématique a été conçu et exécuté l'ouvrage de M. Pirondi. Si notre confrère avait raison de tout point, il nous reporterait de cent ans en arrière, à cette époque où le prêtre donnait la communion au bout d'une perche aux malheureux pestiférés. Son ouvrage est écrit avec une profonde conviction, et tous les faits qui peuvent appuyer sa manière de voir y sont accumulés et groupés avec habileté. Mais, outre qu'il a passé sous silence les meilleurs arguments de ses adversaires, les faits qu'il a rapprochés sont loin d'avoir la valeur qu'il leur accorde. En effet, si la syphilis, la vaccine et la rage peuvent être inoculées à volonté, est-il bien vrai qu'il en soit de même de la rougeole, de la peste, de la miliaire, etc.? Et puis, comment peut-il rapprocher de ces maladies à virus, la gale et la teigne qui sont des affections parasitaires? Tous ces faits généraux, sur lesquels s'appuie M. Pirondi, sont sujets à contestation et sont à tous égards beaucoup moins concluants que ne le seraient quelques faits particuliers bien observés, bien précis, bien authentiques. Ensuite, notre auteur qui définit le principe contagieux, qui le déclare fixe et non volatil, a-t-il vu ce principe? L'a-t-il saisi, analysé? Ne s'expose-t-il pas à ce qu'on lui rétorque l'argument à l'aide duquel il combat l'épidémicité, *ce quid divinum* d'Hippocrate, qu'il déclare être une chose purement imaginaire? Franchement, nous ne croyons pas que l'ouvrage, d'ailleurs très bien fait et très savant de notre habile confrère, fasse beaucoup de prosélytes parmi les adversaires de la contagion. Il est conçu à un point de vue beaucoup trop exclusif et fait trop bon marché des longues et laborieuses études qui ont amené dans tous les pays civilisés les grandes réformes de l'ancien système sanitaire. Nous croyons être vrai en le considérant comme une pièce très importante du procès, défendant une cause que la GAZETTE HEBDOMADAIRE croit bonne en soi, mais la défendant en des termes excessifs.

En voyant le titre du mémoire de M. Azémar: *Mes études sur le choléra*, on croirait qu'il n'est question dans ce travail que de la maladie asiatique. Il n'en est rien pourtant, et cet ouvrage n'est autre chose qu'un véritable traité de pathologie générale. M. le docteur Azémar, qui est un médecin instruit et bien au courant de la science, a cependant tiré toutes ses idées et ses doctrines exclusivement de son propre fond. Pour les amener à maturité, il s'est retiré complétement du mouvement scientifique extérieur, s'est replié en lui-même, a concentré ses pensées, les a laissées fermenter dans son cerveau, puis les a mises au jour. Ce procédé est celui des hommes de génie, et nous savons que c'est *en y pensant toujours* que le grand Newton a découvert la gravitation universelle. Mais ce procédé cache un écueil auquel nous croyons que M. Azémar n'a pas complétement échappé. Cet écueil consiste dans un mirage séduisant qui fait prendre l'ombre pour la réalité, le rêve pour le fait. Newton, d'ailleurs, n'a pas détruit la science qui existait avant lui pour y substituer ses conceptions; il a simplement apporté à cette science des lois nouvelles et un développement immense. M. Azémar, par sa charte médicale en 68 articles, commence par regarder comme non avenu tout ce qui existe en médecine: il annihile tout ce que nous croyons savoir. Il s'imagine constituer à nouveau la science médicale en lui apportant un principe capable d'embrasser tout ce que l'organisation des différents objets dont elle s'occupe peut présenter; et ce principe, c'est LA VIE; puis il distingue ce principe en *vie fixe* et en *vie mobile*, d'où découlent en nous deux mouvements: l'un de concentration, l'autre de réaction. Enfin, il fait jouer au soleil un rôle considérable d'excitation lumineuse et calorifique, et c'est par la mesure de ces différentes excitations qu'il explique les maladies et principalement les épidémies. Mais il ne faut pas que M. Azémar se fasse d'illusion; toutes ces actions sont connues et ont cours dans la science; seulement on ne leur donne pas la valeur exagérée, suivant nous, qu'il lui plaît de leur assigner. Si nous avions le droit de lui donner un conseil, nous l'engagerions à ne pas faire aussi bon marché de toutes les notions acquises à notre science avant lui et à ne pas se nourrir aussi exclusivement de son propre fond, quelque riche qu'il soit. C'est toujours une chose utile et même nécessaire d'étayer nos propres idées, si nouvelles et originales qu'elles soient, sur une base solide; et il n'y a rien de plus solide que des lois scientifiques qui ont reçu la sanction du temps et de nombreuses générations.

D[r] RENÉ BRIAU.

VI.

VARIÉTÉS.

La séance générale annuelle de l'Association médicale de la Seine a eu lieu le 25 janvier, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine, sous la présidence de M. le baron Paul Dubois.

L'assemblée était nombreuse, malgré le mauvais temps.

M. le docteur Cabanellas, secrétaire général, a lu le compte rendu de l'année 1856.

La distribution de la belle médaille d'Orfila a été précédée d'une allocution de M. Perdrix.

Le bureau, pour l'année 1857, a été complété par la réélection du président et des vice-présidents. Il se compose de:

MM. le baron PAUL DUBOIS, *président*.
les professeurs ADELON et BÉRARD, *vice-présidents*.
le docteur CABANELLAS, *secrétaire général*.
le docteur VOSSEUR, *trésorier*.
le docteur PERDRIX, *archiviste*.
le docteur MENIÈRE, *secrétaire* de la commission.
M[e] PAILLARD DE VILLENEUVE, *conseil judiciaire*.

Le bureau, au nom de l'assemblée, a décerné à M[e] Paillard de Villeneuve, conseil judiciaire de l'association depuis sa fondation, une médaille d'or;

Des médailles ordinaires: à MM. Béchard, avocat de l'Association près la cour de cassation; de Gisors, architecte du palais du Luxembourg (M. de Gisors, à qui l'on doit l'exécution du beau tombeau d'Orfila, a refusé de recevoir les honoraires qui lui étaient attribués); Amédée Latour, qui, par ses efforts, n'a cessé de concourir aux progrès de l'Association; enfin, à madame veuve Orfila.

Les membres de la commission générale sont MM. les docteurs:

1[er] *arrond.*		Gimelle fils, Ley, Canuel, Contour.
2[e]	—	Barth, Josat, Veillard, Lecointe.
3[e]	—	Peronaux, Trèves, Jarin, Gros.
4[e]	—	Haguette, Léger-Fleurus, Dop, Godard.
5[e]	—	Poultier, Thibault, Bréon, Pertus.
6[e]	—	Ledeschault, Ségalas, Nicot, Mayer.
7[e]	—	Duclos, Feulard, Vasseur, Suasso.
8[e]	—	Brierre de Boismont, Augouard fils, Archambault, Augouard père.
9[e]	—	Charpentier, Deville, Boulard père, Aubrun.
10[e]	—	Boyer (Lucien), Masson, Lecoq, Fournet.
11[e]	—	Regnier, Langlebert, Taurin, Brochin.
12[e]	—	Vergnes, Menières, Alquié, Gasc-d'Hadancourt.
Saint-Denis.		Moreau de Saint-Ludgère, Leroy des Barres, Lemarchant, Acassat.
Sceaux.		Josias, Angot, Thore, Lacroix de Fontenay.

Une SOCIÉTÉ MÉDICALE HELLÉNIQUE vient d'être fondée à Paris. Un grand avantage de cette Société sera de devenir un guide fidèle pour ceux des jeunes Hellènes qui viennent faire ici leurs études médicales, et qui pourront en recevoir une direction méthodique pour le choix à faire, selon la spécialité de chacun d'eux, dans la multitude des ressources que fournit Paris à tous les amis de l'étude. Une circulaire invite à se grouper autour de ce centre scientifique les jeunes médecins grecs qui résident à Paris. Cette circulaire est signée de MM. LITTRÉ, de l'Institut; docteur CH. DAREMBERG; ΞΕΝΟΦΩΝ 'ΡΩΤΑΣ; ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΦΟΡΜΙΩΝ; docteur R. BRIAU, bibliothécaire de l'Académie impériale de médecine; ΦΩΚΙΩΝ 'ΡΩΚ; Ν. ΠΙΚΚΟΛΟΣ.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 6 FÉVRIER 1857. — N° 6.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 5 février 1857.

DERNIER COUP D'ŒIL SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES KYSTES DE L'OVAIRE. — INFLUENCE DE LA VACCINE SUR LA POPULATION. — ORIGINE DU COW-POX.

En promettant de revenir une dernière fois sur le traitement chirurgical des kystes de l'ovaire, nous n'avons pas entendu que nous reproduirions le tableau complet, quoique abrégé, du débat académique, mais seulement que nous ferions ressortir les principales règles de pratique que ce débat paraît avoir établies définitivement. C'est cet engagement que nous venons remplir aujourd'hui, et remplir en très peu de mots, n'ayant guère qu'à confirmer les opinions déjà exprimées et suffisamment motivées dans nos précédents articles.

Et d'abord, constatons le plus important des résultats. La discussion a eu cette chance, médiocrement commune dans les fastes académiques, de réagir fortement sur le sentiment général et d'amener presque des conversions parmi les orateurs eux-mêmes. M. Cruveilhier, s'il n'a pas cru pouvoir se rallier bien formellement aux injections iodées, qui n'avaient pas d'ailleurs gagné beaucoup de terrain au moment de son intervention, M. Cruveilhier a reconnu pourtant que les kystes ovariques étaient désormais entrés dans le domaine de la chirurgie active. Les premiers mots du récent discours de M. Malgaigne annoncent envers l'iode beaucoup moins de défiance qu'il n'en avait d'abord témoigné; et il y a aussi une très sensible différence entre l'accueil que M. Velpeau faisait il y a quelques mois au traitement chirurgical des kystes (particulièrement à l'injection de teinture d'iode) et celui qu'il lui fait aujourd'hui. On peut dire que l'opinion générale de l'Académie s'est rapprochée de plus en plus, sauf des dissidences accessoires, de celle qu'avait résolûment prise, dès le début, M. le professeur Jobert.

Nous n'avons rien à dire maintenant, ni de la médication

FEUILLETON.

Lettre chirurgicale à M. le professeur Malgaigne sur un point de l'histoire de l'autoplastie,

pour faire suite aux erreurs, lacunes et imperfections de la littérature médicale.

(Suite. — Voir le numéro 4, page 49.)

Très savant et très honoré maître,

Un grand philosophe qui est fort de vos amis et que je tiens moi-même en grande estime, classe les livres en trois catégories. « Il en est, dit-il, qu'il faut seulement goûter, d'autres qu'il faut dévorer, d'autres enfin, mais en petit nombre, qu'il faut pour ainsi dire mâcher et digérer. » (1) Pour moi, je placerais volontiers celui de J.-L. Petit dans la 3e catégorie, c'est en le lisant et en le relisant avec une extrême application que j'y ai trouvé l'observation suivante (1) :

Notre chirurgien commence à disserter sur l'utilité et l'agrément d'avoir un prépuce; si quelqu'un était privé de ce repli cutané, il ne serait pas nécessaire, dit-il, de réparer la difformité, à supposer que cette réparation fût possible, ce qu'il ne croit pas. Cependant, il n'avait pas toujours été aussi sceptique, et faute d'avoir sans doute lu P. d'Égine, Tagliacozzi et Fabrice d'Acquapendente, il avait eu un jour l'idée malheureuse de tenter l'aventure. Il raconte lui-même l'événement dans une observation très longue dont je vais extraire la substance.

« Un jeune homme de trente ans avait été par la nature privé
» de son prépuce, et voulait absolument que son gland fût recou-
» vert. Tout en cherchant à le dissuader, J.-L. Petit lui avait im-
» prudemment fait entrevoir des chances de réussite ; aussi fut-il

(1) Bacon, *Essais de morale et de philosophie*, chap. 49, *des Études*, t II, p. 376, édit. Charpentier.

(1) J.-L. Petit, *Œuvres complètes*, in-8°, 1844, p 711.

interne (1), dont les titres à la confiance ne reposent que sur la recommandation assez vague d'un seul orateur; ni de l'extirpation ou de l'incision, dont les documents statistiques ont dit tant de bien que, ne pouvant raisonnablement tout croire, on n'en a presque rien cru; ni même de la ponction avec ouverture permanente, qui a été généralement réservée à des cas exceptionnels et reconnue d'ailleurs pour périlleuse par la plupart des orateurs, ainsi que nous l'avions soutenu nous mêmes. Il ne sera question ici que de la ponction simple et de l'injection iodée, chacune d'elles considérée dans ses effets propres, dans les indications auxquelles elle répond le mieux, dans certaines règles de son application et dans ses résultats définitifs.

Un kyste de l'ovaire ne peut guérir radicalement que de l'une ou de l'autre de ces manières : ou par accollement des parois, ou par une modification telle de la surface interne que celle-ci cesse d'épancher du liquide. Les deux modes de guérison peuvent-ils se réaliser, et dans ce cas quel est le mode le plus habituel ? A cet égard, les opinions sont restées partagées. M. Jobert, dans ses deux discours, n'a parlé que d'inflammation adhésive; M. Robert, d'accord en cela avec M. Boinet, croit au contraire que la guérison tient uniquement à la modification opérée sur la membrane interne du kyste, condition à laquelle ce dernier ajoute accessoirement le retrait des parois de la poche. Il est certain qu'on a trouvé ces parois réunies par des adhérences chez des femmes opérées de kystes ovariques; mais M. Boinet fait dépendre ces adhérences de phlegmasies antérieures à l'opération, ou tout au moins indépendantes d'elles; et, en tout état de cause, il nous paraît avoir démontré que l'accollement des parois n'est pas du tout la condition essentielle, ni même habituelle, de la guérison.

Ceci posé, la ponction simple peut-elle être considérée comme un moyen curatif? En fait, elle a quelquefois amené la disparition définitive de la tumeur; M. Robert en a cité un exemple; M. Jobert, deux; mais ce sont des exceptions si rares que, l'opportunité d'une opération étant établie, elles ne valent pas même d'entrer en ligne de compte. De deux choses l'une : ou il s'agissait, dans ces cas, de ces pseudo-kystes dont M. Huguier, à l'Académie, et M. Verneuil, dans ce journal, ont donné une si bonne description; ou il s'agissait de vrais kystes accidentellement enflammés à la suite de la ponction, peut-être même avant, et alors mieux vaut se fier à l'action spécifique de l'iode et pratiquer l'injection que de compter sur une phlegmasie qui, ainsi que l'a surtout montré M. Cruveilhier, peut être fort dangereuse.

La ponction simple n'est donc réellement qu'un palliatif. A ce titre, elle ne mérite ni l'*excès d'honneur*, ni l'*excès d'indignité* dont elle a été l'objet à l'Académie. Malgré les quelques malheurs dont M. Cruveilhier et M. Velpeau ont été témoins, il ressort de tout le débat, même aux yeux de ces deux honorables membres, que la ponction est presque constamment inoffensive. M. Velpeau, qui le premier, si nous ne nous trompons, avait troublé la sécurité des opérateurs, parce qu'il n'avait montré qu'un tout petit côté de sa grande pratique, a fini par renchérir sur M. Jobert, qui avait cherché à les rassurer. Mais si cette opération n'est pas dangereuse, est-elle bien efficace? Après l'argumentation de M. Cazeaux, et en recueillant nos propres souvenirs, nous restons convaincu de deux choses : la première, c'est que la ponction appelle la ponction, et que le kyste se remplit d'autant plus vite qu'on l'évacue plus souvent; la seconde, c'est que le liquide tend de plus en plus, chaque fois qu'il se reproduit, à devenir lactescent d'abord, puis purulent. Et c'est pour cela qu'on voit succomber rapidement, une fois le traitement palliatif commencé, tant de femmes qui jusque-là n'avaient souffert que du volume de la tumeur.

Si donc la ponction simple veut prétendre à primer l'injection iodée, il faut qu'elle prouve que cette dernière fait courir à la malade beaucoup plus de dangers; car, à égalité de chances, et même avec un peu plus de chances défavorables du côté de l'injection, il est plus sage de recourir tout de suite au moyen qui promet la guérison définitive. Eh bien! sur le chapitre de l'innocuité, les discours ont été tout aussi affirmatifs, tout aussi concordants, pour l'injection iodée que pour la ponction simple. Nous citerons surtout MM. Huguier, Jobert et Velpeau. Le premier, il est vrai, a cité un cas présumé de péritonite, mais la malade a guéri; et ce cas, d'ailleurs, n'est que l'analogue et l'équivalent de ceux qu'on a également observés à la suite de la ponction simple.

Ainsi les deux modes d'opération sont inoffensifs; ils le sont à un degré sensiblement égal : l'un, en remédiant à des accidents actuels, tels que la dyspnée, de mauvaises diges-

(1) M. le docteur Lalesque (de la Teste) vient de publier, dans le Journal de médecine de Bordeaux (janvier 1857), une observation intéressante de kyste ovarique guéri par une ponction simple, suivie de l'emploi de la gomme-gutte à haute dose et des bains de mer. L'auteur attribue une certaine influence à cette médication. Nous ne pouvons, sans doute, contester formellement cette influence; mais comme on a déjà vu des kystes de l'ovaire ne pas se reproduire après une ponction simple, sans aucune médication interne, la signification de ce fait reste nécessairement douteuse. L'auteur ne s'exprime d'ailleurs sur ce point qu'avec une sage réserve. A. D.

» obligé d'opérer un peu malgré lui. Il fit donc une incision circulaire de la peau, vers le milieu, dans toute l'*épaisseur de la verge* (sic), ensuite il tira le tégument vers le bout, jusqu'à ce » que le gland fût couvert et le milieu de la verge dénudé, l'espace » de deux travers de doigt, dans toute sa circonférence. La plaie » fut pansée avec de la charpie sèche, à cause de l'hémorrhagie, et » la portion de peau dont le prépuce avait été fait fut assujettie » sur le gland par le moyen d'une bandelette emplastique. L'appareil ne fut levé que le troisième jour. Tout était disposé de » manière que malade et chirurgien ne doutaient presque point de » la réussite. »

Première remarque. — J.-L. Petit, comme vous le voyez, a employé le premier procédé de Celse dans toute sa simplicité; mais son érudition est aussi silencieuse que celle du bon Paré. Sans doute il pensait aussi qu'on ne fait nul tort à une chandelle allumée en y allumant la sienne. Mais passons à la suite, qui est fort instructive.

« Le premier appareil fut levé sans douleur, la plaie fut recouverte de simples plumasseaux de Baume d'Arcæus. La peau qui » formait le prépuce continua à être retenue, la suppuration s'établit peu abondante. Les chairs se disposèrent à former la cicatrice, J.-L. Petit criait déjà victoire, quand il s'aperçut de deux » choses qui le firent désespérer du succès :

» 1° A mesure que la cicatrice se formait, l'endroit de la verge » à laquelle il avait pour ainsi dire dérobé de la peau devenait » chaque jour plus étroit, c'est-à-dire que la distance entre les » deux parties de la peau coupée *était moindre de jour en jour*..

» 2° La partie de la peau du côté du gland se gonfla, et le prépuce factice commença peu à peu à ne plus couvrir le gland, » soit à cause de ce gonflement qui l'empêchait de s'étendre, soit » à cause de la cicatrice *qui le retirait vers la racine de la verge*.

» *Conclusion*. — Enfin le malade n'eut, pour tout fruit de l'opération, que la satisfaction d'avoir eu un prépuce pendant sept à » huit jours. » Le salaire, vous en conviendrez avec J.-L. Petit et avec moi, ne valait pas la peine.

Deuxième remarque. — Voilà signalée d'une façon très explicite

tions, etc., expose presque sûrement à une aggravation de la maladie ; l'autre ouvre la chance d'une guérison définitive. Quelle est la mesure de cette chance ? On a vu dans ce journal (1856, p. 833) le relevé de la pratique de M. Boinet : sur 45 kystes, 31 succès, 5 insuccès et 9 morts. Nous savons que ces résultats ont été contestés par M. Robert, qu'ils le sont par d'autres chirurgiens encore; mais, même en supposant une défalcation notable, le résultat serait encore très beau. Nous n'oublions pas non plus que, sur 130 cas d'injection iodée, rassemblés de divers côtés, M. Velpeau compte 30 décès ; mais lui-même en attribue les *deux tiers* à une autre cause que l'injection, c'est-à-dire au procédé de la canule à demeure, et, sur les 100 cas restants, il y a 64 guérisons ! Ce n'est pas tout : pour apprécier équitablement la valeur comparative de cette méthode, il faut faire bon marché des simples insuccès ; car, nous l'avons dit ailleurs, des insuccès ne sont pas des malheurs, et la ponction en donne bien d'autres, puisqu'elle est ostensiblement destinée à ne pas guérir. Enfin, il faudrait savoir si l'injection a eu quelque part à la terminaison fatale : car on meurt aussi, et parfois très rapidement, sous le régime palliatif; on meurt sans traitement aucun, par les progrès mêmes de la maladie, et une mort, nous le disons très sérieusement, peut n'être qu'un *insuccès*.

Mais la ponction simple doit-elle toujours céder le pas à l'injection iodée ? Non, certainement. Il y a des kystes qui, par leur composition intime, par leurs dispositions anatomiques, par la nature de leur contenu, ne sont susceptibles que d'opérations palliatives. Sur ce point on ne peut rien dire de mieux que ce qu'a dit M. Cruveilhier d'abord, M. Huguier ensuite, et nous nous contentons de renvoyer à leur argumentation, qui paraît répondre au sentiment de la grande majorité des chirurgiens.

Mais un point important, sur lequel l'accord est moins unanime, c'est la détermination de l'époque à laquelle il convient d'agir. Attendre, pour se décider à une opération, que l'affection à laquelle on veut remédier devienne un danger pour le malade, semble tout d'abord d'une sage pratique : nous-même étions disposé à donner ce précepte au commencement de la discussion. Pourtant il y a lieu ici au *distinguo*. On conçoit parfaitement une telle conduite de la part de ceux qui prêchent le traitement palliatif, et nous les appuyons même en cela d'une raison qui n'est probablement pas de leur goût, à savoir la nécessité de ponctions de plus en plus rapprochées et les graves inconvénients qui en résultent. De la part des partisans de l'injection iodée, nous comprenons moins la temporisation. Il est certain que les dangers, si rares qu'ils soient, de l'opération, seront d'autant moins à redouter que le kyste sera plus petit, surtout si l'on prend des précautions pour empêcher l'extravasation de la liqueur iodée ou du liquide de la poche dans le péritoine. La chance de guérison suivra la même proportion. M. Jobert l'a dit, les kystes volumineux guérissent très difficilement, n'importe par quelle méthode. Le meilleur motif de détermination, suivant nous, c'est la marche de la tumeur. Fût-elle très grosse, si elle fait peu de progrès, il faut la respecter. N'eût-elle que de petites dimensions (assez grandes toutefois pour rendre l'opération facile), si elle s'accroît avec quelque rapidité, il vaut infiniment mieux y pratiquer immédiatement une injection que d'attendre l'époque où cette injection courra le risque d'échouer. C'est là, du reste, à peu près l'opinion exprimée par un membre qui est intervenu dans la discussion avec modestie, mais avec un grand bon sens, M. le docteur Gimelle.

A. Dechambre.

Deux communications importantes ont été faites mardi dernier à l'Académie de médecine, qui toutes deux, à des titres divers, intéressent la vaccine : l'une est de M. Bertillon, médecin de l'hospice de Montmorency, l'autre de M. Leblanc, membre de l'Académie.

Le nouveau travail de M. Bertillon, extrait d'une publication actuellement sous presse, présente sous de nouvelles faces, appuie de nouvelles preuves les opinions qu'il a si fortement défendues l'année dernière dans ce journal même et ailleurs. C'est la continuation de l'œuvre à laquelle il s'est voué depuis plusieurs années avec un talent et une sagacité qui lui ont valu cette année même, comme on se le rappelle, une haute récompense. Le mérite particulier de son intervention, celui qui lui crée une place à part entre ceux qui se sont occupés du même sujet, c'est de ne pas se borner à mettre à nu les erreurs des adversaires de la vaccine, mais de faire toucher du doigt la cause de ces erreurs et de montrer qu'elles découlent moins de faits inexacts que de fausses interprétations. C'est ainsi qu'on apprend de lui, mieux que de tout autre, à ne pas s'effrayer des machines de statistique qui sont la grosse artillerie des vaccinophobes.

La lecture de M. Leblanc touche à l'origine du vaccin.

Le 26 mai de l'année dernière, MM. Maunoury et Pichot

---

la rétractilité du tissu cicatriciel, voilà une récidive décrite en forme, et je m'étonne bien que Delpech n'ait pas tiré parti de ce fait important. Il y a toute une doctrine chirurgicale dans cet insuccès, sans compter qu'il y a toute une opération autoplastique. Où pourrais-je trouver une démonstration plus évidente de l'utilité des recherches historiques et critiques ? Si l'on avait connu et compris l'observation de J.-L. Petit, aurait-il fallu attendre l'illustre chirurgien de Montpellier et son mémoire sur l'inflammation pour s'apercevoir de l'inutilité des incisions simples pour rendre aux parties trop courtes l'ampleur qui leur manque?

Mais l'*oculos habent et non videbunt* est endémique dans la science. Et n'avez-vous pas vu Dupuytren prétendre qu'on guérissait les brides cicatricielles en les incisant en travers ?

Si je ne craignais de sortir de mon sujet, je vous rappellerais encore la protestation si nette, si concluante, de Maître-Jan contre les incisions de Celse dans la lagophthalmie et l'ectropion, et vous penseriez sans doute, avec moi, que Delpech avait été précédé par J.-L. Petit et le célèbre oculiste de Méry-sur-Seine, et qu'il aurait bien fait de les citer s'il les avait lus, ou de les lire s'il avait oublié de le faire.

Mais je trouve encore dans la narration de J.-L. Petit une notion tout à fait nouvelle pour l'époque : je veux parler de la mention d'une difformité substituée à une autre par une opération réparatrice, chose qui n'est pas très exceptionnelle même de nos jours, ex. : certaines rhinoplasties, certaines blépharoplasties, etc. Je poursuis donc la citation textuelle :

« Pendant un an et plus il eut la *verge très difforme;* car la » peau du côté du gland, restant gonflée, formait un bourrelet qui » s'élevait plus que le gland de la grosseur du doigt. »

Troisième remarque. — J.-L. Petit ne donne pas la théorie de cette difformité consécutive qui est commune à la plupart des cicatrices saillantes, et dont Maître-Jan a parfaitement exposé le mécanisme. Permettez-moi de remplir la lacune. Lorsqu'une perte de substance envahit *toute la circonférence* d'un membre, bras, jambe, verge, la cicatrice consécutive forme autour de lui une bride annulaire qui l'étrangle comme une bague étrangle son

communiquèrent à l'Académie de médecine un cas présumé d'inoculation des *eaux aux jambes* du cheval à l'homme, observation qui viendrait à l'appui de cette opinion de Jenner, que le cow-pox tire sa première origine du cheval (Gazette hebdomadaire, 1856, p. 390). Ce fait, ou plutôt les conclusions qu'on en tirait, avaient alors soulevé de la part de M. Leblanc quelques objections (*Ibid.*, 422); mais il ne s'en est pas tenu là, et, depuis cette époque, il a pris sur ce fait de nouveaux renseignements qu'il est venu communiquer mardi à l'Académie et qui ont été de sa part l'objet de nouveaux commentaires. Quand l'individu supposé inoculé a ferré le cheval affecté d'eaux aux jambes, l'animal avait cette affection depuis six mois; il était logé dans une écurie mal aérée, en commun avec deux vaches et une génisse, qui n'ont pas eu le cow-pox. Nous ne pouvons rien dire du fait en lui-même; mais, parmi les remarques de M. Leblanc, il en est une à laquelle nous adhérons pleinement : c'est que, en général, rien n'est plus confusément présenté, dans les livres des médecins qui ont parlé de la vaccine, que cette hideuse maladie du cheval. Les vétérinaires mêmes n'ont pas encore donné une histoire convenable de cette maladie. Et pourtant une bonne description de ses formes et de ses variétés permettrait aisément aux médecins de la diagnostiquer; car les cochers, les palefreniers, les paysans et tous ceux qui ont l'habitude de soigner des chevaux la reconnaissent très bien, même à son début.

M. Trousseau, oubliant que le sang de rate est une maladie de nature charbonneuse et se rappelant la fréquence de la pustule maligne dans le département d'Eure-et-Loir, où le sang de rate est enzootique, voit dans la communication de la pustule maligne à l'homme par la maladie du mouton un argument favorable, par analogie, à l'admission de la vaccine engendrée par les eaux aux jambes du cheval. Il est même allé jusqu'à dire que la vaccine n'était pas inoculable de l'homme à la vache, et que ni M. de Puységur, ni M. Bretonneau, ni lui-même n'y avaient jamais réussi. Mais sur ce dernier point, M. Delafond et M. Bousquet ont clairement montré, ce nous semble, que l'insuccès dépendait de quelque vice dans l'expérimentation. Entre leurs mains, en effet, l'inoculation a eu un succès complet, et nous croyons, avec M. Bousquet, qu'il en sera le plus souvent ainsi, quand on prendra le soin de choisir des génisses, pour être plus sûr que l'animal n'aura pas eu déjà le cow-pox, ou sera encore apte à le contracter.

Ces faits remettent en mémoire les inoculations si curieuses et si intéressantes du docteur Valentin, qui a vacciné des chèvres, des ânesses, des chiens et des moutons : la vaccine s'est développée sur tous ces animaux, il a transmis à l'homme la matière qui en a été produite, et il a toujours eu le même succès que s'il l'eût prise sur le pis des vaches ou sur un enfant vacciné.

En résumé, comme la maladie du cheval décrite sous le nom d'*eaux aux jambes* est encore très incomplétement connue, comme aussi Biett admettait quelque chose de spécial dans l'ecthyma qui naît quelquefois par le contact des produits de sécrétion de cette maladie du cheval, il faut bien penser que la question débattue n'est pas encore mûre et qu'il est utile et prudent de réserver ses conclusions. Ces réserves permettront de considérer avec une plus grande indépendance d'esprit des faits qu'on peut seulement entrevoir aujourd'hui, et dont il n'est même pas possible de pressentir les développements ultérieurs.

A. Dechambre et Patté.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la thyroïdite (*Goître aigu*) et du goître enflammé (*Goître chronique enflammé*), par L.-J. Bauchet, docteur en médecine, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Mémoire présenté à la Société de médecine du département de la Seine, le 25 juillet 1856.

(Suite et fin. — Voyez les numéros 2, 4 et 5, tome IV.)

De toutes ces propositions ressortent diverses indications pour le Traitement, que l'inflammation ait envahi un goître préexistant, ou que l'on ait affaire à une thyroïdite aiguë pure et simple, la première indication est celle-ci :

« Combattre le travail inflammatoire, tâcher d'éviter la » suppuration. »

Pour y arriver, on emploiera les antiphlogistiques, les résolutifs, les dérivatifs. — On peut pratiquer une ou plusieurs saignées générales, si le malade est fort pléthorique et que l'inflammation soit très intense.

Le plus souvent, on aura recours à une ou deux applications de dix, quinze, trente sangsues; après quoi on fera des

---

doigt, comme le phimosis étrangle le gland quand il est transformé en paraphimosis, comme le sphincter anal étrangle le bourrelet hémorrhoïdal, etc. C'est là une variété importante de cicatrice vicieuse qu'on n'a pas assez étudiée dans sa généralité, et qui, d'après Delpech, agirait même jusque dans certains ectropions. Ces anneaux cicatriciels, munis d'une rétractilité incessante, amènent lentement, mais sûrement, le gonflement, l'œdème du segment sous-jacent du membre, et bien plus facilement encore l'engorgement d'un repli cutané comme le prépuce, d'ailleurs si exposé à l'infiltration. Joignez d'ailleurs l'interruption de la circulation en retour par suite de la section circulaire suivie de sa bride inodulaire, et je crois que l'on comprendra sans peine comment la verge du malheureux opéré de J.-L. Petit devint difforme.

Par bonheur, la nature voulut bien se charger de faire disparaître les stigmates fâcheux de l'intervention chirurgicale, grâce à la vigueur dont elle avait bien voulu douer le patient.

« L'endroit de l'incision, ajoute J.-L. Petit, fut longtemps étroit » et *comme étranglé* par la cicatrice dure qui s'y forma; mais comme » le malade était fort et vigoureux, les fréquentes érections l'élargirent, et la verge prit sa forme naturelle, ou, pour mieux dire, » celle qu'elle avait avant cette opération infructueuse. »

Ce dernier paragraphe, à la vérité, ne serait pas assez chaste pour figurer dans un éloge de J.-L. Petit lu à l'Académie un jour de séance solennelle; mais, pour nous autres chirurgiens à oreilles endurcies, il est des plus instructifs, car il démontre la possibilité de vaincre à la longue la résistance d'un tel rétrécissement cicatriciel par la dilatation temporaire et intermittente bien entendu.

Je ne m'arrête pas aux motifs exposés par J.-L. Petit pour la justification de sa conduite; j'aime mieux lui voir dire avec franchise : « Je conclus donc que, dans l'un et l'autre cas, il ne faut » pas faire l'opération, quoique je l'aie faite. J'ai cru devoir faire » part du mauvais succès pour prévenir ceux qui seraient tentés de » faire dans la suite de pareilles tentatives. »

Cet alinéa n'est pas le moins important de toute l'observation; il renferme un précepte, non plus de l'ordre opératoire, mais de

onctions avec l'onguent napolitain simple ou belladoné, et le goître sera recouvert de cataplasmes.

Voilà pour le premier et le second jour. Dès le second ou le troisième, on purgera les malades avec le sulfate de magnésie ou de soude.

S'il survient de l'anxiété, de l'agitation, on usera utilement des opiacés à l'intérieur et sur la tumeur : à l'intérieur, 3 à 6 centigrammes d'extrait d'opium, ou 25 à 30 grammes de sirop de codéine, de sirop diacode, etc.

Si, dès le troisième ou le quatrième jour de traitement, on voit persister les symptômes inflammatoires, on peut revenir à une application de sangsues et à un nouveau purgatif, suivant l'état général du malade.

A cette époque, le médecin possède un bon moyen de traitement : je veux parler du vésicatoire volant.

Le vésicatoire a un double but. Si la tumeur a de la tendance à marcher vers la résolution, il active ce travail ; si la maladie est trop avancée, si le pus est déjà formé par places, mais non encore réuni en collection, le vésicatoire devient le meilleur maturatif que nous possédions. Ce traitement a été mis en usage par M. Velpeau, et l'on peut voir les bons résultats qu'il a donnés, en lisant les observations que j'ai rapportées.

A cette période donc, vers la fin du premier septénaire, de deux choses l'une : ou l'inflammation va disparaître et la maladie se terminer par résolution ; ou la suppuration est établie dans le corps thyroïde.

Dans la première hypothèse, il faut favoriser, aider le travail résolutif. Les onctions avec la pommade mercurielle, avec la pommade d'iodure de plomb ou d'iodure de potassium iodée, quelques laxatifs; et, si la tumeur disparaît lentement, l'iodure de potassium à l'intérieur. Telle est sommairement la marche que l'on devra suivre. Le goître mettra un temps variable pour disparaître, suivant que l'inflammation a été plus ou moins intense, ou que la maladie a revêtu, dès le début, la marche subaiguë ou chronique, ou que les symptômes inflammatoires ont envahi une tumeur thyroïdienne dont l'apparition remontait à une époque plus ou moins ancienne. En prenant en considération ces diverses circonstances, on insistera plus ou moins sur les résolutifs à l'intérieur et à l'extérieur. Il serait bon aussi, si la tumeur restait stationnaire, de revenir à l'application d'un nouveau vésicatoire ou d'un emplâtre de ciguë ou de savon.

S'agit-il d'une thyroïdite récente, aiguë ou subaiguë? Continuer le traitement jusqu'à ce que la tumeur ait complétement disparu, ou, tout au moins, jusqu'à ce que l'on soit bien convaincu que l'on ne gagne plus rien à l'aide des diverses médications que l'on met en usage, et s'arrêter alors, de peur de détériorer inutilement la constitution du malade.

S'agit-il d'un goître solide ou liquide, qui s'est enflammé accidentellement, et dans lequel l'inflammation s'est arrêtée? Insister encore, et surtout, sur les résolutifs, sur les préparations iodées. Il ne faut pas perdre de vue que cette tumeur disparaîtra plus lentement que dans le cas précédent, si tant est qu'elle diminue de volume.

Dans l'un et l'autre cas, employer par la suite, si la tumeur est rebelle au traitement, les moyens que l'on met en usage pour tenter la cure radicale du goître, surtout du goître liquide. Ponctions, injections iodées, etc. Mais ce n'est pas le lieu d'examiner ici cette question.

Si la thyroïdite marche vers la suppuration, donner de bonne heure issue au pus qui est formé, afin d'éviter les décollements, les fusées, etc. ; inciser tous les foyers qui se présentent.

Si l'abcès n'occupe qu'un des lobes du corps thyroïde, et qu'il soit situé sur les parties latérales de la trachée, il ne faut pas redouter la présence de l'artère carotide ou de la veine jugulaire : ces organes importants seront nécessairement derrière le foyer. Je ne vois pas d'anomalie possible, à moins que l'inflammation se soit propagée dans le tissu cellulaire, dans la gaîne des vaisseaux, et ait amené la formation d'un abcès dans cette région. On évitera alors le danger de blesser l'artère et la veine, parce que l'on aura toujours pour se guider la position de ces vaisseaux et surtout le battement de la carotide.

Si le foyer est placé sur la ligne médiane, l'incision peut être faite sans crainte.

Je n'emploierai pas pour ces abcès de grandes incisions, d'abord parce qu'ils sont en général peu volumineux, ensuite parce que je redouterais une inflammation trop vive, si je faisais une large ouverture. Un, deux ou trois centimètres d'étendue suffisent à l'écoulement du pus, surtout si l'on a soin, autant que possible, de pratiquer l'ouverture dans un point déclive.

J'ai examiné plus haut le cas où il se formerait un petit abcès à côté d'autres collections hématiques, et j'ai indiqué le moyen d'éviter une incision dangereuse. Une fois l'incision faite, le pus s'écoule, et, le lendemain et les jours suivants, on fait dans la poche une injection d'eau d'orge, ou d'eau

---

l'ordre moral, choses qu'on sépare trop souvent. On n'a pas renouvelé l'essai malheureux de J.-L. Petit pour le prépuce ; mais, pour d'autres opérations même, on a rarement écouté le précepte sage et honnête qui termine le récit.

Mais revenons à Celse. J.-L. Petit, qui avait évidemment renouvelé son premier procédé, ne parle pas du second. Il faut franchir une longue suite d'années pour retrouver le passage de l'auteur romain rapporté dans son entier.

En effet, les chirurgiens grands et petits de la fin du siècle dernier et du commencement de celui-ci, remarquables par l'excessive médiocrité de leurs livres (Sabatier excepté), ne parlent point des opérations de Celse, ou ils en parlent si peu ou si mal, que le silence eût été préférable.

L'omission est complète dans Desault et Chopart (1) ; Benjamin Bell, Sabatier et ses éditeurs (2) ; et dans Léveillé (3). Les deux

(1) *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui les concernent*, 1779.
(2) *De la médec. opératoire*, t. IV, p. 484, édit. Dupuytren, Sanson et Bégin, 1832.
(3) *Nouvelle doctrine chirurgicale*, 4 vol., 1812, t. I, p. 141.

derniers ouvrages contiennent cependant un chapitre général sur les vices de conformation congénitaux.

Lassus signale le paraphimosis de naissance, auquel « l'art ne peut remédier, parce qu'il n'est pas en son pouvoir de créer un prépuce. » Ce que J.-L. Petit savait bien, mais ce qui prouve que Lassus n'avait aucune idée des procédés de restauration organique (*Médecine opératoire*, t. II, p. 83, an III de la République française).

Le chevalier Richerand, un des chirurgiens les moins impartiaux et les plus ignorants qui aient existé, parle de l'absence du prépuce. « Rien ne peut y remédier, dit-il; l'opération conseillée dans Celse, pour laquelle on propose de fabriquer un nouveau prépuce aux dépens de la peau qui recouvre la verge, n'a pu être imaginée que par les anciens, étrangers à toute idée du véritable mécanisme de la cicatrisation des plaies. » (*Nosographie chirurgicale*, t. IV, p. 335, 4e édition, 1815.) Il paraît que l'auteur avait la prétention de connaître ce véritable mécanisme, ce qu'il est permis de contester.

chlorurée, ou de teinture d'iode, jusqu'à ce que la poche soit complétement fermée.

Le temps que mettront ces collections pour disparaître varie suivant leur étendue et suivant qu'elles sont anciennes ou récentes, primitivement remplies de sang ou de sérosité plus ou moins sanguinolente. Les malades guériront dans l'espace d'un mois, six semaines, deux mois, et même quelquefois davantage.

Tout en conseillant les petites incisions, j'ajouterai qu'on doit leur donner un peu plus d'étendue pour les foyers hématiques que pour les foyers franchement purulents.

Ici encore, les laxatifs, les iodiques, et même, dans certains cas, les toniques, les ferrugineux, seront utilement mis en usage.

Peut-être, pour de pareils abcès, aurais-je recours à ces tubes fenêtrés de caoutchouc, que M. Chassaignac emploie souvent pour pratiquer ce qu'il appelle le *drainage chirurgical*. On n'a que deux petites ouvertures par lesquelles passe le tube-séton, et on peut si bien laver et nettoyer le foyer.

J'ai essayé d'esquisser rapidement le tableau du goître aigu et du goître chronique enflammé. Je n'ai rien négligé pour chercher à remplir la tâche que je m'étais imposée. Il me reste, pour compléter le programme que je me suis tracé en commençant, à rapporter une belle observation de goître suffocant que je dois à M. Gosselin, et qui pouvait être pris pour un cas de goître aigu.

Je n'ajouterai plus qu'un mot. M. Béraud, prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux, me disait aujourd'hui (15 mai 1856) que, « dans toutes les thyroïdites qu'il avait rencontrées, toujours il avait constaté des symptômes de fièvre franchement intermittente, des accès franchement, nettement périodiques. » Je n'ai rien vu de semblable chez les malades dont j'ai donné les observations. J'enregistre ce fait, qui appartient à M. Béraud, pour qu'on cherche à le vérifier, quand il sera donné de voir de nouveaux cas de thyroïdite.

Obs. VII. — *Goître suffocant, simulant une thyroïdite.* — Hôpital Cochin (service de M. Gosselin), 18 mai 1855. — Lala Octavie, âgée de seize ans, blanchisseuse, à Jouy (Seine-et-Oise), porte depuis dix-huit mois, sur la ligne médiane et au bas du cou, une grosseur qui pendant longtemps est restée indolente et sans gêner la respiration, mais qui, depuis un mois, a augmenté rapidement de volume et est devenue douloureuse.

La tumeur est médiocre, paraît un peu moins grosse que le poing de la malade, s'enfonce derrière le sternum, sans tendre notablement, ou au moins d'une manière appréciable, les sterno-mastoïdiens. Quand la malade est couchée sur le dos, et quelquefois quand elle est debout, la respiration est gênée, fréquente et accompagnée d'un bruit de souffle ou de cornage. Quand elle est couchée sur un côté, et surtout la tête penchée en avant, la respiration est plus libre ; la tumeur paraît fluctuante.

25 *mai*. Une ponction exploratrice est faite et donne issue à un verre environ d'un liquide filant, de couleur brune, formée par un mélange de sérosité avec un peu de sang. La tumeur a presque complétement disparu après l'évacuation du liquide.

7 *juin*. Deux injections de teinture d'iode : la première, d'un tiers d'iode pour deux tiers d'eau, est restée trois minutes ; la seconde, contenant parties égales d'eau et de teinture, est restée deux minutes.

8 *juin*. Il y a eu hier un mouvement fébrile à quatre heures de l'après-midi, et, ce matin encore, de la fièvre précédée de frissons. Céphalalgie ; 116 pulsations ; douleur pendant les mouvements et à la pression du cou ; peu de gêne dans la déglutition, point de suffocation.

9 *juin*. Il y a un peu moins de douleur ; mais le gonflement est assez considérable pour que la tumeur soit devenue un peu plus grosse qu'avant l'opération, sans cependant provoquer de suffocation. Il y a seulement un peu de gêne dans la déglutition. Légère stomatite diphthéritique avec de la salivation.

10 *juin*. Il y a eu tous ces jours derniers, et il y a encore aujourd'hui, un peu d'iode dans l'urine. Le pouls est à 112. Quelques vomissements ; inappétence. La tumeur grossit, rougit sans donner de suffocation, et paraît marcher vers la suppuration ; la piqûre du trocart pourtant ne suppure pas.

12 *juin*. La fièvre tombe, l'inflammation diminue ; il n'y a plus d'iode dans l'urine.

15 *juin*. La piqûre de la dernière opération laisse écouler du pus qui vient évidemment de la poche.

16 *juin*. Incision de 2 centimètres, qui fait arriver dans une poche peu spacieuse, mais à parois très épaisses.

19 *juin*. Point de douleur ; le gonflement diminue, la suppuration est peu abondante, et la poche, dans laquelle un stylet pénètre assez profondément, n'a toujours qu'une petite étendue ; on introduit une mèche.

24 *juin*. La suppuration a augmenté avec le gonflement et la douleur depuis deux jours, et on trouve le matin, dans le cataplasme, un flocon de sang et de pus, comme on en voit souvent à la suite des injections iodées.

28 *juin*. Il ne reste qu'une cavité étroite et peu profonde ; le pus s'échappe librement ; la tumeur est à peine appréciable ; pas de suffocation. *Exeat*.

La malade revient le 3 juillet. La tumeur a sensiblement diminué ; mais il reste une ouverture fistuleuse qui donne issue à une certaine quantité de pus épais.

4 *août*. La malade revient à la consultation. Le trajet fistuleux est cicatrisé ; seulement, il y a une autre tumeur grosse comme

---

Une variante insignifiante de ce passage se lit dans le grand Dictionnaire en 60 volumes, à l'article *Prépuce* (*Dictionnaire en 60 volumes*, t. XLV, 1820). La besogne devient si facile quand on se contente de copier les maîtres !

Mais j'ai hâte de quitter cette période néfaste de notre littérature médicale. Boyer restaure Celse.

Nous retrouvons, enfin, dans son immortel ouvrage un chapitre sur la réparation du prépuce. Les deux procédés primitifs y sont exactement reproduits. L'insuccès de J.-L. Petit sert à condamner le premier, et le second est critiqué dans ces termes : « Cette opération devait être très douloureuse, quoi qu'en dise Celse ; cependant les historiens nous apprennent que, sous les empereurs, il n'était pas rare de voir à Rome des Juifs qui s'y soumettaient, dans la vue d'effacer les vestiges de leur origine et de s'exempter des tributs exorbitants imposés à cette nation et qui étaient perçus plus rigoureusement que tous les autres. » (*Traité des mal. chir.*, édit. Phil. Boyer, t. VI, p. 782, 1849.)

Je regrette que Boyer ne nous ait pas laissé le nom de *ces historiens*, car je ne puis me résoudre à entreprendre une campagne littéraire pour vérifier l'assertion. Ces historiens m'apprendraient sans doute que l'opération était couronnée de succès, et que ceux qui l'avaient subie pouvaient montrer sans crainte leur membre viril *reprépucé* aux receveurs de la gabelle impériale. A la vérité, si les historiens m'affirmaient la réussite du procédé, je n'en garderais pas moins par-devers moi mes doutes de chirurgien, qui m'inspirent peu de confiance dans les résultats du procédé en question.

Ces historiens dont parle Boyer sont, sans doute, les mêmes que ceux dont Daniel Le Clerc invoque le témoignage dans le passage suivant (*Histoire de la médecine*, La Haye, 1729, in-4°, p. 535) : « Quoique cette opération fût fort cruelle, il se rencontra plusieurs Juifs assez patients pour s'y soumettre, dans la vue de cacher leur naissance et leur religion, qui les exposaient à payer des impôts extraordinaires (Suétone, *in Domitiano*, cap. 12. — Martial, epig. 54, lib. 6) et qui les empêchaient de parvenir aux charges de l'empire romain. Quelques-uns de ces malheu-

une petite balle, à trois travers de doigt plus haut. Cette petite tumeur est dure et indolente.

Cette observation nous montre un goître kysteux, à marche lente d'abord, mais qui a pris un accroissement plus rapide et a amené des symptômes de suffocation rappelant ceux de la thyroïdite aiguë. Point de fièvre, point de rougeur, point de douleur spontanée ou à la pression. Tumeur comprimant la trachée et offrant tous les signes d'une tumeur thyroïdienne, mais ne pouvant se rapporter à la classe des affections que nous avons décrites.

Ponction, injection iodée, incision; suppuration, guérison.

Parmi les goîtres suffocants, les uns sont formés par une tumeur dure, solide, les autres par des kystes, comme dans le fait que je viens de citer. Dans ces cas, la conduite que doit tenir le chirurgien est celle qu'a adoptée M. Gosselin.

Trop heureux quand on rencontre une tumeur franchement liquide et dont on peut débarrasser les malades sans les exposer aux dangers si redoutables des opérations qui ont été quelquefois pratiquées pour des goîtres solides.

Ce fait montre une fois de plus combien, dans certains cas, il est difficile de percevoir nettement la fluctuation; bien que cette tumeur fût constituée par un kyste, il était impossible d'affirmer qu'elle fût franchement liquide. Dans une pareille circonstance, et même encore dans des cas plus douteux, il est toujours bon, toujours utile, de pratiquer une ponction exploratrice. Enfin, j'ai rapporté cette observation parce qu'elle offrait, *à priori*, quelques-uns des caractères de la thyroïdite; sa marche, plus rapide depuis un mois, pouvait induire en erreur. Cependant, avec un peu d'attention, et en pesant bien les symptômes inflammatoires que j'ai décrits avec détail, et qui manquaient dans ce fait, il sera possible, il sera facile d'arriver à un diagnostic certain.

SAIGNÉE DE LA VEINE JUGULAIRE EXTERNE DANS L'ASPHYXIE, CONSIDÉRÉE SOUS LE POINT DE VUE ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE, AVEC DES REMARQUES SUR LA VALVULE DES VEINES DU COU, par J. STRUTHERS, professeur d'anatomie à Édimbourg.

(Suite et fin. Voir le tome III, n° 52; t. IV, n° 3.)

EXPÉR. IV. — *Cadavre d'une vieille femme.* — Le crâne ayant été ouvert pour en retirer le cerveau, on constate que le liquide de l'injection poussée par la région de l'aine s'écoule par les ouvertures des sinus de la dure-mère; l'écoulement continue, quoiqu'on ait cherché à le prévenir par le tamponnement de ces ouvertures.

Les veines jugulaires externes ne peuvent pas se distendre par l'injection; celle du côté droit est légèrement distendue, mais celle du côté gauche ne l'est pas du tout. En pressant avec les doigts, on fait filer le liquide de la veine jugulaire droite vers la partie supérieure comme s'il n'y avait de valvules dans ce vaisseau. La libre issue du liquide par les ouvertures crâniennes l'empêchait de descendre et de remplir par reflux les veines jugulaires.

On pratique, avec une lancette, une ponction à la partie inférieure de la veine jugulaire externe droite; il n'en sort rien, quoiqu'on ait fait une large injection par l'aine; le liquide cependant continue à couler par les ouvertures des sinus crâniens.

On introduit ensuite une sonde dans les veines. L'introduction de cet instrument dans la veine sous-clavière est exécutée de manière à tenir écartée et à déprimer une valvule. Cette manœuvre est suivie d'un écoulement continu non saccadé, frémissant, comme dans les expériences qui ont été faites précédemment sans faire usage de la sonde; l'écoulement du liquide cesse aussitôt que cet instrument a été retiré. La sonde, sans mandrin, a été introduite ensuite dans la veine cave; mais à peine avait-elle pénétré dans la veine sous-clavière, qu'elle donne librement issue à du liquide, comme lorsqu'on vide une vessie distendue, pour cesser aussitôt que l'instrument a abandonné la veine sous-clavière.

En répétant ces expériences, il faut prendre garde que des caillots sanguins ne viennent boucher les yeux de la sonde ou les ouvertures des vaisseaux, comme cela nous est arrivé quelquefois. Après qu'on s'en est débarrassé, il s'est écoulé un peu de liquide.

Nous concluons de ces expériences que le reflux du sang par la veine jugulaire ne peut se faire, à moins que ce vaisseau ne soit distendu par le liquide, afin de vaincre les valvules terminales. Dans cette dernière expérience, la distension de la veine a été empêchée par l'ouverture des sinus crâniens; l'issue facile du liquide par les sinus béants prouve qu'il a reflué en arrière de la paire de valvules située à l'embouchure de la veine jugulaire interne. La dissection nous a montré une cause suffisante pour expliquer l'absence de reflux par la veine jugulaire externe, à savoir la présence de deux paires de valvules situées entre son embouchure et l'ouverture pratiquée par la lancette. Chez ce sujet, la veine jugulaire externe offrait trois paires de valvules : la plus inférieure, placée à son embouchure et tout près, comme cela a lieu ordinairement; la seconde entre cette dernière et la plaie de la lancette. Le liquide se trouvait impuissant pour forcer la seconde paire de valvules, mais sortait facilement

---

» reux avaient commencé à couvrir les marques de la circoncision, » déjà dans le temps d'Antiochus l'Illustre, comme Josèphe lui-même » le remarque (lib. XII, cap. VI), afin, dit l'auteur juif, qu'ils ne » pussent être distingués des Grecs, lorsqu'en courant ou en luttant » ils seraient nus. »

Si Boyer m'avait par un simple renvoi adressé à Le Clerc, j'aurais l'esprit plus tranquille.

(*La suite à un prochain numéro.*)

AR. VERNEUIL,
Agrégé à la Faculté de médecine de Paris

— M. Velpeau vient d'être élu membre honoraire de la Société royale médico-chirurgicale de Londres.

— COURS PUBLIC D'ACCOUCHEMENTS. M. le docteur Hippolyte Blot, ex-chef de clinique d'accouchements à la Faculté, commencera ce cours le 16 février à midi, amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera à la même heure, les lundis, mercredis et vendredis.

— M. le préfet de police fait publier un avis du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, ayant pour but de prévenir de nouveau le public des dangers résultant de l'emploi d'appareils de chauffage non pourvus de tuyaux de conduite, destinés à communiquer avec l'air extérieur, et à rejeter au dehors les gaz nuisibles produits par la combustion.

---

aussitôt qu'elles avaient été écartées au moyen de la sonde.

Les moyens à employer pour rappeler à la vie les asphyxiés doivent être déduits de connaissances physiologiques précises. Les expériences du docteur Reid nous ont appris que, dans l'asphyxie, du sang noir passe d'abord dans les poumons pour circuler ensuite librement dans les artères. Que ce soit par suite de l'influence du sang veineux ou de l'absence d'un stimulant produit par le sang artériel, les fonctions du cerveau et de la moelle allongée sont paralysées ; ainsi, chez les noyés, chez ceux même qui ont séjourné peu de temps dans l'eau, la respiration ne se rétablit pas, bien que le poumon se trouve en contact avec l'air. Cela vient de ce que le cerveau, se trouvant dans un état d'intoxication, n'est pas averti des impressions reçues par la membrane pulmonaire, et ne peut pas exciter les mouvements respiratoires. Ces considérations ne doivent avoir quelque influence sur le traitement à employer dans l'asphyxie, qu'en nous rappelant que c'est seulement après avoir exécuté une respiration artificielle, que du sang hématosé peut arriver au cerveau ; qu'on doit dès lors persévérer à pratiquer la respiration artificielle, en vue d'exciter le cerveau par un sang hématosé, d'artérialiser le cerveau ; que c'est seulement alors que les mouvements naturels de la poitrine pourront s'exécuter. Aussitôt après que les fonctions du cerveau ont été suspendues, les autres fonctions vitales cessent, et la circulation pulmonaire est arrêtée. La cause première de cet arrêt de la circulation pulmonaire est difficile à connaître : elle n'est pas seulement occasionnée par la cessation mécanique des mouvements respiratoires, car ces mouvements s'arrêtent dès le commencement, et le docteur Alison a montré que chez les animaux qu'on renferme dans de l'azote jusqu'à ce qu'ils y périssent, on observe aussi l'arrêt de la circulation pulmonaire. Que cet arrêt de la circulation soit dû, comme le pensent le docteur Alison et Reid, à la cessation des phénomènes chimiques de l'hématose, à l'épuisement de la provision d'oxygène renfermé dans les cellules pulmonaires, ou que, suivant M. Erichsen et autres, il soit produit par le spasme des capillaires, ce sont des questions qui importent peu à la pratique : ce qu'il lui importe de savoir, c'est qu'avant que la circulation reprenne son cours, les fonctions de la respiration doivent être rétablies, afin de chasser l'air vicié renfermé dans les poumons et de le remplacer par de l'air pur. Les moyens principaux indiqués par la physiologie pour rappeler à la vie les individus asphyxiés, c'est d'abord l'emploi de la respiration artificielle, dans le but de favoriser l'accomplissement des fonctions chimiques du poumon et le rétablissement de la circulation pulmonaire, afin de renvoyer au cerveau le sang hématosé ; de contribuer à décharger le trop-plein du cœur droit par le libre jeu de la circulation capillaire des poumons, comme dans une inspiration forcée, en agissant aussi mécaniquement sur le sang, comme le démontrent les recherches du docteur Reid.

Les autres indications à remplir dans le traitement de l'asphyxie sont de rétablir les fonctions du cœur. En effet, la stagnation du sang dans les poumons produit une accumulation, un trop-plein dans le ventricule droit du cœur paralyse ainsi l'action de cet organe, qui continue de fonctionner quelque temps après que la respiration a cessé. On peut se demander pourquoi le retour à la vie, après une immersion de peu de durée dans l'eau, n'a pas lieu tout de suite après la respiration artificielle bien faite ? Les rapports naturels du poumon et de l'air sont rétablis, et la respiration a commencé ; ce qui paraît faire défaut, dans ce cas, c'est l'action du cœur pour chasser le sang. Or, le cœur pulmonaire se trouve empêché, paralysé par une cause mécanique qui, à moins d'être éloignée par le reflux du sang, rendra impuissants tous les efforts employés pour rappeler les noyés à la vie.

Pour remplir donc ces pressantes indications, je conclus, d'après mes expériences et d'après les idées émises dans ce travail, 1° qu'il est possible, en général, de dégorger le cœur droit par la saignée de la veine jugulaire ; 2° qu'il y a toute raison de penser que cette saignée sera très utile pour rappeler les asphyxiés à la vie.

Toutes les fois qu'on pratique la saignée de la jugulaire, on exerce une compression au-dessous de la ponction, et le sang qui s'en écoule vient des régions supérieures. Ce procédé est aussi employé dans la saignée du bras, de la tempe, comme donnant le moyen plus efficace, plus direct de dégager le cerveau du sang veineux qui le congestionne. Dans l'asphyxie, la saignée de la jugulaire peut être aussi employée d'après les mêmes indications, et encore mieux d'après le principe du reflux du sang, à la condition seulement, comme le montrent mes expériences, que le sang vienne des régions supérieures par un courant de reflux de la veine jugulaire interne, par suite des nombreuses communications qui existent dans les régions supérieures du cou, entre les veines jugulaires, communications qui favorisent le passage des injections entre ces vaisseaux.

En suivant cette pratique, il faut se mettre en garde contre l'introduction possible de l'air dans les veines ; cet accident peut surtout arriver à la partie inférieure du cou, région où les veines sont canalisées par suite de leur union intime avec les aponévroses ; il peut arriver aussi que, pendant l'inspiration, l'air se précipite dans ces canaux ; or, si on laisse béante la plaie de la veine jugulaire pendant qu'on cherche à déterminer la respiration artificielle, on exposera le malade à un péril éminent. Mais comme l'air ne peut pas entrer dans les veines pendant qu'elles sont distendues par le sang, ce danger pourra être conjuré en ayant soin de fermer soigneusement la plaie de la saignée aussitôt que le sang a cessé de refluer. Il importe de se rappeler qu'il ne s'agit pas de vider les cavités du cœur, mais seulement de les débarrasser du trop-plein qui les distend outre mesure ; il suffit même qu'il s'en écoule seulement une once de sang pour amener un soulagement appréciable ; mais comme le sang qui s'en échappe vient des régions supérieures, il est plus sûr de ne fermer la plaie que lorsqu'il cesse de couler spontanément.

Avant de conclure, je rappellerai ce que j'ai dit relativement à la saignée de la veine jugulaire.

On sait que, chez la plupart des noyés dont le corps est resté immergé peu de temps, les fonctions vitales ont cessé. Les moyens en usage pour les rappeler à la vie sont cependant employés pendant une heure au moins. Après avoir déshabillé et essuyé le corps, on fait d'abord des frictions chaudes, et l'on essaye ensuite l'action du galvanisme, dans le but d'exciter les mouvements respiratoires.

Je recommanderais, au contraire, qu'on pratiquât aussitôt que possible la saignée de la veine jugulaire ; d'ouvrir cette veine à un pouce à peu près au-dessus de la clavicule ; de laisser le sang couler spontanément ; de fermer la plaie aussi exactement que possible aussitôt que l'écoulement cesserait, et qu'on employât, immédiatement après, la respiration artificielle.

Je ne conseille pas d'intervenir directement pour favoriser le reflux du sang, dans le cas même où l'écoulement se ferait

très lentement; s'il ne coulait pas du tout, on pourrait introduire un instrument, une sonde de femme dans les veines; de faire cette introduction avec tous les ménagements possibles; de lui donner la direction connue du trajet des vaisseaux, de ne la porter qu'à un pouce ou deux de profondeur. Si un courant de reflux n'accompagne pas cette opération, il faut fermer la plaie, car le chirurgien aura mis en pratique tout ce qu'il lui est permis de faire pour retirer quelque avantage de la saignée de la jugulaire.

III.

REVUE CLINIQUE.

Sur la vapeur d'amylène comme anesthésique.

Le nouvel anesthésique que nous nous proposons de porter à la connaissance des lecteurs de la Gazette hebdomadaire ne rentre pas dans la catégorie de ceux que nous signalions dans le dernier numéro (page 75) comme de faux anesthésiques, plus poisons que remèdes, et ne pouvant guère être utilisés que comme moyens topiques. L'amylène (1), très volatil, très pénétrant, jouit des mêmes propriétés que l'éther et le chloroforme; il plonge le sujet dans l'insensibilité sans porter atteinte aux autres fonctions, sans laisser de traces sensibles de son action sur le système nerveux.

L'amylène, qui a été découvert en 1844 par M. Balard, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Paris, s'obtient, soit en faisant agir un excès d'acide sulfurique concentré sur l'alcool amylique, ou *essence de pomme de terre*, soit en chauffant dans une cornue de l'alcool amylique avec une dissolution de chlorure de zinc marquant 70 degrés à l'aréomètre, en agitant jusqu'à dissolution complète de l'essence, en chauffant alors jusqu'à distillation, en rectifiant de nouveau dans une cornue tubulée le liquide distillé, dont on ne recueille que la partie la plus volatile, enfin, en agitant celle-ci à plusieurs reprises avec de l'acide sulfurique concentré et en la soumettant à une nouvelle distillation. Ce dernier procédé, suivi rigoureusement dans tous ses détails, est le seul qui donne l'amylène parfaitement pur et convenable pour la pratique de l'anesthésie. Déjà nous savons que, dans les premiers essais faits à Paris, de grandes différences d'aspect, de couleur, d'odeur, ont été remarquées entre les amylènes employés; ces différences provenaient certainement ou de ce que tous n'avaient pas été obtenus par le même procédé, ou que, se servant du procédé le meilleur, on n'avait pas rectifié le produit de la première distillation ou l'on avait recueilli une trop grande quantité de liqueur distillée.

L'amylène ainsi obtenu est un liquide incolore, bouillant à 39 degrés centigrades; la densité de sa vapeur est de 2,45, sa formule est $C^{10}H^{10}$. Il est soluble en toutes proportions dans l'alcool et dans l'éther. Son odeur ressemble à celle de l'huile de naphte.

C'est M. John Snow qui a découvert les propriétés anesthésiques de l'amylène. On sait, d'ailleurs, que M. Snow est, à Londres, le dispensateur à la mode des anesthésiques, dont il s'est occupé avec une chaleur particulière. Il a formulé des lois pour l'emploi du chloroforme; il a imaginé un instrument *ad hoc* qui a été appliqué à une bouche royale et est devenu populaire; il est constamment à la recherche de nouveaux moyens d'anéantir la sensibilité et, si nous en croyons des rumeurs venues de Londres jusqu'à la *Gazette hebdomadaire*, il en ménage un qui aura cet effet tout en laissant aux malades leur pleine et entière connaissance.

M. Snow a consigné le résultat de ses expériences d'abord dans une communication à la *Société royale de Londres* (séance du 10 janvier dernier), puis dans un mémoire publié par le Medical Times (numéros des 17 et 24 janvier). Nous donnons ici l'analyse de la partie expérimentale de ce mémoire.

Exp. — Après plusieurs expériences sur les animaux, après avoir lui-même respiré les vapeurs d'amylène, il se décida à l'employer chez l'homme. C'est le 10 novembre de l'année dernière que M. Snow appliqua l'amylène pour l'extraction des dents chez deux jeunes gens âgés de quatorze ans. N'ayant pas à sa disposition une quantité suffisante d'amylène, il ne lui a pas été permis de faire une expérience complète; néanmoins, d'après ce qu'il avait observé chez ces deux malades, il se trouva suffisamment autorisé à continuer ses essais.

Le 4 décembre, quatre nouveaux malades ont été soumis aux inhalations d'amylène : deux hommes, une jeune femme et une jeune fille âgée de dix ans. Chez ces quatre malades l'anesthésie a été complète. Chez les deux hommes on pratiqua l'extraction de quelques dents; ils respirèrent l'amylène pendant trois minutes. La quantité de liquide employé a été d'une demi-once (poids anglais) pour chacun. Après le retour de la sensibilité, ils se trouvèrent très bien, et quittèrent la salle six minutes après. Les deux autres malades respirèrent l'agent anesthésique pendant quatre minutes. La jeune femme, d'une constitution débile, éprouva quelques vertiges, qui disparurent après dix minutes.

Le 5 décembre, cinq malades ont été soumis de nouveau aux vapeurs de l'amylène pour une extraction de dents.

Le 13 décembre, le nouvel agent est employé dans des cas plus graves; chez un malade, opéré par M. Fergusson pour un fongus du testicule; chez un autre, opéré par M. Bouman pour une ablation de tumeurs de la région de l'aine; enfin, dans deux cas de section de tendons. Dans un de ces cas, il a fallu opérer de force le redressement du genou.

Le 27 décembre, M. Snow employa l'amylène chez une jeune fille de trois ans et demi, qui avait déjà été soumise à cet anesthésique le 13 du même mois. Les effets observés sont les mêmes. Cette jeune malade a respiré les vapeurs anesthésiques seulement pendant deux minutes, n'a pas donné la moindre manifestation de douleur, et s'est réveillée au moment où l'opérateur achevait la section des tendons des muscles du pied.

Le 3 janvier, M. Fergusson opéra trois malades soumis aux vapeurs d'amylène. Chez un de ces malades il s'agissait de compléter une rhinoplastie. L'inspiration dura six minutes. A partir de la troisième minute, l'anesthésie ne fit pas de progrès. On remarqua que l'amylène déterminait chez lui moins de roideur et moins de convulsions que le chloroforme, administré quelques semaines auparavant. L'opération commencée, on lui fit respirer l'amylène sur une éponge, et, malgré quelques mouvements, l'anesthésie a été complète. Pendant l'opération, il se livra à une espèce de causerie qui n'avait aucun rapport avec ce qu'on faisait autour de lui.

Le 7 janvier, l'amylène a été employé chez une jeune fille que M. Henri Lee devait amputer de la cuisse. Cette jeune malade était très affaiblie : quelques semaines auparavant elle avait subi la résection du genou. Son pouls battait 150 fois par minute. On jugea prudent de l'anesthésier dans un lit; à l'amphithéâtre, on procéda à l'examen de la partie réséquée; on l'amputa ensuite. Tout cela avait duré vingt-cinq minutes. L'anesthésie se maintint pendant tout le temps; trois onces d'amylène avaient été employés. La jeune malade se trouva très bien après l'opération: elle n'avait pas eu la moindre souffrance; son pouls n'avait pas été modifié. Dans la même journée, M. Fergusson opéra trois malades anesthésiés par l'amylène : le premier, un jeune homme portant une tumeur érectile de la lèvre, opérée par la ligature; le deuxième, un enfant de trois ans, opéré de la pierre; le troisième, opéré d'une tumeur mélanique de la région de l'aine. Chez ces trois malades, l'anesthésie a été obtenue en deux à trois minutes; chez deux d'entre eux, l'intelligence n'était pas complétement abolie. A demi réveillés, ils répétaient des vers vers la fin de l'opération. Les essais font un total de vingt-deux opérations.

L'anesthésie a été obtenue sans ce coma profond qu'on remarque dans l'anesthésie chloroformique ou avec l'éther. Avec ces derniers agents on remarque, par exception, des cas dans lesquels le malade conserve son intelligence, tandis que dans l'anesthésie amylénique on voit souvent le malade conserver la conscience pendant l'opération.

Dans l'anesthésie par le chloroforme, on est averti que l'insensibilité disparaît, et qu'il est nécessaire de la maintenir par de nouvelles inspirations, aux mouvements convulsifs du malade, sans qu'il ait la conscience de ses actes. Quand, au contraire, l'anesthésie est obtenue par l'amylène, le malade commence à parler, à regarder autour de lui avant de donner la moindre manifestation de douleur. Quelques malades ne peuvent pas être opérés avant que l'inspiration du chloroforme ait été poussée

(1) C'est de l'amylène qu'il s'agissait dans la note de la page 75 du dernier numéro, et non de l'*amméline*, comme nous l'avons écrit d'après plusieurs journaux.

assez loin, presque jusqu'à la respiration stertoreuse; il n'en a pas été ainsi chez aucun des malades soumis à l'amylène.

Pendant les inhalations d'amylène, le pouls et la respiration s'accélèrent plus qu'avec le chloroforme. On a noté également que la face devenait turgescente, que la peau se couvrait de sueur, comme lorsqu'on fait respirer le chloroforme. La respiration s'accélère davantage, et la sécrétion salivaire, parfois si génante, n'est pas augmentée. Un autre phénomène d'une grande importance, s'il était constant, c'est l'absence de nausées.

Chez les malades, on a à peine noté quelque rigidité ou quelques convulsions musculaires, et cependant plusieurs des opérés étaient des hommes robustes, vigoureux, ce qui aurait certainement lieu avant d'obtenir l'anesthésie chloroformique.

L'odeur de l'amylène est moins agréable que l'odeur du chloroforme, moins désagréable que celle de l'éther sulfurique; son action excitante est moins grande que celle de l'éther et du chloroforme, ce qui fait que quelques malades, et surtout les femmes, refusent de respirer le chloroforme; ils respirent, au contraire, l'amylène sans répugnance. Ce dernier agent a l'avantage de déterminer l'anesthésie sans occasionner cet état de stupeur profonde qu'on observe à la suite de l'emploi des autres agents anesthésiques. Les malades se réveillent très facilement. Ainsi l'absence de roideur musculaire, de contractions convulsives, de nausées, de vomissements, donne, sans contredit, à l'amylène un avantage sur le chloroforme.

Quelques autres chirurgiens de Londres ont déjà essayé l'amylène, notamment M. Tyler Smith, qui dit s'en être très bien trouvé dans les accouchements (*the Lancet*, 31 janvier, p. 115). La liqueur était employée sur un mouchoir à la dose de trente, quarante, cinquante gouttes à la fois, qu'on renouvelait dès que les vapeurs étaient épuisées. On pratiquait les inhalations chaque fois que les douleurs commençaient à se faire sentir. L'anesthésie avait lieu très rapidement, sans exercer aucune influence sur les contractions utérines, et le retour à la sensibilité, quand on enlevait le mouchoir, était presque instantané.

A Paris, comme nous le disions tout à l'heure, des expériences sont commencées. Nous ne connaissons encore que celles de M. Giraldès, sur lesquelles une note a été publiée par M. Luton, interne de son service, dans le dernier numéro des ARCHIVES DE MÉDECINE. Voici le récit de ces expériences.

1re EXPÉRIENCE (24 janvier 1857). — Un enfant âgé de six ans environ fut soumis à l'action de l'amylène dans le but d'explorer plus facilement ses yeux; on employa l'appareil que M. Luër a imaginé pour les inhalations de chloroforme. L'enfant respira les vapeurs d'amylène avec une répugnance évidente; il ne manifesta aucune apparence de suffocation, il n'eut pas cette salivation abondante qu'occasionne parfois le chloroforme; il se produisit un larmoiement subit et très notable, comme lorsqu'on respire des vapeurs d'ammoniaque.

D'ailleurs, cet enfant réagit très peu contre l'action de l'amylène; en quelques instants, une minute à peine, il resta immobile; l'insensibilité était obtenue. On cessa les inspirations; on avait employé 5 à 6 grammes environ de la substance. L'enfant revint à lui avec la même rapidité, il ne se plaignit de rien et accepta volontiers une friandise qu'on lui offrit.

2e EXPÉRIENCE (même jour). — Il s'agit d'une petite fille de quatre ans qui présentait une réunion congénitale des quatre derniers doigts de la main gauche. M. Giraldès entreprit de séparer ces doigts à l'aide d'un instrument particulier; il voulut d'abord obtenir l'anesthésie au moyen de l'amylène.

L'appareil d'inhalation s'adaptant mal à la figure de l'enfant, on se servit simplement de compresses sur lesquelles on versa l'amylène.

L'enfant repoussa d'abord la main de l'opérateur, en disant que ça puait. Mais bientôt elle devint immobile; le larmoiement fut aussi marqué que dans la première expérience. Au bout de deux minutes environ, il se manifesta de la roideur et de la contracture des membres; ce qui est en opposition avec l'assertion du docteur Snow.

Bientôt commença la résolution, et au bout de trois minutes on avait obtenu l'anesthésie. Cependant il était facile de voir que le sommeil ne ressemblait pas à celui que procure le chloroforme; il était évidemment moins profond : l'enfant ouvrait les yeux, opérait quelques mouvements, et parlait comme en rêvant, sans pourtant manifester de la douleur pendant qu'on l'opérait. Le pouls et la respiration étaient comme à l'état normal.

Mais la substance étant très volatile, on eut bientôt tout consommé, c'est-à-dire 20 grammes environ, au bout de huit minutes, avant que l'opération fût terminée. On eut alors recours à l'emploi du chloroforme, et il fut facile de juger combien cette substance était plus active et plus rapide dans son action. En quelques secondes, l'enfant fut plongé dans le coma et parut endormie bien plus profondément qu'auparavant. Ce sommeil se prolongea plusieurs minutes après que l'opération fut terminée, tandis que l'enfant s'était éveillée dès qu'elle n'avait plus respiré des vapeurs d'amylène. L'opération avait duré douze minutes.

A. DECHAMBRE.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Lectures et rapports.

MATIÈRE MÉDICALE. — M. *Robinet* donne lecture d'un rappor sur un médicament fébrifuge proposé par M. B... et nommé par l'auteur *antipériodique français*.

PATHOLOGIE COMPARÉE. — M. *Leblanc* lit un travail sur les *eaux aux jambes*.

L'auteur commence par résumer le fait communiqué à l'Académie, le 10 juin dernier, par MM. Manoury et Pichot. Ce fait est relatif à un sieur Brissot, ouvrier maréchal, qui, après avoir ferré un cheval atteint d'*eaux aux jambes*, aurait présenté au bout de quelques jours, sur la face dorsale des mains, des pustules ayant toutes les apparences des pustules vaccinales. Du liquide pris dans ces pustules et inoculé à un enfant aurait développé toute la série de phénomènes qui caractérisent la vaccine. M. Bonsergent, vétérinaire à la Loupe, consulté par M. Leblanc sur les caractères de la maladie du cheval ferré par Brissot, lui a fourni les renseignements suivants: La maladie datait de six mois; elle s'étendait jusqu'à la moitié des canons des membres postérieurs. Dans ce point, la peau était épaissie, crevassée, glabre, couverte de bourgeons volumineux, avec d'énormes excroissances tubéreuses au paleron droit; il existait un suintement très abondant et très fétide et une sensibilité extrême des parties malades, sur lesquelles le moindre contact déterminait un écoulement sanguinolent. Tel était l'état du cheval quinze jours avant qu'il ne fût ferré par Brissot. Le cheval, examiné de nouveau après que les mains de Brissot eurent présenté des pustules d'apparence vaccinale, offrait les mêmes symptômes qu'avant, sauf une diminution dans le suintement et dans l'odeur. Dans l'écurie, petite et basse, se trouvaient encore un autre cheval et trois vaches de différents âges, dont aucune n'a jamais présenté les signes du cowpox.

Dans une seconde lettre adressée à M. Leblanc par M. Houelbecq, ancien médecin et maire de la commune de Belhomert, on voit que Brissot était employé chez un maréchal de la commune, qui, non-seulement n'avait jamais eu de vaches, mais n'a même jamais ferré de bête bovine. M. Houelbecq croit pouvoir affirmer qu'il n'y a pas eu, dans le pays, de vache affectée de cowpox, et que, tous les enfants étant vaccinés dans l'année de leur naissance, aucun n'a été, cette année, atteint de petite vérole. Une quinzaine de jours avant d'avoir ferré le cheval, le sieur Brissot était atteint d'un érysipèle phlegmoneux qui envahissait tout le dessus de la main.

Les recherches de M. Leblanc lui ont montré que l'on a accusé plusieurs maladies très distinctes les unes des autres d'être la cause de la vaccine. Ainsi, Sacco, dans son *Traité de vaccination*, attribue la propriété de produire la vaccine, non pas aux eaux aux jambes, mais au *javart*.

M. Leblanc a constaté aussi qu'il existe d'assez nombreuses dissidences entre les partisans de la génération de la vaccine par les eaux aux jambes, relativement aux nuances de cette maladie. Loy, par exemple, n'accorde la propriété productrice qu'au *grease* récent et général; tandis que Wiborg croit avoir produit la vaccine

en inoculant les eaux aux jambes chroniques. Cependant on pense généralement que le liquide provenant des eaux aux jambes récentes est le seul qui soit actif.

Les renseignements communiqués aujourd'hui par M. Leblanc prouvent que les eaux aux jambes du cheval ferré par Brissot dataient de six mois au moins et que la maladie était locale, deux conditions qui, selon Loy, sont tout à fait défavorables à la production de la vaccine. Il résulterait encore de ces informations ce fait extraordinaire, qu'un homme qui n'a pas très probablement mis ses mains en contact avec les eaux aux jambes, et qui n'a eu des rapports que de quelques instants, au grand air, avec le cheval malade, eût été plutôt atteint du cowpox que les trois vaches, et surtout la génisse qui, logeaient constamment avec l'animal affecté. M. Leblanc insiste encore sur le fait de l'érysipèle phlegmoneux qui avait envahi la face dorsale des mains du sieur Brissot avant qu'il n'eût ferré le cheval malade. Il se demande si l'on ne pourrait pas aussi bien rapporter à l'érysipèle lui-même l'origine des pustules qui ont pris tous les caractères de la vaccine. Cette dernière explication lui paraît valoir celle qui attribue les pustules de Brissot au contact des eaux aux jambes.

M. Leblanc, après avoir discuté l'opinion de MM. Bouley et Bousquet, qui admettent une sorte de transformation des maladies contagieuses, déclare qu'il a toujours remarqué, quant à lui, que les maladies contagieuses conservent leurs caractères essentiels, alors même qu'elles passent d'une espèce à une autre ; exemple : la morve, le charbon, la rage. La vaccine ne doit pas très probablement faire exception.

La transformation dont a parlé M. Bouley, en citant la production d'une simple tumeur sous la queue de bêtes bovines par l'inoculation du liquide pris dans le poumon d'une vache atteinte de péripneumonie, ne ressemble plus à celle admise par M. Bousquet; ce n'est même pas, pour M. Leblanc, une transformation, mais seulement une transposition de la manifestation locale de l'affection.

L'autre exemple cité par M. Bouley pour réfuter la proposition émise par M. Leblanc relativement au moyen de s'assurer de la propriété contagieuse des eaux aux jambes, c'est-à-dire l'inoculation, était moins mal choisi. La morve chronique ne s'inocule pas facilement, mais elle se communique de bien d'autres manières sans se transformer jamais. Personne aujourd'hui ne regarde la morve et le farcin, qui peuvent se reproduire l'une par l'autre, comme deux maladies distinctes, et ne différant en quelque chose que sous le rapport du siége. En est-il de même des eaux aux jambes, des javarts et de la vaccine? Non certainement. Il n'a pas été possible à M. Leblanc d'inoculer à des enfants et à des génisses le liquide des eaux aux jambes du cheval ferré par Brissot : lorsqu'il a voulu se le procurer, l'animal avait été livré à l'équarrisseur.

Discussion.

M. *Trousseau*. Je ne saurais partager l'opinion de M. Leblanc, qui pense que les maladies qui se transmettent des animaux à l'homme conservent leurs caractères primitifs. En effet, inoculez, par exemple, le liquide pris sur un animal atteint de *sang de rate* à un autre animal parfaitement sain, celui-ci va contracter le sang de rate, c'est évident ; mais qu'un homme s'expose à la contagion, et il aura une pustule maligne, ainsi qu'il arrive fréquemment aux équarrisseurs, aux bergers et aux domestiques de ferme de la Beauce. Je crois donc, avec M. Bouley, qu'une maladie qui se transmet d'un animal à l'homme se traduit, chez ce dernier, par une expression pathologique essentiellement différente de la forme primitive.

Quant à la vaccine, j'affirme qu'elle n'est point transmissible de l'homme à la vache. Les expériences de M. de Puységur et celles de M. Bretonneau sont formelles à cet égard. Malgré de nombreuses tentatives, ces habiles expérimentateurs n'ont jamais réussi à inoculer sur les vaches, ni même sur les génisses, le cowpox provenant des pustules vaccinales d'un enfant ; et pourtant personne ne conteste que le vaccin ne vienne de la vache.

M. Leblanc, se rangeant à l'opinion de Loy, qui pense que la *grease* (eaux aux jambes des Anglais) n'est inoculable du cheval à l'homme que lorsque la maladie est récente et accompagnée de phénomènes généraux, nie formellement que les pustules développées sur la main de Brissot pussent provenir de la matière sécrétée par le cheval qu'il venait de ferrer. Mais ne serait-il pas possible, comme il arrive quelquefois dans les eczémas chroniques de l'homme, qu'il fût survenu en quelque point de la peau de ce cheval, autour de ses eaux aux jambes, une altération récente, une espèce d'éruption aiguë avec production d'un liquide inoculable? D'ailleurs, MM. Manoury et Pichot ne vous ont-ils pas dit que la matière fournie par les pustules de Brissot, et inoculée à des enfants, avait agi à la manière de la vaccine? Jenner, vous le savez, croyait à ce mode de génération du cowpox ; je n'ignore pas qu'après lui un grand nombre de médecins ont réagi contre cette doctrine et refusé d'admettre que les eaux aux jambes pussent engendrer la vaccine ; mais aujourd'hui, après les faits assez nombreux publiés en Allemagne, en Angleterre, en Italie, la génération du cow-pox par les eaux aux jambes ne me paraît pas devoir être mise en doute. Qu'on dise que cela est rare, exceptionnel peut-être ; mais qu'on ne déclare pas que c'est impossible.

M. *Bousquet* s'élève surtout contre ce qu'a dit M. Trousseau de l'impossibilité de l'inoculation de la vaccine de l'homme aux animaux. Cette transmission est toujours possible et réussit constamment, pourvu qu'on expérimente sur des génisses, ou sur des vaches qui n'ont pas encore été atteintes elles-mêmes du cowpox. J'ai inoculé le vaccin, dit l'orateur, sur douze de ces animaux appartenant à M. Fourcault de Houdan (Seine-et-Oise), et dans les douze cas l'inoculation a parfaitement réussi. Vous avez cité l'autorité de Sacco ; mais ce n'est point le vaccin que Sacco a inoculé de l'homme à la vache, c'est le pus de la variole : or, je sais fort bien, et par expérience, que ces tentatives n'aboutissent jamais.

M. *Trousseau* objecte que les expériences de MM. de Puységur et Bretonneau, dont les résultats ont été nuls, avaient été pratiquées précisément sur des génisses et de jeunes veaux, c'est-à-dire sur des animaux qui se trouvaient dans les bonnes conditions indiquées par M. Bousquet. Or, tout ce que ces expérimentateurs ont pu obtenir, ça été quelques pustules qui se sont promptement flétries et séchées et dont le produit n'était point inoculable à l'homme, en un mot des boutons qui n'avaient aucun des caractères de l'éruption vaccinale.

M. *Delafond*. M. Trousseau a prétendu que les maladies contagieuses des animaux à l'homme perdaient, par la transmission, leurs caractères primitifs, et il a cité comme exemple le sang de rate, qui se transformait chez l'homme en pustule maligne. Le cas est mal choisi ; car si la matière de la pustule maligne, provenant ainsi du sang de rate, est inoculée à un animal sain, il se manifeste chez celui-ci tous les symptômes du sang de rate ce qui prouve bien, ce me semble, que la maladie, en prenant sur l'homme la forme de pustule maligne n'a rien perdu de sa nature.

Quant à l'inoculation du vaccin de l'homme à la vache, elle est non-seulement possible, mais encore à peu près constante, ainsi que le dit M. Bousquet, et comme je l'ai établi par de nombreux essais dès les années 1831 et 1832. Les pustules développées chez mes génisses, dans toutes mes expériences, avaient tous les caractères des pustules vaccinales (cela a été reconnu par M. Girardin), et le liquide qu'elles contenaient agissait sur les enfants à la manière du vaccin.

M. *Leblanc* confirme les assertions et les faits rapportés par M. Delafond.

M. *Renault* fait remarquer que bien avant M. Delafond, et surtout longtemps avant M. Manoury, quelques vétérinaires de la Beauce avaient étudié le fait de l'inoculation du sang-de-rate et de la pustule maligne, et que des expériences du même genre avaient été entreprises par lui, vers la même époque, à l'école d'Alfort. Les résultats qu'il a obtenus sont, d'ailleurs, conformes à ceux qu'a annoncés M. Delafond.

VACCINE. — M. le docteur *Bertillon* donne lecture d'un travail ayant pour objet de démêler quelle peut avoir été l'influence de la vaccine sur la mortalité qui pèse à chaque âge.

Voici le résumé de cette communication : « On a dit, et il n'a

semblé absurde à personne, qu'il y avait antagonisme entre le miasme paludéen et les affections tuberculeuses. Pourquoi n'y aurait-il pas antagonisme, sinon absolu, au moins partiel, entre la variole et certaines autres affections? Ce sont là des questions appartenant à la même série et aussi dignes d'examen les unes que les autres. » Dans la partie de ses travaux déjà adressée à l'Académie, M. Bertillon a prouvé, il est vrai, que la mortalité avait diminué à tous les âges du XVIIIe au XIXe siècle; mais il explique que cette diminution peut être attribuée aux effets bienfaisants de la grande révolution qui, en restituant la terre aux mains du paysan, en divisant la propriété, a augmenté le bien-être, circonstance dont les travaux modernes ont démontré l'heureuse influence sur la vie humaine. Il aurait fallu que la vaccine fût un bien funeste poison pour masquer les énergiques effets du mouvement social de 89. Pour dégager plus sûrement la part de la vaccine, M. Bertillon veut comparer la mortalité de la période de 1816 à 1825, où l'influence de la vaccine sur les adultes était encore nulle, avec la période de 1840 à 1852, pour laquelle cette influence, si elle existe, doit être très marquée. Mais l'administration française n'ayant malheureusement publié aucune mortuaire, l'auteur est obligé de se servir de celles dues à de laborieux particuliers, dignes, d'ailleurs, de la plus grande confiance: celle de Demontferrand pour la période de 1817 à 1831, et celle de M. Heuschling pour la période de 1840 à 1849. Il a dressé sur ces mortuaires des tables de population avec tous les soins qu'exige la matière. « Eh bien! dit-il, nous l'annonçons sans hésiter, parce que c'est la vérité que nous cherchons et non le triomphe de telle ou telle opinion, la comparaison des deux époques qui pour les premiers âges, de 0 à 15 ans, est d'abord favorable à notre époque, cesse de l'être pour les âges suivants: ainsi, sur 1,000 vivants de chaque âge, on compte annuellement 210 décès de 0 à 1 an sous la restauration, et aujourd'hui 175; 67 décès de 0 à 2 ans, et maintenant 61. En bloc, toujours sur 1,000 vivants, on trouve 30 décès de 1 à 15 ans, et aujourd'hui 26. Mais à partir de cet âge un mouvement contraire s'opère: ainsi, de 20 à 25 ans, sur 1,000 vivants, il y avait 11 décès; il y en a maintenant près de 12. De 25 à 30 ans il y avait 9 décès; on en trouve 10 aujourd'hui, et ainsi de suite aux âges suivants, pour lesquels on trouve que la mortalité augmente de 1/10e à 1/12e, jusqu'à 50 ans. A cette période de la vie, l'amélioration qui s'était fait sentir pour les premiers âges reparaît de nouveau.

Ce résultat de la comparaison des mortuaires françaises, qui semble d'abord si favorable aux adversaires de la vaccine, leur avait pourtant échappé.

M. Bertillon, étonné de ce résultat et sachant les *desiderata* des tables de population calculées, a soumis ces mortuaires aux diverses méthodes indiquées par la science, et il a constamment obtenu les mêmes résultats.

Il est donc impossible d'en douter, la mortalité a augmenté d'une époque à l'autre, et les adversaires de la vaccine qui ne l'avaient point démontré (1) ne manqueront pas, au nom de la logique *Post hoc, ergo propter hoc*, qui leur est familière, d'en accuser l'influence vaccinale.

Mais M. Bertillon a poussé plus loin ses recherches. Les auteurs qui ont publié les deux mortuaires françaises ont pris soin de séparer les sexes; il a donc pu déterminer la mortalité qui pèse séparément sur chaque sexe, et il a été dédommagé de ce long travail par des résultats tout à fait inattendus et qui prouvent combien la vaccine est étrangère à cette aggravation de mortalité des âges adultes. En effet, quand on sépare les sexes, l'augmentation de mortalité reste tout entière sur le sexe masculin, tandis que les femmes, qui sont soumises à la vaccine au moins autant que les hommes, sont pourtant affranchies de cette aggravation du chiffre relatif (aux vivants) de leurs décédés de 20 à 30 ans et aux âges suivants.

(1) En effet, les adversaires de la vaccine avaient avancé, en s'appuyant sur l'absurde comparaison de la mortalité des rentiers du XVIIIe siècle avec celle des soldats de nos jours, que la mortalité de vingt à trente ans avait doublé du XVIIIe au XIXe siècle; et M. Bertillon a fait voir, par ses travaux antérieurs, que du XVIIIe au XIXe siècle la mortalité avait diminué à tous les âges.

L'auteur recherche ensuite quelles peuvent être les causes de cette singulière différence dans la mortalité des sexes; et, consultant les relevés mortuaires officiels de la Suède, qui a adopté avec ardeur la vaccine, et qui publie le nombre annuel de ses vaccinations, il a calculé la mortalité propre à chaque âge et à chaque sexe: d'abord au siècle passé, de 1755 à 1763, avant toute influence vaccinale; puis de 1816 à 1825, c'est-à-dire sous l'influence vaccinale, mais s'exerçant sur les enfants et non sur les adultes; en troisième lieu, de 1841 à 1850, c'est-à-dire encore sous l'influence vaccinale, mais s'exerçant sur les enfants et sur les âges de fécondité.

Les résultats, cette fois, sont accablants pour les adversaires de la vaccine! Sur 1,000 vivants masculins de chaque groupe d'âge, il y avait, de 0 à 1 an, 289 décès dans le siècle passé; 210 vers 1820, et 188 aujourd'hui. De 1 à 3 ans, il trouve successivement 57 décès, puis 42, enfin 33, et ainsi de suite pour l'enfance.

Sur 100,000 adultes, à chaque groupe d'âge, il trouve successivement, d'une époque à l'autre, de 20 à 30 ans, 957 décès, puis 835, enfin 805 de nos jours. De 30 à 40 ans, 1,220 décès, puis 1,125, enfin 1,110. De 40 à 50 ans, 1,927, puis 1,760, et aujourd'hui 1,735.

Même résultat, et encore plus marqué, sur le sexe féminin.

« Il résulte, dit M. Bertillon, des divers examens auxquels nous venons de nous livrer, que la vaccine, qui entre évidemment pour une large part dans la consolidation constante de la vie de l'enfance, n'est pour rien dans les évolutions, variables suivant les lieux et les sexes, de la mortalité des adultes. Si nous nous en étions tenus à la France, l'imperfection des matériaux, l'absence regrettable des documents les plus indispensables obstinément celés par nos bureaux, pouvaient peut être laisser une vue inattentive flotter dans un demi-jour. Mais à la lumière qui nous vient de Stockholm, la dernière ombre du doute disparaît, et il est évident que si la statistique française eût été aussi riche en documents que celle de Suède, ou seulement si les documents de ce pays eussent été connus de M. Carnot, il lui aurait été donné d'apprécier la vaccine comme un inestimable bienfait; et il se serait épargné le chagrin de faire fausse route, d'y entraîner quelques fidèles, et de calomnier la plus précieuse découverte des temps modernes »

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 2 JANVIER 1857. PRÉSIDENCE DE M. DENONVILLIERS.

Emploi des vapeurs de chloroforme dans le traitement de la chorée.

M. *Fauconneau-Dufresne* lit le rapport suivant sur une thèse de M. *Géry* fils, ayant pour titre: *De l'utilité des vapeurs de chloroforme dans le traitement de la chorée.*

« L'auteur, avant de s'occuper de cette médication, jette un coup d'œil rapide sur les principaux traitements employés à notre époque. Ils consistent dans les exercices gymnastiques, les bains froids, les antiphlogistiques, les toniques, les narcotiques et les excitants.

Les *exercices gymnastiques*, appliqués pour la première fois par Louvet-Lamarre, sont aujourd'hui d'un usage journalier à l'hôpital des Enfants-Malades, et M. Blache en a fait ressortir les avantages dans un travail présenté à l'Académie de médecine. Sans nier les résultats annoncés par ce médecin distingué et par M. Sée, qui donne cette médication comme guérissant parfaitement les chorées anciennes ou en récidive, et cite 22 cas dont 16 ont guéri par 29 jours de traitement en moyenne, M. Émile Géry pense qu'on a été trop loin, et que certaines chorées résistent à l'emploi de la gymnastique. Il en présente pour preuve une observation détaillée qu'il doit à son ami M. Ernest Goupil:

Cette maladie, développée chez une fille de onze ans, s'est terminée par la mort. Celle-ci a eu lieu dans un état de prostration

voisin du coma. La vie a semblé s'éteindre par une sorte d'épuisement provenant de la difficulté où l'on a été de nourrir la malade et de réparer les pertes qu'entraînait l'exagération des mouvements convulsifs. Les médecins de l'hôpital des Enfants doutaient si peu de la guérison de cette malade par la gymnastique, qu'ils avaient cru pouvoir donner son observation comme une preuve de plus du succès de cette méthode. On avait été obligé d'en interrompre l'usage à cause de la violence des mouvements. Il faut noter qu'une affection fébrile intercurrente n'avait arrêté en rien la marche de la maladie.

Les *bains sulfureux* ont été employés par Baudelocque, qui en réglementa le mode d'administration et les applications. D'après M. Sée, l'amélioration se manifeste au bout de douze à quinze jours, et la guérison est achevée en vingt-deux jours en moyenne. M. E. Géry croit que la moyenne de la durée de la maladie est beaucoup plus longue; il considère, en outre, comme une cause d'insuccès, l'irritation des téguments, qui se couvrent de rougeurs accompagnées de chaleur, de cuisson, quelquefois de boutons, d'où résulte une intensité plus grande des mouvements choréiques. On a souvent combiné les bains sulfureux et la gymnastique, et cette méthode mixte constitue un des traitements les plus employés à l'hôpital des Enfants; toutefois, M. Sée pense que les bains sulfureux doivent être employés seuls et que les moyens qu'on peut y joindre ne sont bons qu'à retarder la guérison.

M. E. Géry ne considère les *bains froids* que comme des moyens préparatoires ou adjuvants; seuls, suivant lui, ils n'ont jamais donné une guérison authentique. On sait, cependant, avec quelle ferveur Dupuytren préconisait et employait les immersions dans l'eau froide, et nous avons vu nous-même un cas remarquable de guérison par cinq à six bains froids de très courte durée.

Les *antiphlogistiques* étaient la méthode de Sydenham et de Bouteille; ces médecins saignaient tous les deux, et le premier purgeait à la suite. D'autres médecins, dans le but de dégorger es centres nerveux, se bornaient à mettre des sangsues aux tempes ou à la nuque; ils appliquaient aussi des ventouses le long du rachis. L'expérience des observateurs plus modernes a fait rejeter cette pratique, bonne tout au plus dans quelques cas particuliers.

La méthode des *toniques* a consisté principalement dans l'usage des préparations ferrugineuses et du quinquina. En Angleterre, Elliotson employait le fer à forte dose. Pour un enfant de huit ans, par exemple, il donnait 14 grammes de bicarbonate de fer en trois fois, et 45 grammes à l'âge de seize ans. Il évacuait de temps en temps les intestins pour que le métal n'y séjournât pas trop longtemps. Baudelocque employait des doses plus modérées, qui variaient de 75 centigrammes à 8 grammes par jour. M. Bouneau préfère une poudre composée de limaille de fer unie à l'extrait sec de quinquina et à l'extrait d'opium, qu'il fait prendre deux fois par jour en augmentant la dose du métal et de l'opium tous les huit jours. Par l'effet des toniques, M. Sée dit avoir vu la guérison se produire, après vingt-neuf jours de traitement, chez 5 malades sur 8; mais, selon notre auteur, ces moyens, de même que les bains froids, ne doivent encore être considérés que comme préparatoires et adjuvants; combinés avec d'autres médications, ils peuvent produire d'excellents effets; à eux seuls ils sont incapables d'amener une guérison rapide et sûre.

L'emploi des *narcotiques* dans le traitement de la chorée semblerait devoir être mis en première ligne, car il tend à remplir une des plus urgentes indications, c'est-à-dire calmer les mouvements et procurer le sommeil. Les médecins sont cependant très divisés à cet égard. D'après M. Sée, l'opium, utile pour modérer les symptômes, n'est nullement démontré être un moyen curatif. M. Grisolle, au contraire, qui l'a administré chez cinq malades, âgés de quinze à vingt ans, a modifié leur affection d'une manière tellement rapide, qu'il lui a été impossible de méconnaître l'action favorable du remède; et M. Trousseau, de son côté, affirme qu'il est rare que, au bout de quinze jours de ce traitement, la chorée ne soit pas tellement modifiée, que la nature n'achève elle-même la guérison en peu de temps. Ce praticien donne 25 milligrammes d'opium d'heure en heure, jusqu'à ce que les mouvements choréiques soient notablement calmés et qu'il y ait un commencement d'ivresse; il entretient le malade dans cet état pendant cinq à six jours, puis il le laisse un peu reposer pour reprendre ensuite. M. Trousseau est assurément l'un des médecins qui aient administré l'opium avec le plus de hardiesse dans des cas extrêmes de chorée, car il a donné, en un seul jour, 1 gramme d'opium et 40 centigrammes de morphine. Les autres narcotiques employés dans le traitement de cette maladie, tels que la belladone, l'atropine, etc., paraissent avoir tous les inconvénients de l'opium sans posséder aucun de ses avantages; dans un cas seulement, observé par E. Géry dans le service de M. Bouvier, les pilules d'atropine parurent modifier les symptômes de la chorée.

La *médication excitante*, opposée à la précédente et presque entièrement instituée, cependant, par M. Trousseau, consiste dans la strychnine et les préparations de noix vomique. Cette médication avait été déjà indiquée par MM Lejeune et Cazenave, de Bordeaux, puis par MM. Rougier et Fouilhoux. M. Trousseau conseille particulièrement l'usage du sirop de sulfate de strychnine, et il l'a expérimenté sur une grande échelle à l'hôpital des Enfants. En vous rendant compte l'an dernier, messieurs, de la thèse intéressante de M. Eugène Moynier, je vous ai parlé des circonstances qui avaient paru faire de ce médicament un véritable antichoréique. Ce fut en 1841 que le savant professeur formula nettement son traitement. Il prescrivait, d'abord, des pilules de 1 centigramme d'extrait de noix vomique; il préféra ensuite un sirop contenant 5 centigrammes de sulfate de strychnine pour 100 grammes de sirop. Il en faisait prendre une cuillerée à bouche toutes les heures et demie, jusqu'à ce que les roideurs se manifestassent; alors on en interrompait l'usage pour le reprendre le lendemain.

Un agent aussi actif ne devait pas être sans dangers et exigeait une très grande réserve dans son emploi. On a remarqué que ses effets varient beaucoup, non-seulement suivant les divers enfants de même âge, mais encore chez le même enfant dans la durée du traitement; il était difficile, en outre, de faire comprendre aux gardes ou aux parents le moment où l'on devait suspendre l'emploi du sirop. L'action physiologique de la strychnine, que nous avons exposée avec détail dans notre précédent rapport, présente elle-même un tableau assez effrayant. Enfin, ces circonstances désavantageuses ne sont pas compensées par une guérison plus rapide, puisque, d'après les observations de M. E. Moynier, il a fallu pour l'obtenir, chez 32 filles, une moyenne de 33 jours, et, chez 11 garçons, une moyenne de 74 jours.

Ces données établies sur les principales médications employées dans le traitement de la chorée, M. E. Géry nous fait connaître ce qu'on a obtenu par les inhalations de chloroforme.

L'idée d'appliquer au traitement de la chorée les bienfaits du chloroforme date de la découverte de cet agent. Le docteur Prévost, aujourd'hui médecin distingué à Alençon, a cité, dans sa thèse inaugurale, soutenue en 1851, des cas de chorée traités par cette méthode. M. Fuster, professeur à la Faculté de Montpellier, dit s'être bien trouvé également de ces inhalations dans un cas de chorée. Les journaux anglais contiennent aussi cinq observations qui sont favorables à l'emploi du chloroforme; c'est ainsi que M. Marsh a traité, par ces vapeurs, un garçon de douze ans atteint d'une chorée grave dès le début, et qui allait en empirant; l'opium, donné à des doses très fortes, ne pouvait amener le sommeil; le chloroforme, administré alors pendant deux jours, calma l'agitation des muscles, quoique l'enfant n'en fût pas endormi; la continuation du traitement procura du sommeil; l'enfant put manger seul, et se rétablit assez promptement. A part ces quelques faits, on ne possédait aucun détail sur ce traitement.

M. E. Géry a voulu éclaircir cette question. Il a employé la médication exclusive du chloroforme chez tous les enfants choréiques qu'il a pu avoir à sa disposition. Il commence par rapporter, avec beaucoup de développements, l'observation d'un garçon de quatorze ans qui lui a servi de point de départ, observation curieuse, dit-il, par la violence des mouvements, leur début brusque, et la fatale terminaison qu'ils ont entraînée. MM. Rillet et Barthez ont fait remarquer avec raison que l'intensité toujours croissante des convulsions devait être considérée comme du plus funeste augure. Chez le malade en question, elles finirent par amener une

congestion cérébrale, puis un état comateux, auquel il succomba. C'est cette exagération excessive des mouvements qui a donné l'idée d'y remédier par l'emploi du chloroforme. M. E. Géry regrette de n'avoir pas mis d'emblée ce moyen en usage, car il avait affaire à l'un de ces cas dans lesquels il faut avant tout produire la sédation musculaire.

L'observation suivante concerne une fille de dix ans qui, sans aucun antécédent de famille, et sans avoir éprouvé de douleurs articulaires, fut prise, inopinément, de mouvements choréiques, d'abord dans le membre supérieur droit, puis dans la face et les autres membres. Une première atteinte dura deux mois et se passa sans aucun traitement. Une deuxième atteinte se manifesta un an après; la chorée était intense et généralisée; l'enfant ne pouvait marcher qu'avec difficulté, et se servait très mal de ses membres supérieurs; la face était le siége d'une agitation continuelle. On employa tout de suite les inhalations de chloroforme : d'abord on eut de la peine à endormir la malade; le visage se congestionnait, le pouls s'élevait et les mouvements étaient augmentés; mais bientôt arriva le sommeil et une détente générale; le pouls tomba à 50 pulsations; on continua à endormir l'enfant deux fois par jour; dès le quatrième, il y avait une notable amélioration; les mouvements étaient moins intenses et la marche pouvait se faire en ligne droite. On ne fit plus ensuite qu'une seule chloroformisation; les succès faisaient de rapides progrès; des petits objets pouvaient être saisis. Au bout de la dixième chloroformisation, les mouvements choréiques avaient disparu. Une légère récidive qui eut lieu se dissipa après trois nouvelles inhalations.

Dans six autres observations recueillies également chez des jeunes filles, dont la chorée peu ancienne présentait des symptômes modérés, on obtint la guérison de la même manière et en aussi peu de temps.

Après avoir exposé plusieurs observations et les avoir accompagnées de réflexions judicieuses, M. E. Géry résume ses recherches, les phases par lesquelles elles ont passé et leur valeur thérapeutique. Au début, les résultats avaient été si séduisants, qu'il avait cru avoir trouvé le spécifique de la chorée; mais bientôt il lui fallut refréner son enthousiasme. Toutefois, parmi les médications proposées jusqu'à ce jour, il ne croit pas qu'il y en ait une seule qui réussisse mieux et plus vite. Celle par le chloroforme répond à la principale indication que présente la chorée, c'est-à-dire arrêter la grande violence des mouvements. Dans les cas où cette maladie offre des symptômes anormaux, le chloroforme diminue et éloigne les accidents. Enfin, dans les chorées bénignes, quoique bien caractérisées, il les guérit très rapidement. Tout en convenant que cette méthode est encore à son origine, qu'elle a besoin d'être réglementée dans ses applications et fortifiée par de nouveaux faits, M. E. Géry n'hésite pas à la proposer avec la certitude qu'elle rendra de grands services toutes les fois qu'elle sera prudemment dirigée.

Voici les données qui résultent de l'emploi de la médication par les inhalations de chloroforme. Quoiqu'on en ait fait respirer, presque chaque fois, jusqu'à 10 à 12 grammes pour obtenir le sommeil, jamais il n'est survenu le moindre accident. Dès qu'on approche l'agent anesthésique du visage du jeune malade, il se manifeste une exagération très grande dans l'intensité des mouvements. L'enfant se débat, s'agite et semble vouloir se dégager. Il ne faut pas tenir compte de cette impression et maintenir la tête. Au bout de quelques instants, le calme succède aux cris et aux pleurs, et il s'établit une détente complète.

Les enfants s'endorment généralement bien, et le sommeil persiste pendant dix minutes ou un quart d'heure; il s'est même prolongé pendant une demi-heure. Cette prolongation n'a rien qui soit de nature à inquiéter; car le pouls est ordinairement calme et régulier, la respiration se fait bien, le visage conserve son expression normale; on croirait à un sommeil naturel; il est rare que la physionomie soit empreinte d'un certain air d'étonnement. Le plus souvent l'enfant se réveille tout d'un coup, regarde autour de lui avec quelque surprise, puis se lève pour aller jouer ou demander à manger.

On n'a point observé ces phénomènes de céphalalgie, d'engourdissement général, de perte d'appétit, qui persistent quelquefois, pendant le reste de la journée chez les grandes personnes; et, sous ce rapport, il semblerait que les enfants ont pour le chloroforme une tolérance plus grande que les adultes.

Il est bien entendu, cependant, que chaque fois qu'on devra se servir de la méthode anesthésique chez des enfants dans des cas de chorée, on devra prendre les précautions qui ont été indiquées pour les autres circonstances. Il faudra s'assurer si l'estomac est vide; on évitera par ce moyen des nausées et des vomissements qui apporteraient de la fatigue et dégoûteraient du traitement. On aura l'attention toujours fixée sur l'état du pouls et sur la respiration. Les pulsations s'accélèrent pendant qu'on cherche à endormir le malade; mais elles baissent pendant la durée du sommeil, pour remonter après que celui-ci a cessé. M. E. Géry a noté 15, 20, 25 pulsations de moins pendant la chloroformisation. Les mêmes précautions seront prises pour l'état de la respiration; elle se fait en général très mal au début, à cause de l'émotion de l'enfant, mais bientôt elle se régularise et s'exécute comme pendant le sommeil naturel. On aura soin qu'aucun vêtement serré, soit à la base de la poitrine, soit au cou, ne puisse gêner la liberté des mouvements respiratoires. On renouvellera l'air de la pièce, surtout si elle est petite, aussitôt que le sommeil aura été obtenu. En se conformant à ces règles, on pourra manier le chloroforme à des doses assez élevées, sans craintes pour le malade, pourvu qu'aucune lésion organique n'en vienne contre-indiquer l'usage.

Quant aux appareils, M. E. Géry s'est servi tout simplement d'une compresse tournée en cornet; on en coupait avec des ciseaux l'extrémité pointue, de façon a faire un petit trou qui était bouché par une éponge fine retenue par quelques brins de fil; c'est sur cette éponge qu'on versait le chloroforme. La compresse ainsi préparée était appliquée sur le visage de l'enfant, qui respirait par le nez, et par la bouche les vapeurs anesthésiques.

Depuis les observations de M. E. Géry, M. Bouchard, médecin de l'hôpital de Saumur, a publié, dans le *Bulletin de thérapeutique*, une observation de guérison de la chorée par le chloroforme, d'autant plus remarquable qu'aucun autre moyen n'avait été employé auparavant. Voici l'analyse de cette observation : Une domestique de quatorze ans, non réglée, était atteinte, sans cause connue, de chorée, depuis vingt et un jours, lorsqu'elle fut amenée à l'hôpital de Saumur. Les convulsions étaient générales; les muscles de la langue, affectés eux-mêmes, ne permettaient pas la moindre prononciation. La face grimaçait de mille manières; les membres déjetés de tous côtés rendaient la préhension impossible; il n'y avait ni appétit ni sommeil. Pour toute médication, M. Bouchard employa d'abord une chloroformisation de demi-heure, avec 8 ou 10 grammes de chloroforme; le lendemain, il en fit une matin et soir, puis trois par jour. Ce ne fut qu'à partir de la onzième qu'un grand calme survint. Tous les mouvements désordonnés cessèrent; la malade commença à parler et à se faire bien comprendre; l'appétit et le sommeil reparurent. On ne fit plus que deux chloroformisations par jour, puis une seule: en tout, il y en eut 27 en quatorze jours de traitement. La guérison alors était complète et s'est maintenue. Les modifications diverses produites par le chloroforme ont été les mêmes que dans les observations de M. E. Géry.

Le chloroforme a encore été employé dans plusieurs autres maladies nerveuses, et M. le docteur Marotte a inséré, également dans le *Bulletin de thérapeutique*, une observation où il a été mis en pratique, avec avantage, dans l'éclampsie. »

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de l'angine glanduleuse, et observations sur l'action des Eaux-Bonnes dans cette affection, précédés de considérations sur les diathèses, par le docteur Noel Gueneau de Mussy, 1 vol. in-8 de 269 pages. — Paris, chez Victor Masson.

La tâche de publier en France un traité de l'angine glanduleuse ne revenait à personne plus naturellement qu'à M. Noël Gueneau de

Mussy, et personne n'était plus en état de l'exécuter. L'auteur est, on le sait, un élève de M. Chomel, à qui une récente collaboration vient de l'attacher plus étroitement encore et de la manière la plus honorable, et M. Chomel est le premier qui ait signalé et décrit cette espèce d'angine. M. Gueneau a de plus, en pathologie, les tendances doctrinales qui conviennent le mieux à l'étude d'une affection qui ne se réduit pas ordinairement à une lésion locale, mais procède presque toujours d'une condition générale de l'organisme. Il attribue aux états diathésiques une haute et légitime importance; il apporte dans leur recherche cette acuité de tact et cette menue intelligence du détail que donne, dans les œuvres scientifiques comme dans les œuvres manuelles, le maniement habituel d'un même objet.

Cette préoccupation dominante, si une longue amitié ne nous avait pas permis de la connaître personnellement, nous en trouverions le témoignage dès les premières pages de ce livre, qui commence par une *Introduction* sur les diathèses en général et sur l'herpétisme en particulier. L'espace ni l'occasion ne permettaient pas d'entrer dans tous les développements que comporterait une question si vaste; mais c'est déjà un service réel, dans l'état actuel de la science, que de revendiquer pour les états diathésiques, et généralement pour les conditions morbides qui possèdent l'organisme entier, une place plus large dans l'étiologie pathologique qu'on ne leur en accorde dans la plupart des nosologies. Nous relevons surtout dans cette *Introduction*, comme une vue qui est entièrement la nôtre, l'extension de l'herpétisme aux organes internes, spécialement aux muqueuses bronchique, intestinale et urinaire. On fausse certainement la signification des faits, quand, rencontrant un catarrhe bronchique, ou vésical, ou intestinal, établi en permanence ou se reproduisant à chaque instant, sans cause apparente, chez un individu qui porte sur la peau les stigmates irrécusables d'un herpès invétéré, on ne veut voir entre l'affection interne et l'affection externe qu'une simple coïncidence. Il ne nous paraît pas vrai non plus de dire, comme on le fait généralement, que l'arrêt de certaines fonctions du tégument cutané amène une action supplémentaire dans les muqueuses; ou, du moins, cette explication ne saurait être admissible pour tous les cas, puisque souvent la maladie de la peau et celle des viscères alternent et se remplacent réciproquement. Quant à l'hypothèse récemment développée par M. Camus dans sa dissertation inaugurale (10 mai 1856), à savoir que les affections des viscères, du poumon, de l'intestin, du foie, tantôt en retenant des matériaux destinés à l'élimination, tantôt en donnant naissance à des produits morbides, chargeraient le sang de particules qui, en traversant l'émonctoire cutané, y déposeraient un principe d'irritation et le germe de manifestations herpétiques, quant à cette hypothèse, elle est, comme le dit M. Gueneau, difficilement démontrable; mais elle répond assez bien à un fait de pratique qui n'est pas méconnu dans le TRAITÉ DE L'ANGINE GLANDULEUSE, mais n'y est peut-être pas montré sous son vrai jour, à savoir, que les manifestations dartreuses de la peau sont souvent liées à des affections gastro-intestinales. M. Gueneau dit bien, p. XXXII : « Il est permis d'admettre que les altérations des organes intérieurs puissent retentir sur le tégument externe, de même que les troubles fonctionnels de la peau deviennent souvent la cause d'affections internes; » mais, en même temps, il se montre disposé à contester qu'il y ait entre les deux ordres d'états morbides un rapport de causalité, et, d'autre part, pour démontrer la nature herpétique de certains catarrhes bronchiques ou intestinaux, il s'appuie principalement sur ce qu'on voit *souvent* ces catarrhes alterner avec des affections cutanées. Or, si notre propre observation ne nous a pas trompé, l'alternance de ces états morbides est beaucoup plus rare que leur concomitance, et les affections herpétiques ne se réveillent jamais avec plus de vivacité, surtout chez les enfants, que lorsque le tube gastro-intestinal est troublé dans ses fonctions. De là une légère différence entre notre manière d'envisager les faits et celle qui est propre à M. Gueneau. Tandis que notre habile confrère considère comme effets d'une cause commune l'affection extérieure et l'affection intérieure, qu'elles soient concomitantes, ou successives, ou alternes, nous faisons, nous, deux parts de cet ensemble de faits. Il en est où le trouble gastro-intestinal précède si évidemment et si constamment l'herpès, et où le traitement de la première affection suffit si complétement à faire disparaître la seconde, que nous n'hésitons pas à admettre entre elles le rapport de cause à effet que leur refuse l'auteur, au lieu d'un rapport de subordination commun à une seule cause (la diathèse), et nous croyons que ce rapport ne rend pas aussi bien compte de la persistance avec laquelle, chez un même sujet, la succession des deux états morbides se répète plusieurs fois dans le même ordre. Il est d'autres cas où très positivement ces états morbides se remplacent; d'autres où ils envahissent simultanément plusieurs muqueuses, notamment les muqueuses vésicale ou bronchique, qui ne peuvent être accusées, comme la muqueuse intestinale, de servir de point de départ à l'affection cutanée; ces cas-là, où le traitement général amende seul les manifestations pathologiques et les amende toutes à la fois, nous paraissent, comme à M. Gueneau, l'expression d'une seule et même diathèse. Nous avions encore tout récemment sous les yeux un malade portant depuis plusieurs années un eczéma très intense des deux jambes, tantôt alternant, tantôt coïncidant avec un catarrhe bronchique, sans le moindre dérangement intestinal.

Comme nous le faisions entrevoir en commençant, cette excellente *Introduction* est une sorte de préparation à la doctrine que professe l'auteur sur la nature de l'angine glanduleuse; mais avant d'exposer cette doctrine, et pour pouvoir l'apprécier, il faut dire en quoi consiste la maladie elle-même.

Sur la voûte palatine et le voile du palais, dans l'arrière-cavité des fosses nasales, à la surface du pharynx et de l'épiglotte, du larynx dans toute son étendue, existent, sous la muqueuse, des glandules en grappe, diversement distribuées dans les différentes parties de la région pharyngo-laryngée. Elles sont surtout abondantes à la partie postérieure de la voûte du palais, à la face inférieure du voile, à la partie supérieure du pharynx (notamment au-dessous et autour des trompes d'Eustachi), sur la face postérieure du cartilage cricoïde et au-devant des arythénoïdes, où elles se réunissent pour constituer les glandes de ce nom. C'est cet appareil glandulaire (dont M. Gueneau emprunte la description à une note de M. Sappey) qui, en se développant outre mesure, donne lieu aux granulations reconnues et décrites pour la première fois par M. Chomel. On voit par là que le nom d'*angine glanduleuse* convient mieux à cette affection que celui de *maladie* folliculeuse *de la membrane laryngo-pharyngée* (follicular disease of the pharyngo-laryngeal membrane) adopté par M. Horace Green, qui a publié sur cette affection une monographie postérieure de six mois à la publication des leçons de M. Chomel (avril 1846). L'altération, en effet, porte sur les glandes sous-muqueuses et non sur les follicules, qui ne se rencontrent que sur les parties latérales et postérieures de la langue. En outre, le mot d'angine est traditionnellement consacré aux maladies de la partie supérieure des voies aériennes et des voies digestives.

Ces granulations forment des groupes irrégulièrement arrondis, dont le volume varie entre celui d'un grain de millet et celui d'une lentille : elles ont 1 à 3 millimètres d'épaisseur. Quelquefois, mais plus rarement que ne l'a dit M. Green, elles portent à leur sommet une petite ulcération. Elles peuvent être lobulées, comme mamelonnées, constituées par l'agglomération de granulations plus petites; ou ponctuer la membrane muqueuse à des intervalles plus ou moins réguliers; ou former des séries moniliformes, des pilastres saillants, des figures allongées; ou se contourner en arabesques qui donnent à la paroi pharyngienne un aspect réticulé; ou constituer des plaques polygonales, etc.

L'affection peut naître d'une manière aiguë; mais le plus souvent elle se développe lentement. Les individus qui en sont atteints, ordinairement sujets à des enrouements passagers, éprouvent d'abord dans la gorge une sensation de picotement, de chatouillement, d'embarras, qui les porte à faire cette expiration brusque que les Anglais expriment par le mot *hemming*, ou, au contraire, suivant le mot de l'auteur, une sorte de reniflement pharyngien et des mouvements de déglutition. La voix devient rauque et voilée, surtout dans une atmosphère chaude; chez les chanteurs, elle perd de sa pureté, de sa justesse et de son étendue. L'expectoration, très

peu abondante, se compose de grumeaux visqueux, le plus souvent transparents, ressemblant à de l'empois, mêlés parfois d'un peu de sang ; et même il paraîtrait résulter, d'une observation de M. Germain Sée, qu'une véritable hémoptysie peut n'avoir pas d'autre origine.

A l'inspection de l'arrière-gorge, on constate, outre le caractère spécifique de la lésion, c'est-à-dire l'aspect granuleux, une injection vasculaire plus ou moins vive, ou une rougeur continue, uniforme, de l'isthme, du voile du palais et du pharynx, rougeur plus fine et disposée en petites houppes autour des saillies. Au voile du palais, cette coloration tranche sur la teinte ordinairement moins rouge, et sur l'aspect luisant, demi-transparent, des petites tumeurs glandulaires. Sur le pharynx, au contraire, celles-ci sont généralement d'un rouge plus foncé que sur la portion avoisinante de la muqueuse, et elles laissent parfois échapper un peu de matière puriforme. Dans une des observations propres à l'auteur, les glandules donnaient issue à de petites concrétions allongées, arrondies, assez semblables, pour la configuration, aux osselets de l'ouïe, composées de phosphate et de carbonate calcaires. Les amygdales en fournissent quelquefois également.

Comme lésions accessoires, on observe souvent le développement anormal de la luette (une planche représente les diverses formes qu'elle peut alors affecter, ainsi que certaines dispositions de granulations) et le gonflement d'une ou des deux tonsilles.

Telle est la maladie à sa première période. Si elle ne s'y arrête pas, si elle continue à augmenter, la voix devient dure, rauque, éraillée ; l'aphonie peut même survenir. Les malades accusent un sentiment d'aridité à la gorge, de pesanteur derrière le sternum, de brûlure le long de cet os jusqu'au cardia. Cette dernière remarque de M. Gueneau est de toute justesse, et nous en avons en ce moment même un exemple sous les yeux. Les mucosités deviennent plus opaques, mucoso-purulentes, de saveur sucrée ou salée ; ou bien, dit l'auteur, l'expectoration amène des concrétions demi-solides, cylindriques, ressemblant à des petits morceaux d'asperge cuite. La pression exercée sur le larynx devient douloureuse, surtout si elle porte sur le cartilage cricoïde ; assez souvent même la déglutition est pénible, surtout dans la forme aiguë. Il y a, chez certains malades, de la dyspnée ; chez d'autres, une sensation de tension douloureuse dans le tympan, des bourdonnements, ou une exaltation incommode du sens de l'ouïe ; chez d'autres encore, une douleur sourde à la nuque. Les granulations n'augmentent pas de volume en proportion de l'ancienneté du mal ; mais c'est à cette période qu'on les voit parfois s'ulcérer, et que les veines de la partie deviennent plus larges, variqueuses, et peuvent donner lieu à des crachements de sang assez considérables.

L'auscultation du larynx n'a jamais fourni à l'auteur aucun résultat important : le bruit respiratoire était seulement rude et affaibli, et cette rudesse, si elle est très prononcée, peut retentir dans tout l'arbre bronchique.

Quelles sont les causes de l'angine glanduleuse ? M. Gueneau étudie avec un soin extrême l'influence du sexe, de l'âge, de l'hérédité, des professions, des climats, de diverses maladies, des efforts de voix, de l'habitude du tabac à fumer ; il rappelle la remarque de M. Chomel sur la prédisposition que constituerait la forme ogivale de la bouche avec rétrécissement de l'arcade dentaire ; mais ce qui donne à son appréciation étiologique son cachet et son importance, c'est l'étude des *conditions diathésiques*. La relation que M. Chomel a le premier signalée entre l'angine granuleuse et la diathèse herpétique, M. Gueneau l'a constatée également. Sur quarante-cinq malades chez lesquels il a cherché à vérifier cette relation, il n'en a rencontré que quatre qui n'offrissent pas des manifestations dartreuses très prononcées ; encore deux de ces sujets avaient-ils une blépharite chronique, et l'un d'eux, entre autres, une grande disposition aux sueurs de la tête et une alopécie précoce. Un certain rapport entre les deux ordres de manifestation morbide existe donc ; mais est-ce un rapport de causalité ? L'auteur incline vers cette opinion, comme réunissant en sa faveur *une grande somme de probabilités ;* mais, outre qu'il reconnaît formellement l'existence d'angines granuleuses indépendantes d'états diathésiques, il fait cette remarque : « On pourrait se demander si dans ces cas (ceux où l'herpès coïncide avec l'angine) l'herpétisme est bien la cause productive, spécifique, de l'angine granuleuse, ou *s'il ne fait que manifester une condition anormale de l'organisme qui imprime à ses actes morbides une tendance défavorable et produit la chronicité.* Dans cette hypothèse, d'autres états constitutionnels, d'autres diathèses même, pourraient exercer la même influence ; alors l'angine granuleuse rentrerait dans le cadre des inflammations chroniques sans avoir aucun caractère déterminé. Donner une démonstration rigoureuse de la spécificité de l'angine granuleuse serait chose impossible dans l'état actuel de nos connaissances. » Nous nous associons d'autant plus volontiers à cette réserve, qu'elle était entrée dans notre esprit avant d'avoir pris connaissance de ce passage. Nous avions pour cela deux motifs : le premier, c'est que, tout en ayant rencontré des affections cutanées dans un bon nombre de cas d'angine glanduleuse qu'il nous a été donné d'observer, il nous a paru que ces affections, habituellement peu caractérisées, consistant, par exemple, en un peu d'eczéma aux mains ou derrière les oreilles, de pityriasis du cuir chevelu, étaient elles-mêmes sous la dépendance d'un état constitutionnel plus général, savoir : la constitution lymphatique ou scrofuleuse. Notre second motif est que la diathèse herpétique proprement dite ne se localise pas habituellement dans le système glandulaire, et qu'une affection glandulaire du pharynx qui aurait une origine herpétique serait une véritable exception. L'analogie de forme qu'on a cru trouver entre l'acné et les granulations du pharynx est loin de contredire cette remarque, puisque l'acné a son siége, non dans des glandes, mais dans des *follicules*. Il est bien vrai que M. Gueneau attache au mot herpès une signification un peu ancienne, qu'il a perdue depuis Willan, et que beaucoup des exemples d'herpétisme qu'il cite n'appartiennent pas aux affections vésiculeuses ; mais la diversité même de ces manifestations nous semble être un motif de plus de ne pas rapporter l'angine granuleuse à une diathèse déterminée, puisque les diathèses ont cela de caractéristique, qu'elles se portent sur des parties du corps ou sur des éléments anatomiques d'élection. En résumé, nous nous rangerions volontiers, jusqu'à plus ample information, à cette idée que, dans le cas où coexistent l'angine granuleuse et une affection de la peau, l'une et l'autre maladie découlent d'une source commune, d'un état constitutionnel préexistant à l'un et à l'autre, et qui est le plus souvent, sinon toujours, la constitution lymphatique ou scrofuleuse.

Les deux principaux moyens de traitement de cette affection sont l'usage des eaux sulfureuses à l'intérieur et des cautérisations avec le nitrate d'argent. Non pas qu'il n'y ait de ressource que dans cette médication interne et dans ce topique. On a tiré bon parti de l'emploi des préparations iodées, des balsamiques, du chlorhydrate d'ammoniaque, de même que des insufflations avec la poudre de calomel, d'alun, de sulfate de zinc, etc. ; mais les deux moyens cités tout d'abord sont ceux qui conviennent à la majorité des cas et qui comptent la plus forte proportion de succès. M. Gueneau se loue beaucoup de l'emploi des Eaux-Bonnes, dont la position spéciale lui a permis de bien étudier et de suivre longtemps les effets.

Nous avons cherché à résumer les principaux traits de cette affection encore peu connue de la généralité des praticiens ; mais il faut en lire la description dans l'ouvrage lui-même. Cette description est faite de main de maître. Au lieu de décomposer la symptomatologie, de la morceler, comme on le fait trop souvent, elle en offre un tableau vivant et animé, qui conserve à la maladie l'unité qu'elle tient de la nature. Le TRAITÉ DE L'ANGINE GLANDULEUSE révèle une grande habileté de pratique, une grande exactitude d'observation, des vues élevées, le tout rehaussé par un talent d'écrivain que faisait assez prévoir, dès la première page, une dédicace à M. Chomel écrite en excellent latin.

A. DECHAMBRE.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. | PARIS, 13 FÉVRIER 1857. | N° 7.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 1er au 31 janvier 1857.

1. PELOUZE, Eugène-Philippe, né à Paris (Seine). [*Étude sur les fermentations.*]

2. BROGUIER, Bruno, né à Fayence (Var). [*Avantage des pansements rares après les amputations.*]

3. TAINTURIER, Antoine-Henri-Anne-Frédéric-Léonidas, né à Panthier (Côte d'Or). [*Quelques considérations sur la fibrine du sang et sur les modifications que lui font subir certaines maladies aiguës.*]

4. LEPETIT, Charles-François-Jean, né à Plancoët (Côtes-du-Nord). [*De la fièvre puerpérale, épidémie observée en 1856 à l'hôpital des Cliniques et à l'Hôtel-Dieu de Paris.*]

5. RAVIN, Charles-Prosper-Marie, né à S.-Valery-sur-Somme (Somme). [*Du traitement de la syphilis congénitale.*]

6. MULLER, Louis-Armand, né à Meaux (Seine-et-Marne). [*Considérations générales sur la fièvre typhoïde.*]

7. THOMAS DE CLOSMADEUC, Alphonse-Marie, né à la Roche-Bernard (Morbihan). [*De la valeur pathologique des hallucinations dans les maladies mentales.*]

8. BRUZAU, François-Joseph-Gustave, né à Castelnau-Magnoac (Hautes-Pyrénées). [*Un exemple de l'influence des lieux et de l'encombrement sur les maladies.*]

9. BAUCHER, François-Charles-Hippolyte, né à Coutances (Manche). [*De quelques applications du chloroforme à la thérapeutique médico-chirurgicale.*]

10. ROUX, Octave-Jules, né à Mesnil-Hubert (Orne). [*De la lymphadénite cervicale indépendante de la scrofule.*]

11. GUIMBERTEAU, Louis-Henri, né à Macau (Gironde). [*Du traitement chirurgical des épanchements pleuraux.*]

12. PARROT, Joseph-Marie-Jules, né à Coidenil (Dordogné). [*Propositions de médecine.*]

13. RAUX, Jean-Maximin, né à Domies (Jura). [*Quelques considérations sur la syphilis.*]

14. DESGRANGES, Alphonse, né à Pontorson (Manche). [*De la métrite simple aiguë* (utérite).]

15. MAILFERT, James-Nicolas, né à Hurgy-la-Ville (Côte-d'Or). [*Des maladies de la protubérance annulaire ou mésocéphale.*]

FEUILLETON.

Lettre médicale.

(Suite et fin. Voir le n° 5.)

SOMMAIRE. Encore les vivisections. — Séance annuelle de l'Association des médecins de la Seine : désidératum. — Statistique médicale et médecins cantonaux. — Nouveau jugement contre les homœopathes : distribution de médicaments. — Nouveaux journaux de médecine : métamorphose de la *Gazette médicale de Lyon*. — Hans à l'Opéra : Salviani à Rome. — Le faux consultant. — Une histoire de l'autre monde.

Cher et honoré confrère,

Nous en étions où vous savez — à moins que vous ne le sachiez plus, ou que vous ne l'ayez jamais su — de notre élucubration sur l'expérimentation physiologique (voir n° 5, p. 73), quand nous est tombée sous les yeux une lettre de M. Dumont (de Monteux) insérée dans l'UNION MÉDICALE. M. Dumont est membre correspondant de la Société protectrice des animaux. A la bonne heure! Que les sociétés protectrices et les sociétés d'acclimatation parlent des expériences sur les animaux dans ce langage de savant, avec cette juste mesure de zoophilie, et nous serons bientôt d'accord avec elles. En attendant, nous constatons que, pendant que certaines sociétés votent l'exclusion absolue des vivisections, ceux de leurs membres les mieux intentionnés, les plus accessibles à la pitié, mais aussi les mieux placés pour juger sainement de la question, ne stigmatisent que des abus; abus réels, incontestés, et que nous n'avons jamais absous. Le remède que propose M. Dumont, et qui consisterait à expérimenter en commun, de manière que le même animal servît à *dix ou quinze personnes*, modérerait sans doute l'effusion du sang; mais est-il praticable? La recherche scientifique, qui a pour mobile l'émulation, qui implique presque toujours la poursuite de la renommée ou de la fortune, est essentiellement personnelle. Et soyez sûr que le jugement des corps savants, dont M. Dumont voudrait faire un frein aux expériences, ne bridera jamais les curiosités particulières, non-seulement parce que le poids du nombre n'a pas toujours la valeur qu'on paraît lui supposer, mais aussi parce qu'un fait, quelque défini qu'il soit, peut être conçu et partant expérimenté de mille manières — *tot*

16. MARMOTTAN, Henri, né à Valenciennes (Nord). [*De l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.*]

17. SOUSSME, Étienne, né à Boismorand (Loiret). [*Considérations sur les causes et le traitement des fièvres intermittentes simples.*]

18. JAILLIOT, Jules-Louis, né à Mouzon (Ardennes). [*De la ligature dans les hémorrhagies artérielles consécutives compliquant les blessures par armes à feu.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 13 février 1857.

REMISE DE LA DISCUSSION SUR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE. — LA *maladie des mécaniciens.* — KYSTES TUBO-OVARIQUES. — *Sang de rate* ET PUSTULE MALIGNE. — *Eaux aux jambes* DU CHEVAL ET *cow-pox.* — LE GAZ OXYDE DE CARBONE COMME ANESTHÉSIQUE.

Mardi dernier, à l'ouverture de la séance de l'Académie de médecine, la compagnie était presque au complet, et il y avait peu de places vides sur l'estrade réservée au public. Un quart d'heure après, les rangs étaient fort éclaircis. C'est que la question de la méthode sous-cutanée, qui aurait grand besoin d'être comme les rangs de l'Académie, et qui, à ce titre, préoccupe vivement l'opinion, a dû céder le pas aux exigences de l'arriéré. M. Boutron a lu un rapport sur un mémoire de MM. les docteurs Henry fils et Humbert, qui a pour titre : *Recherches médico-légales sur l'acide cyanhydrique et ses composés ;* puis M. Duchesne, membre du conseil de salubrité, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale, a fait une communication intéressante sur ce qu'il appelle la *maladie des mécaniciens.* Pendant cette lecture, M. J. Guérin avait fui comme une ombre, en disant qu'il ne reviendrait qu'à la séance prochaine. C'était donc partie remise, et la parole a été donnée à M. Ad. Richard, qui a exposé le résultat de recherches dont nous avons déjà dit un mot il y a quelques mois (voir GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1856, p. 853) et qui sont relatives à une variété de kyste appelée par l'auteur kyste tubo-ovarique. M. Robiquet a lu ensuite une note sur l'emploi thérapeutique du pyrophosphate de fer, qu'il range au premier rang parmi les médicaments ferrugineux.

Le résultat général des observations de M. Duchesne touchant les influences diverses qu'exercent sur certains employés des chemins de fer les conditions hygiéniques inhérentes à leur profession, telles que l'exposition à l'air et aux vicissitudes atmosphériques, la rapidité de la marche du train, la trépidation de la machine, le voisinage du foyer, etc. Ce résultat général est que tout d'abord la santé s'améliore, l'appétit augmente et avec lui l'embonpoint; mais que plus tard surviennent des troubles fonctionnels particuliers, dont les principaux consistent en un affaiblissement de la vue et de l'ouïe, des rhumatismes habituels et des douleurs sourdes et continues qui paraissent siéger dans la continuité des os.

M. Richard a parfaitement fait comprendre le mode de formation de ces kystes qui ont pour point de départ une vésicule de Graaf restée ouverte après la sortie de l'ovule, se développant outre mesure en sécrétant un liquide, et versant en partie ce liquide dans la trompe, qui le retient et se dilate à son tour. M. Richard a vu de semblables kystes se vider spontanément par le vagin.

Avant ces communications, et après la lecture du procès-verbal, le feu avait repris quelques instants sur la question de la vaccine et des eaux aux jambes du cheval, déjà débattue dans la dernière séance. Revenant sur un argument auquel il paraît accorder une grande valeur, M. Trousseau tient à démontrer qu'il n'y a pas une identité parfaite de nature entre la pustule maligne de l'homme et le sang de rate du mouton, et qu'il y a là une analogie défavorable à la doctrine de la parenté qu'on présume exister entre les eaux aux jambes et le cow-pox. Mais, en ce point, il est contredit par la grande majorité des vétérinaires qui pratiquent dans les contrées où le sang de rate est enzootique; il l'est plus particulièrement par les médecins et les vétérinaires de l'Association médicale d'Eure-et-Loir ; il a pour antagoniste M. Delafond, auteur d'une importante monographie sur le sang de rate, qu'il avait longtemps considéré comme non charbonneux et qu'il assimile aujourd'hui à la pustule maligne, en faisant remarquer, avec grande raison, que si la pustule de l'homme diffère extérieurement du sang de rate du mouton, cela tient uniquement à la différence d'organisation des espèces, puisque la matière de cette même pustule reportée sur le mouton lui donne le sang de rate. Ce changement d'opinion, après une lutte poursuivie avec autant de persévérance que de talent, fait honneur au caractère scienti-

---

capita, tot sensus — au point de vue de ses causes, de ses conséquences, de sa signification propre, de sa caractéristique même. A-t-on assez tourmenté les racines rachidiennes des chiens, des chats et des chevaux ! Eh bien ! sur cette question si étroitement circonscrite, la physiologie est encore en travail, et elle y est si bien, qu'on ne sait encore de quoi elle accouchera.

Il va sans dire que nous ne faisons pas opposition à l'idée de notre distingué confrère du Mont-Saint-Michel, et que la liberté de notre critique ne va pas au delà d'une simple appréciation.

— Vous connaissez le menu de la séance annuelle de l'*Association des médecins de la Seine*, à l'exception pourtant d'une pièce de première importance. Nous continuons à regretter que le discours de l'honorable et zélé secrétaire général de l'Association ne soit pas, chaque année, imprimé d'avance, puis envoyé après la séance à tous les membres, qui font à peine un total de 600 personnes. C'est dans cette suite de discours que se reflète la vie de l'Association, et non dans le squelettique *compte rendu de la gestion financière*, qui n'est qu'un alignement de noms propres et de chiffres. Jugez quel secours apporterait aux autres associations et de quel intérêt professionnel serait le tableau animé, mobile, raisonné, de cette longue épreuve du principe d'union et d'assistance mutuelle ! On aurait sous les yeux tout le développement de la pensée d'Orfila ; on mesurerait les services qu'elle a pu rendre, non ceux de la caisse seulement, qui regardent le *compte rendu*, mais ceux qui touchent à la moralité et aux droits professionnels, et qu'on aimerait à connaître également sans sortir de chez soi ; on saurait mieux si cette simple association de secours, dont le grand mérite a été jusqu'ici de pourvoir à des besoins actuels, de se répandre en bienfaits effectifs et immédiats, est réellement susceptible de former un jour le noyau d'une grande unité. Sur tout cela, on ne peut s'instruire aujourd'hui qu'en feuilletant les journaux, et, quelque respect que nous soyons tenu d'avoir pour ce genre d'occupation, il nous est impossible d'admettre qu'on en fasse une sorte d'obligation aux sociétaires. Contraste assez remarquable, les banquets veulent avoir une tradition ; ils ont des comptes rendus imprimés où pas un discours, pas une chanson, pas un toast ne sont oubliés, et des asso-

fique de M. Delafond, et ce nous est, avec les autres arguments qui pourraient être tirés du sujet en question, une considération de plus pour croire, avec la majorité des praticiens de l'une et de l'autre médecine, qu'il y a entre les deux affections dont il s'agit une identité tout aussi claire que celle qui existe, par exemple, entre la morve de l'homme et la morve du cheval. Les formes, les modes d'expression seuls, diffèrent.

Pour ce qui est de la discussion à laquelle se rattache ce préliminaire de M. Trousseau, elle n'a pas fait faire à la question un pas sensible. Sans rien préjuger aujourd'hui des faits allégués quant à la génération de la vaccine sur l'homme ou sur la vache par le contact des liquides de sécrétion des eaux aux jambes du cheval, nous renvoyons à un temps probablement prochain l'exposé de notre opinion, que nous comptons appuyer de démonstrations suffisantes. Mais nous le disons avec insistance, ce qu'il importe de connaître, c'est la vraie caractéristique des eaux aux jambes avec ses formes et ses variétés. En effet, si l'on consulte les observations de Sacco, on voit, comme l'a dit M. Leblanc, que c'est tantôt aux eaux aux jambes elles-mêmes qu'on a puisé la matière de l'inoculation, tantôt à des javarts, à des furoncles ou à des panaris. Quelle parité peut il y avoir entre les résultats des inoculations? Que peuvent-elles signifier en présence de ce diagnostic confus et embrouillé? Des faits aussi douteux, aussi incertains, se trouvent reproduits dans le rapport du Comité central de vaccine publié en 1803. Mais il y a plus : à l'extrémité des membres du cheval on voit encore d'autres tumeurs de la surface desquelles suintent des liquides plus ou moins fétides, séreux, séro-purulents, séro-sanguinolents. Une forme de la morve du cheval signalée par Aristote peut même donner lieu à ces tumeurs. Alors point de jetage, point de glandes, peu de signes extérieurs ou apparents qui puissent faire reconnaître cette affection, déployant son action délétère sur les organes internes. A la fin de la maladie seulement, il apparaît aux extrémités des tumeurs plus ou moins considérables, avec des fissures, des espèces de rhagades, de la profondeur desquelles sort un liquide d'une fétidité égale au moins à celle des eaux aux jambes. *Caveant medici!* car des expérimentateurs non prévenus pourraient, en puisant à cette source impure, déterminer des accidents formidables. Et pour le dire en passant, il nous paraît bien que telle est l'origine de ces faits bizarres, incompréhensibles, qu'on trouve rapportés dans une burlesque diatribe contre la vaccine, qui a pour titre : *La vaccine combattue dans le pays où elle a pris naissance*, etc. (Paris, 1807.) Cette sorte de *farrago* pathologique, due à la collaboration de trois auteurs et enrichie des perfectionnements d'un traducteur, contient cependant des descriptions curieuses et intéressantes jusqu'à un certain point. Mais les faits sont si incomplets, si dénués de preuve, qu'ils font penser aux gouffres, aux tourbillons et aux abîmes dans lesquels on a laissé tomber des objets rares : ils sont perdus pour toujours et resteront inconnus!

— Nous trouvons dans le dernier numéro (1857) de la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG le mémoire de M. le professeur G. Tourdes *sur le gaz oxyde de carbone considéré comme anesthésique*, dont nous avons parlé (n° 5, p. 75) sur une brève analyse insérée dans les COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES. Les expériences de M. Tourdes, par la précision rigoureuse avec laquelle elles ont été instituées, par les résultats qu'elles ont donnés, méritent autre chose qu'une rapide mention.

L'expérimentation a été faite sur des lapins et des pigeons, tantôt de l'une, tantôt de l'autre des deux manières qui suivent :

1° Une *cloche* placée sur la cuve pneumatique reçoit l'animal ; à l'aide d'un tube recourbé, on enlève de la cloche une certaine quantité d'air que l'on remplace par une proportion déterminée d'oxyde de carbone. On observe les résultats et l'on retire l'animal de la cloche quand l'anesthésie est complète ; 2° Une *vessie en caoutchouc* renferme le gaz pur ou mélangé à une certaine proportion d'air ; cette vessie communique, par un long tube en caoutchouc muni d'un robinet, avec une bourse de même substance, ayant une ouverture dans laquelle on engage la tête de l'animal. A l'aide du robinet, on interrompt à volonté l'action du gaz. Ce second procédé permet de continuer longtemps l'anesthésie ; on retire la tête de la bourse quand l'animal a perdu connaissance, et on l'y replace dès que l'anesthésie diminue.

Le premier résultat donné par les expériences est que le gaz oxyde de carbone n'est pas délétère dans le sens ordinaire du mot, comme on le dit généralement et comme on l'induirait aisément de la note des COMPTES RENDUS. L'animal, en effet, peut être anesthésié plusieurs fois de suite, même jusqu'à l'apparence de mort, et se remettre complétement après chaque opération (1). Pourtant, sous un rapport, l'expé-

(1) Il y avait réellement à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Grisolle, un malade asphyxié, non par l'oxyde de carbone pur, mais par la vapeur de charbon, et chez lequel la perte de la sensibilité avait survécu à la disposition des symptômes d'asphyxie. L'existence de ce fait avait déjà été signalée par M. Grisolle dans son *Traité de pathologie*.

ciations qui représentent de graves intérêts n'ont pas d'autres archives que les feuilles volantes d'un manuscrit ! Nous parlions de journaux; les journaux mêmes n'ont que ce qu'ils attrapent au passage, et le discours ne leur est pas communiqué. L'argent manque-t-il? L'association, sur une recette de près de 35,000 francs, a dépensé en 1856, pour imprimés et distribution, pour ports de lettres et commission, moins de 700 francs, et ses économies, en tenant compte de la différence entre le reste en caisse du 1er janvier 1856 et celui du 1er janvier 1857, se sont montées à près de 21,000 fr. Ne pourrait-on distraire de cette somme le prix d'impression d'un discours? Et si l'on recule devant de nouvelles dépenses, ce document ne serait-il pas plus utile, et aussi plus agréable, aux sociétaires qu'une liste totale des membres, qu'il suffirait de remplacer par l'indication des nouveaux affiliés?

Nous soumettons ces remarques à M. le secrétaire général, en espérant que sa modestie ne l'empêchera pas de les goûter.

— Point n'ignorez, cher confrère, que notre collègue de la FRANCE MÉDICALE, M. Roubaud, a beaucoup contribué à établir et à éclairer la statistique des professions médicale et pharmaceutique. C'est à lui qu'on doit la détermination de ces trois faits : que les départements riches comptent moins de praticiens que les départements pauvres ; que le chiffre des docteurs est supérieur à celui des officiers de santé dans les départements pauvres et inférieur dans les départements riches ; enfin, que la loi de distribution des pharmaciens dans ces deux catégories de départements est précisément l'inverse de la loi de distribution des médecins. L'importance de ces faits dans leurs rapports avec l'organisation de l'exercice professionnel a été appréciée dans la discussion du projet Salvandy. Ce n'est pas le moment d'y revenir ; mais nous signalerons un résultat nouveau, ou nouvellement revisé, des calculs de M. Roubaud, lequel fournit un élément précieux à la question des médecins cantonaux. La répartition des médecins et des pharmaciens en France est réglée par le chiffre relatif ou l'intensité de la population bien plus que par l'étendue topographique : 94 cantons tout entiers, et, dans d'autres cantons, 150 chefs-lieux sont privés de médecins et de pharmaciens. Ces cantons figurent parmi les plus pauvres,

rience n'est pas complète. S'il est vrai que, chez les animaux, l'anesthésie obtenue par le chloroforme devient aisément mortelle quand on la prolonge quelque temps, il n'en est pas tout à fait de même chez l'homme, qu'on a maintenu souvent dans une entière insensibilité pendant une demi-heure, trois quarts d'heure, une heure, sans produire d'accidents. Or, cette dernière épreuve n'a pas été faite sur les animaux.

Un second résultat, qui nous paraît bien acquis, c'est que l'action anesthésique de l'oxyde de carbone ressemble tout à fait à celle du chloroforme; elle se manifeste d'abord par de l'excitation, de la roideur des membres, une respiration accélérée; puis par une immobilité complète, la dilatation des pupilles, la résolution des membres, l'insensibilité et le ralentissement de la respiration. Peut-être les phénomènes d'excitation sont-ils plus marqués que sous l'influence du chloroforme.

La rapidité des effets varie suivant la proportion d'oxyde de carbone contenu dans l'air respiré. Sur les lapins, avec un huitième ou un dixième de gaz, il faut de une à deux minutes pour que les effets commencent à se manifester, et de deux à cinq minutes pour que l'animal soit stupéfié. Avec un quinzième ou un vingtième, la première période s'établit au bout de deux à cinq minutes, et la seconde au bout de cinq à douze. Avec un trentième, un cinquantième, un soixante-douzième, on obtient encore des effets, mais qui se font attendre de six à vingt minutes. L'action s'exerce plus rapidement sur les pigeons; avec un cinquantième seulement de gaz, elle se montre au bout d'une minute au plus.

Dans la cloche, avec le gaz pur, l'action, dit M. Tourdes, est subite et périlleuse.

M. Tourdes ne fait entrevoir qu'avec beaucoup de réserve la possibilité d'utiliser l'oxyde de carbone pour la pratique de l'anesthésie générale chez l'homme, et il nous paraît bien certain que ce moyen n'est admissible qu'à défaut d'autres, et au cas seulement où l'indication de l'anesthésie serait tout à fait urgente. Nous ne parlons pas des embarras qu'amènerait la nécessité de préparer le gaz et de le doser, ni des difficultés que rencontreraient dans cette opération la majorité des praticiens. Nous signalons surtout le danger de mort qui, soit par la difficulté d'un dosage exact, soit par l'action propre du gaz, est sensiblement plus grand qu'avec le chloroforme ou l'éther. « Il faut, dit l'auteur lui-même, ne manier le gaz qu'avec prudence. *J'ai perdu des animaux que j'aurais voulu conserver.* » Les observations faites jusqu'ici, celle de Wytt qui volontairement inspira les vapeurs d'oxyde de carbone, celles des ouvriers qui travaillent dans les hauts fourneaux où ce gaz est employé, ne sont pas des plus rassurantes: car Wytt a perdu presque entièrement la sensibilité après deux ou trois inspirations, et, quant aux ouvriers asphyxiés, qu'il a suffi de transporter à l'air libre pour leur rendre l'usage de leurs sens, nous le répétons, on se demande si une exposition un peu plus longue aux émanations du gaz n'aurait pas fait plus que de les anesthésier. En un mot, le maniement de cet anesthésique, employé en inspirations, nous paraît à la fois trop difficile et trop périlleux pour qu'on puisse espérer d'en tirer parti chez l'homme.

Il n'est pas jusqu'aux résultats de l'application topique du gaz qui ne soient de nature à mettre en garde contre les effets propres de l'oxyde de carbone. M. Léon Coze, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, l'a expérimenté dans deux cas de carcinome ulcéré de la matrice et dans un cas d'arthralgie très douloureuse. Chez la première malade, qui avait été soumise sans succès à l'action de l'acide carbonique, sept douches ont été pratiquées, et chacune d'elles a amené presque immédiatement, et pour quelques jours, la cessation de la douleur; il ne s'est pas produit d'hémorrhagie, comme on l'a vu quelquefois après les douches d'acide carbonique, avantage que M. Tourdes est disposé à attribuer à l'action coagulante du gaz; mais quelques vertiges sont survenus pendant l'opération. Chez la seconde malade, les vertiges se sont produits assez rapidement et ont été assez intenses pour qu'on ait jugé à propos de discontinuer l'expérimentation. Le troisième sujet, dont le genou, embrassé par un appareil de caoutchouc, plongeait dans un bain d'oxyde de carbone, a été pris, au bout de quelques heures, de vertiges accompagnés de céphalalgie, d'anxiété, qui ont persisté plus de vingt-quatre heures après qu'on eut enlevé l'appareil. Ajoutons que les douleurs du genou ne s'étaient pas calmées, malgré l'absorption du gaz, rendue manifeste par les accidents nerveux.

A. Dechambre et Patté.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Quelle est l'influence du mariage sur les hystériques? — Quelles sont les conséquences héréditaires de l'hystérie? par le docteur Duparcque. — Travail lu à la Société de médecine du département de la Seine dans la séance du 5 décembre 1856.

Pour répondre à ces questions, soulevées et mises en discus-

---

et sont en général situés dans des pays montagneux où la population est éparpillée, notamment dans les Basses et Hautes-Alpes, l'Ardèche, la Corse, la Lozère. Si ces faits sont exacts, on voit quelle situation l'on crée, dans les conditions actuelles de l'institution, au médecin cantonal, qui doit desservir certaines localités moyennant un traitement variable de 300 à 600 francs! C'est une sorte de transportation, aggravée de la nécessité de pourvoir soi-même à ses besoins et à ceux de sa famille. Il nous a toujours paru, comme à M. Roubaud, que l'institution d'un médecin cantonal devait être laissée à l'appréciation et à la responsabilité des départements; et bien qu'il nous ait parfois accusé (faute de mémoire sans doute) de sacrifier la liberté professionnelle, bien que peut-être nous n'ayons pas, lui et nous, pour la liberté en général, le même genre de culte, nous n'accueillons qu'avec une extrême réserve toute mesure qui, sous une forme ou sous une autre, aussi bien envers des confrères ou des clients qu'à l'égard de l'autorité, aussi bien en matière d'honoraires qu'en matière de réquisition, tend à enchaîner l'indépendance du savant et du praticien.

— Et pourtant, voyez comme il est difficile de s'entendre! En ce moment, MM. les homœopathes, que nous appellerons *hahnemaniens* pour leur faire plaisir (car nous sommes sans fiel), MM. les hahnemaniens crient à l'oppression et à l'iniquité, parce qu'on les condamne pour avoir débité leurs globules. La *Gazette* vous a narré les malheurs de M. Oriard, condamné pour ce fait par la cour d'Angers. Nous avions trouvé ce jugement excellent; mais voilà que, dans un cas analogue, la cour de Bordeaux a prononcé l'acquittement, sur ce motif principal que l'homœopathie ne rentrait pas dans les principes ordinaires de la science et n'avait pu être *prévue* par les lois sur la matière et par le Codex. Au fait, qui aurait pu jamais prévoir l'homœopathie? Qui l'inventerait si elle n'existait pas? Le jugement était en cela plein de justesse et de profondeur; mais on pouvait faire remarquer que, en l'absence de dispositions non prévues, il y a des dispositions formelles qui défendent le colportage des médicaments officinaux; on pouvait demander si une loi réelle avait moins de force qu'une loi possible, et s'il suffisait d'imaginer une doctrine médicale pour échapper à l'action de la

sion par la Société de médecine de Paris, M. Briquet, qui avait dogmatiquement écrit sur ce sujet, a produit le savant tribut de ses recherches statistiques y relatives et les appréciations et inductions desquelles il résulterait :

1° Relativement au mariage :

Qu'il n'a aucune influence ni en bien ni en mal sur plus du tiers des hystériques :

Qu'il n'est favorable que dans un petit nombre de cas ;

Qu'il aggrave les accidents dans une assez grande proportion ;

Que, enfin, le mariage provoque ou détermine assez souvent l'hystérie chez des femmes qui auparavant en avaient été exemptes

2° Quant à l'influence héréditaire dans l'hystérie, elle serait vraiment effrayante, la postérité des malades étant en grande partie vouée ou à une mort prématurée, ou à des maladies non-seulement en rapport par leur nature névrosique avec l'affection mère, comme l'hystérie, l'épilepsie, l'idiotisme, la manie, mais à d'autres encore et non moins redoutables, la scrofule, le rachitisme, la tuberculose, etc.

S'il en était ainsi, loin de conseiller le mariage aux hystériques comme moyen curatif, il n'y aurait plus en effet qu'à le proscrire dans le double intérêt et des malades et de leur postérité.

Nous voilà donc entre deux doctrines contradictoires, toutes deux fondées et appuyées sur d'imposantes et respectables autorités : l'une préconisant le mariage, élevée par Hippocrate, adoptée, corroborée par vingt siècles d'observations et d'expériences ; l'autre négative, et pire encore, déduite des statistiques recueillies, appréciées et interprétées par un savant éminent, une des célébrités médicales actuelles.

Rappelons d'abord qu'au début de la discussion, alors qu'il ne s'agissait que de l'influence du mariage sur les hystériques, nous avons élevé cette première remarque, que les faits, base de statistiques produites, ne portant que sur une catégorie particulière de sujets, les hôtes des hôpitaux, les appréciations et inductions qui pouvaient être justes et vraies relativement aux femmes des classes ou riches ou pauvres, n'étaient pas applicables aux faits généralement observés et particulièrement aux sujets des classes aisées.

Suivant notre honorable confrère, dans les questions subséquentes, nous aurons à présenter de non moins grandes réserves relativement aux prétendues influences aggravantes ou provocatrices du mariage sur l'hystérie, ainsi qu'aux conséquences héréditaires que l'on attribue à cette maladie.

Nous ne pouvons apporter, ainsi que la Société de médecine l'avait désiré, de bases numériques à l'appui de notre argumentation sur les divers points en discussion ; mais, et on le conçoit, s'il est aisé de relever des statistiques de ce genre dans les grandes réunions de malades que l'on a sous la main, comme dans les services hospitaliers, il serait difficile jusqu'à l'impossibilité de rassembler après coup tous les faits qui se sont présentés à l'observation pendant une pratique de près d'un demi-siècle, dans laquelle les maladies des femmes tiennent une place principale ; c'est là, ainsi que dans l'exercice des fonctions pendant trente-cinq ans et de médecin de bienfaisance et de vérificateur de décès ; c'est dans ces mines fécondes que se sont déroulés des milliers de cas d'hystérie, dans toutes les conditions sociales, et que nous avons observée dans toutes ses phases, sous toutes ses formes, dans tous ses rapports étiologiques et symptomatiques comme dans toutes ses conséquences, etc. ; nos remarques ne reposent, il est vrai, que sur des souvenirs, mais souvenirs de faits que rendent toujours présents la répétition de faits analogues qui se présentent journellement à notre observation comme à celle de tous les praticiens ; nous espérons que ces garanties compenseront jusqu'à un certain point celles que présentent les statistiques fondées sur des renseignements fournis, pour la plupart, d'après les souvenirs des malades eux-mêmes et partant d'une certitude comme d'une valeur plus ou moins contestable : il y a compensation.

Et d'abord, pour juger de l'action du mariage et de la satisfaction des besoins génitaux dans l'hystérie, il n'est pas hors de propos de préciser d'abord quels sont les rapports étiologiques entre cette affection et les fonctions génératrices.

En effet, la reproduction, ce but spécial de la vie des êtres organisés, n'a pas seulement pour siége les organes spéciaux de la fécondation : tout l'organisme y concourt, toute l'économie est comme généralement imprégnée de cette puissance merveilleuse. Aussi, n'a-t-elle pas essentiellement besoin de ces organes ou appareils spéciaux pour s'accomplir ; elle peut s'opérer en dehors d'eux et dès avant leur développement. Chaque fragment de l'individu possède cette faculté : ainsi les bourgeons, les boutures, dans les végétaux, les tronçons dans les animaux des classes inférieures.

Dans les animaux des classes supérieures, la reproduction ne peut s'accomplir qu'avec et par les organes spéciaux ; mais ceux-ci ne sont que les exécuteurs du principe général qui préexiste à leur développement, auquel il préside. La preuve en est physiologiquement dans les besoins génitaux précoces que constate l'onanisme, ce vice si connu dans le jeune âge, et pathologiquement dans les accidents hystériques qui éclatent avant la puberté.

Ce principe de la reproduction n'a pas non plus de terme limité par l'âge. Les hommes peuvent procréer jusqu'à une époque très avancée, les besoins génitaux persister jusqu'à la plus extrême vieillesse. Chez la femme, l'âge dit de retour est sans doute, généralement, le terme de la fécondité. Mais bien qu'alors l'appareil générateur perde plus ou moins complétement ses conditions organiques et fonctionnelles nécessaires à la reproduction, le besoin reproducteur n'en persiste pas moins chez un certain nombre. Le ridicule n'a que trop souvent à signaler de ces alliances disproportionnées d'âge qui témoignent de cette persistance du principe reproducteur. Rien d'étonnant dès lors que l'hystérie, conséquence pathologique de cet état physiologique, frappe aussi des femmes qui ont dépassé l'époque de la ménopause.

On a donc tort d'invoquer ces faits d'hystérie ou prématurée ou hors de saison, c'est-à-dire avant et après la période

---

justice. A ce compte, les magistrats n'auraient bientôt plus qu'à se croiser les bras. Mais ceux de la Cour de cassation, qui ne sont pas fainéants, y ont mis bon ordre. Ils viennent de casser l'arrêt de la cour de Bordeaux et de décider que « les médecins homœopathes, plus que les autres, n'ont pas le droit de vendre, dans des lieux où il y a des officines de pharmaciens ouvertes, des médicaments préparés dans des pharmacies spéciales sises à Paris.

» L'arrêt qui juge le contraire viole les articles 25 et 36 de la loi du 21 germinal an 11 et la loi du 29 pluviôse an 13, et applique faussement l'article 27 de la première de ces lois. »

— Aimez-vous les journaux de médecine ? On en a mis partout. Voici l'ANE SAVANT, produit incestueux d'une abeille (médicinale) et d'un confrère, qui n'est pas un âne certainement, mais qui a peut-être quelque qualité du mulet, ce que nous n'oserions, du reste, affirmer sur notre tête. L'abeille, après cet enfantement, a continué néanmoins à travailler pour son propre compte et ne paraît pas moins active que par le passé. Nous ne savons trop si la politesse nous permet de vous conseiller de prendre des leçons d'un âne. Après cela, s'il est savant, comme on le dit, il ne faut pas regarder de trop près aux oreilles ; et il est savant, c'est sûr ; plus savant encore que celui d'Apulée, qui était déjà pas mal avisé, et plus éloquent que celui de Balaam, car il sait « l'art de bien penser, l'art de bien dire, l'art d'*être aimé*, l'art *de se marier*, l'art d'élever ses enfants, l'art de solliciter, l'art de parler, l'art *de conserver jeunesse et beauté*. » Notre âne sait de plus les modes et la cuisine : c'est un âne pour tout faire. — Regardez à côté l'ART DENTAIRE, imitation du journalisme anglais et américain importée par des dentistes transatlantiques. Cet *Art dentaire* promet de ne pas mordre et de n'avoir de dent contre personne. S'il joint à cet avantage celui d'être bien complet et scientifiquement rédigé, ce dont nous n'avons aucun motif de douter, il remplira une lacune réelle. — Plus loin, vous voyez l'ÉCHO MÉDICAL : ce n'est encore que l'écho d'un projet, mais à la fin de février ce sera l'écho mensuel des sociétés médicales de Genève, de Neuchâtel, du canton de Vaud, peut-être aussi de Chambéry et de Besançon. La nouvelle nymphe, appelée à redire particulièrement les bruits de la Franche-

fonctionnelle des organes génitaux, en preuve de la négation d'influence étiologique de la génération sur cette maladie.

Voyons maintenant ce qu'il faut penser de l'hystérie, que l'on rapporte, qui au cerveau, qui au cœur, qui à l'estomac, soit parce que les causes déterminantes agissent sur ces organes, soit parce qu'ils sont le siége des manifestations symptomatiques de la maladie.

Le besoin de la reproduction ne se manifeste pas seulement par les sensations spéciales des organes de la génération, qualifiées besoins génitaux, mais aussi par un sentiment d'attraction pour le rapprochement des sexes.

Chez les animaux, et probablement aussi dans les races humaines primitives ou sauvages, ces deux manifestations corrélatives du sentiment inné de la reproduction se tiennent, se confondent. L'attraction des sexes est irrésistiblement commandée par les besoins génitaux simultanés, différant seulement, quant au choix, pour chaque espèce et d'après l'organisation propre à chacune. C'est l'instinct qui le dirige.

La civilisation amène de profondes modifications dans les expressions et les manifestations des besoins de la génération, et jusque dans les rapports de ses deux ordres de manifestation, les besoins génitaux et les besoins attractifs. Si les premiers sont éveillés, surexcités, c'est surtout sur les seconds que portent les influences sociales. Le sentiment attractif n'est plus aveuglément instinctif, comme chez les animaux ou dans l'état de nature; il est dévié, dirigé dans ses choix, et s'exprime et se manifeste par des préférences, des goûts, des inclinations qui constituent ce que l'on désigne par passions, besoins du cœur, amour.

D'autre part, à côté de ces influences modificatrices qui excitent les besoins de la génération, l'état social établit des règles de convenance, de rapports, impose des lois qui apportent des entraves à la satisfaction de ces besoins. De là des privations, des contrariétés provoquant les réactions, les perturbations névrosiques qui constituent l'hystérie. Que l'hystérie procède des besoins génitaux, ou de ceux dits du cœur, la maladie est dans tous les cas identique par son point de départ, le système nerveux cérébro-ganglionnaire, agent organique primordial, centre vital des fonctions de la reproduction, et par les causes provocatrices ou déterminantes des accidents qui se rattachent à la procréation. Aussi n'existe-t-il aucune différence dans les manifestations symptomatiques qui constituent l'hystérie, quels que soient les points divers de provocation: organes génitaux, cerveau, cœur. Ainsi se trouve justifiée l'opinion d'un praticien expérimenté, Louyer-Villermay, qui mettait les besoins du cœur en ligne avec ceux des sens, relativement à la convenance du mariage comme moyen curatif de la maladie, opinion si légèrement critiquée par les plaisanteries d'un médecin plus littérateur éloquent que praticien observateur, et que M. Briquet a cru devoir rappeler pour les besoins de la cause qu'il a embrassée.

En résumé, on peut établir, comme ressortant de l'appréciation et de l'interprétation rigoureuse des faits, que l'hystérie a pour prédisposition physiologique le besoin de la reproduction, pour siége le système nerveux cérébro-ganglionnaire, pour manifestation symptomatique les troubles névrosiques affectant particulièrement les formes spasmodiques; dont les causes déterminantes sont essentiellement en rapport avec les besoins ou fonctions de la reproduction; que le point de départ et le siége des accidents décidés par ces causes déterminantes peuvent être, ou les organes de la génération, ou les centres nerveux, et par eux le cerveau, le cœur ou même l'estomac, ou plutôt le centre épigastrique, sans qu'on doive et puisse inférer, de ces différences de siége, des différences de nature ou de caractère spécial de la maladie qui, dans tous les cas, procède du même principe pathogénique.

Ces caractères sont évidents dans le cas d'hystérie qui se déclare chez les sujets du reste de bonne constitution et dans un état de santé satisfaisant. Ici, l'hystérie peut être considérée comme franche, essentielle; le plus ordinairement, dans ces cas, les accidents éclatent brusquement. C'est celle que l'on observe le plus communément chez les sujets des classes aisées.

Mais, non moins souvent, l'hystérie se montre chez des sujets en mauvais état de santé, dans de mauvaises conditions constitutionnelles; alors aussi les accidents hystériques arrivent lentement, se développent graduellement. C'est cette espèce que nous avons constatée chez nos malades des bureaux de bienfaisance; c'est elle que l'on retrouve chez les hôtes des hôpitaux. Comme l'a très bien remarqué notre honorable confrère, « beaucoup de ces femmes, dit-il, avaient été atteintes lentement, graduellement, de l'hystérie, et une partie d'entre elles avaient la cachexie chlorotique ou étaient très faibles. »

Bien que dans ces cas l'affection procède du même principe, elle est modifiée par les conditions qui ont présidé à son développement, savoir : « une mauvaise alimentation, de mauvais traitements pendant la jeunesse, » c'est-à-dire par toutes les conditions de la misère, des privations, etc., qui altèrent profondément la santé, détériorent la constitution. Mais on remarquera que souvent alors les accidents hystériques ne sont plus la maladie principale, qu'elle est dominée par les altérations préalables de santé et de constitution.

Cette distinction fondée est d'une haute importance pour la solution des questions en litige; elle donne la clef des différences signalées relativement à l'influence du mariage sur cette maladie. Rationnellement indiqué comme satisfaction des besoins divers de la reproduction, dans les cas d'hystérie procédant de ces besoins, le mariage serait sans résultats et même contraire dans les cas de la seconde catégorie. Et cependant, même alors, il donnerait d'heureux résultats sur une assez grande proportion, 1/3 environ, comme le disent les statistiques de M. Briquet. Dans les classes aisées, la proportion est bien plus considérable, et la modification heureuse et la guérison des accidents sont la règle générale.

Il y a des exceptions sans doute, et trop nombreuses; mais elles

---

Comté, de la Suisse française et de la Savoie, sera inspirée d'abord par son seigneur et maître, M. Cornaz, médecin en chef de l'hospice Pourtalès, à Neuchâtel, puis par MM. Rilliet, Lebert, et quelques autres savants de votre connaissance. C'est bien assez pour prêter l'oreille avec la plus grande attention. — Voici enfin la Gazette médicale de Lyon, depuis longtemps vivante et vivace, mais qui subit une métamorphose et passe sous la direction de M. le docteur J. Garin. Après huit ans d'un succès attesté par des collaborations précieuses et des marques plus positives encore, M. Barrier, absorbé par les travaux du professorat et les soins de la clientèle, a choisi pour successeur celui de ses collègues qui, par son caractère personnel, par sa position comme médecin de l'Hôtel-Dieu et membre de la Société de médecine, pouvait le mieux continuer les honorables et précieuses traditions de l'une de nos feuilles de province les plus justement estimées. Les hommes changent; nos vœux restent, et nos meilleures sympathies.

— Vous avez entendu dire, sans doute, que le fils de M. Rokitansky, le célèbre professeur de Vienne, tient en ce moment, sous le nom de Hans, l'emploi de basse-taille à l'Opéra. Nous pouvons non-seulement vous confirmer le fait, mais vous donner des nouvelles de ce jeune artiste. Celui qui a l'honneur de vous écrire ces lignes soigne la gorge de celui qui soigne le gosier de M. Hans. Nous formulons à notre client des gargarismes avec l'eau d'orge, le borax et le miel rosat, et notre client enseigne à M. Hans à donner à sa voix toute l'ampleur et toute la pureté dont elle est susceptible, et à se défaire de certaines habitudes de chant propres à fatiguer l'organe vocal; le tout d'après une méthode que le jeune artiste proclame une vraie découverte dans la physiologie du chanteur. Et voilà comme de proche en proche, de gargarisme en gargouillade, la Gazette hebdomadaire se montre la protectrice éclairée des arts.

Nous pouvons aussi vous donner des nouvelles de la chrysalide qui a dépouillé son cocon d'agrégé à la Faculté de médecine de Paris pour s'envoler sous la forme du ténor Salviani. Il déploie dans *Othello* une jalousie féroce qui enchante les dames romaines.

sont fournies par des sujets dans des conditions de santé et de constitution originaire ou acquise, et particulièrement à tempérament nerveux prononcé, lymphatiques, chlorotiques: ce qui les rapproche des sujets des classes pauvres.

Nous passons condamnation presque absolue sur l'excitation locale des organes génitaux, le tiraillement des poils du pudendum, ou ce que l'on nomme confrication, moyens a trefois indiqués pour combattre les attaques d'hystérie en action. Nous ajouterons que, dans les cas d'exigence des besoins de la reproduction, ceux du sens génital sont en grande minorité et que le plus ordinairement ce sont les besoins passionnels, les contrariétés d'inclination, ce que l'on nomme les besoins du cœur, qui sont cause des accidents hystériques chez les jeunes filles. Plus tard, c'est le contraire.

Quoi qu'il en soit, les observations modernes prises à toutes les sources, loin de prouver contre le précepte d'Hippocrate touchant la convenance du mariage pour les hystériques, témoignent au contraire en sa faveur, puisqu'il produit les heureux résultats anciennement constatés, non-seulement et généralement dans les cas où la maladie est simple, essentielle, mais même pour les accidents hystériques qui, par les conditions de santé et de constitution qui les dominent, sont plus ou moins en dehors des mêmes indications.

Les remarques et considérations qui précèdent, déduites des faits fournis par les femmes, s'appliquent également à l'hystérie du sexe masculin. Comme chez lui la prédominance nerveuse constitutionnelle, originaire ou acquise, est exceptionnelle; comme il trouve, en outre, dans la plus grande facilité de satisfaire aux besoins de la reproduction, le préventif efficace, l'hystérie franche est rare; aussi ne l'observe-t-on guère que chez des sujets à santé altérée, à constitution détériorée, conditions prédisposantes, apanage ordinaire de la misère, et par conséquent des classes pauvres ou ouvrières: ce que nous avions également remarqué et ce que témoignent les savantes observations statistiques de M. Briquet.

Dans ces cas, les influences du mariage doivent être et sont bien plus nuisibles qu'utiles. La satisfaction des besoins génitaux, qui en pareil cas peut avoir une action stimulante ou dérivatrice favorable chez les femmes, ainsi que l'a remarqué notre honorable confrère; cette satisfaction est, au contraire, pour l'homme, une cause d'épuisement qui augmente la faiblesse innée ou acquise et en aggrave les conséquences pathogéniques et héréditaires.

En somme, nous avons observé, et nous voyons encore journellement, des femmes en grand nombre qui, autrefois en proie à des accidents hystériques, en ont été et en sont complétement exonérées depuis leur mariage, contracté par nos conseils spontanés ou demandés par les familles.

Quant aux hystériques qui sont, en outre, dans de mauvaises conditions de santé ou de constitution, soit originaire, soit acquise, et alors même que le besoin générateur a été la cause déterminante des accidents, le mariage n'est plus l'indication essentielle; les altérations préexistantes à la maladie névrosique ou concomitantes et qui la dominent, commandent les indications thérapeutiques. Dans ces cas, le mariage, ou est sans influence sur les accidents hystériques, ou peut les aggraver; mais aussi il peut amener des modifications favorables et même la guérison, en agissant alors comme moyen dérivatif, stimulant: ce que constatent les remarques statistiques de M. Briquet.

Mais ce ne sont là que des contre-indications exceptionnelles, et le précepte hippocratique n'en conserve pas moins sa valeur générale.

Voyons maintenant quelles sont les influences aggravantes ou provoquantes du mariage sur l'hystérie.

Bien certainement, l'hystérie s'aggrave dans quelques cas à la suite du mariage; on voit aussi cette maladie arriver chez des sujets qui jusque-là en avaient été exempts. Mais, à moins d'une application aveugle du *Post hoc, propter hoc*, on ne saurait accuser le mariage de ces résultats, qui proviennent, dans la grande majorité des cas, de causes ou circonstances qui lui sont plus ou moins étrangères: ce que témoigneraient surabondamment les statistiques mêmes de notre honorable contradicteur.

Voyons d'abord quand et comment le mariage, en tant que moyen de satisfaction des besoins de la génération et spécialement des besoins sexuels ou génitaux, provoque l'explosion d'accidents hystériques.

1° Chez quelques sujets, l'ébranlement nerveux que détermine la satisfaction, quelle qu'elle soit, du besoin génital s'exalte jusqu'à présenter les caractères symptomatiques de l'hystérie, et principalement alors sous forme d'attaques convulsives. Ordinairement ces attaques ne se reproduisent que dans les mêmes circonstances; cependant, leur répétition peut amener ou entretenir une susceptibilité nerveuse qui prédisposera par la suite au retour des attaques à l'occasion de toute impression d'autre nature ou portant sur d'autres organes que l'appareil de la reproduction; mais le plus ordinairement, et surtout pour les cas où ces attaques sont excitées par les approches conjugales, elles finissent par disparaître et surtout lorsqu'il survient un état de grossesse. Nous n'avons noté que trois cas dans lesquels la maladie n'a été que temporairement suspendue pendant l'état de gestation, pour revenir dans les intervalles et sous l'action des mêmes premières causes provocatrices.

Notons, par anticipation sur la dernière question, que, dans tous les cas de ce genre, les enfants produits n'ont apporté aucune disposition héréditaire relative à l'hystérie.

2° Une autre source d'hystérie ou accidents hystériques assez commune est une sensibilité, une irritabilité extrême des voies génitales de la femme. Cet état peut être nerveux, préexister au mariage; mais le plus ordinairement il provient d'un développement trop incomplet, d'un défaut de proportion des organes, des excès de la lune de miel; alors une vaginite subinflammatoire se développe et rend les approches de plus en plus douloureuses. Des accidents hystériques formidables en résultent très souvent.

Dans ces cas encore, et en tant qu'il n'existe pas d'autres causes,

---

— L'histoire qui suit est déjà ancienne et connue de beaucoup de personnes; aucun journal n'a cru devoir jusqu'ici la raconter; mais il nous a paru qu'il serait par trop dommage de perdre un semblable trait de mœurs professionnelles. Une dame en voie de traitement (elle ou son enfant, car nous ne sommes pas sûr de ce détail), et peu satisfaite du résultat, demande une consultation. Qu'à cela ne tienne; le médecin ordinaire se charge d'arranger la chose et présente le lendemain M. le professeur N... On inspecte, on va conférer dans le cabinet particulier, on formule une prescription, et le consultant se retire avec la pièce jaune dans la main. A quelque temps de là, cette même dame, voulant avoir un nouvel avis de M. N..., se rend à son domicile, et quel est son étonnement de le trouver changé, mais changé à ne pas le reconnaître! A-t-il pâli! a-t-il maigri! a-t-il blanchi! « Mon pauvre monsieur, est-ce que vous avez été malade? — Eh non, madame! à qui en avez-vous donc? — Mais vous êtes bien le professeur N..., qui est venu chez moi, tel jour, telle rue, tel numéro, en consultation avec M. X...? — Moi, jamais! » Bref, la dame avait été victime d'une mystification. On dit que M. N... a envoyé au faux consultant ce petit couplet d'*Amphytrion*:

> Quand je ne serai plus Sosie
> Sois-le, j'en demeure d'accord;
> Mais tant que je le suis, je te garantis mort,
> Si tu prends cette fantaisie.

— Et puisque nous sommes en train de conter des anecdotes, en voici une qui nous arrive toute fraîche d'Aigue-Belle (près de Chambéry), et dont nous garantissons l'exactitude, quelque singulière qu'elle puisse paraître. Dans ce pays, les morts sont gardés, mis en bière et emportés par de pauvres diables plus semblables à un crétin doublé d'idiotisme qu'à Aristote. Un boucher étant trépassé, le convoi se fait avec le cérémonial accoutumé; le cercueil, cloué, descendu dans la fosse, est recouvert bel et bien de terre jusqu'à fleur de sol. Celui-là n'en reviendra pas. Eh bien, si! Le surlendemain, un enfant, pénétrant dans la chambre mortuaire, voit le cadavre dans le lit. Terrifié, il se précipite vers la femme du défunt, qui croit d'abord à une hallucination, mais qui, s'étant décidée

l'affection est temporaire comme les causes particulières desquelles elle provient, et alors aussi elle ne conduit à aucune prédisposition héréditaire.

3° Trop souvent les actes qui ne devraient être commandés que par et pour les besoins de la reproduction ont lieu avant la manifestation de ces besoins, en dehors de ces besoins, ou quand l'organisation y relative n'a pas acquis son complet développement, alors que les excitations sont plus accidentelles que physiologiques. Ainsi la masturbation précoce, l'abandon, la prostitution avant l'âge chez les jeunes filles des classes inférieures ; pour toutes, et surtout pour les classes supérieures, les mariages prématurés, de convention, de convenance. Dans tous ces cas, le besoin génital s'éteint ou avorte ; aussi, et cela résulte des observations précises que nous avons recueillies à ce sujet, peut on porter à plus du tiers le nombre des femmes mariées qui n'ont jamais éprouvé de sensation des approches conjugales ; toutes étaient, en se mariant, dans l'une des conditions que nous venons d'indiquer : aucune d'elles n'avait eu auparavant ni éprouvé depuis d'accidents hystériques. Un certain nombre n'en sont pas moins devenues mères ; mais, comme si la nature ne voulait pas perdre ses droits, plus tard, de trente à quarante ans, même plus, le besoin génital, jusque-là engourdi ou comme éteint, s'éveille, et alors plus exalté, plus impérieux, plus irrésistible ; ne trouvant pas ou plus, dans les rapports légitimes, la satisfaction nécessaire ou suffisante à ses besoins, les malheureuses y cèdent parfois même aux dépens de leur devoir et d'épouse et de mère, ne reculant pas même devant le crime, comme ne l'attestent que trop les causes célèbres qui surgissent dans les fastes judiciaires. Ces faits justifient l'application qu'on leur a faite de ce vers :

C'est Vénus tout entière à sa proie attachée.

Il faut bien l'avouer, ces réveils ou retours sensuels sont fréquemment la cause d'accidents hystériques, qui peuvent bien s'effacer et disparaître à la longue, soit par les progrès de l'âge déjà avancé qui amortit définitivement leur origine, soit par la force morale qui atténue les manifestations de celle-ci ; mais beaucoup ne cèdent qu'à la satisfaction naturelle ou autre des besoins génitaux. Les cas de ce genre sont beaucoup plus fréquents qu'on ne se l'imaginerait.

L'hystérie des femmes veuves entre dans la même catégorie ; elle n'a pas d'autre source que le besoin génital et trouve aussi sa panacée dans la satisfaction de ces besoins, pour lesquels on les voit faire ces alliances disproportionnées d'âge, qu'une sorte d'instinct commande quand la raison les condamne.

Voici donc de nombreux cas d'hystérie qui, pour se développer sous le règne du mariage, ne sauraient être attribués à l'influence de celui-ci, considéré sous le point de vue y relatif, c'est-à-dire comme satisfaction des besoins génitaux.

Ces affections hystériques, nées de besoins génitaux plus ou moins tardifs, s'observent dans toutes les classes sociales, mais plus particulièrement chez les femmes des classes aisées ou supérieures.

Dans les classes ouvrières et pauvres, l'hystérie a en outre pour causes d'autres conditions, mais non moins étrangères au mariage pendant lequel la maladie se développe.

M. Briquet va nous le prouver lui-même.

« Sur les 57 femmes frappées d'hystérie après le mariage, *le plus grand nombre* l'étaient par suite de contrariétés de ménage, ou parce qu'elles avaient été maltraitées ; les autres, parce que leurs maris les avaient abandonnées et laissées seules avec leurs enfants ; d'autres, parce que des contrariétés de parents les avaient tracassées ; d'autres, parce que des embarras d'argent et des mécomptes de commerce les avaient rendues malheureuses ; quelques-unes parce que, ayant fait bon ménage, elles avaient perdu leurs enfants, leurs maris, etc. »

Encore un coup, on chercherait vainement ici l'action hystérogène du mariage ; n'est-ce pas plutôt son abstention ou suspension qu'il faudrait accuser, comme dans les cas signalés par l'honorable médecin de la Charité, où la maladie a été occasionnée par l'abandon ou la perte des maris... et pour tous les autres les misères plus profondes sans doute dans les ménages pauvres, mais qui exonèrent suffisamment le mariage de la provocation d'accidents hystériques, conséquences de ces misères.

Nous arrivons au sujet le plus grave de la discussion : les influences héréditaires de l'hystérie ; influences qui seraient telles, qu'on a été jusqu'à proposer la proscription absolue du mariage des hystériques comme moyen préventif de ces funestes conséquences sur la progéniture de celles qui ont été atteintes de cette maladie. M. Briquet apporte bien quelques restrictions à cette doctrine extrême de nos confrères d'outre-Manche ; mais nous pensons qu'elles peuvent et doivent être bien plus largement étendues. D'une part, comme l'a formulé notre honorable confrère, les influences héréditaires ne sont pas constantes ; elles comportent un certain nombre d'exceptions. D'autre part, nous ajouterons que les résultats héréditaires que l'on attribue à l'hystérie dans les faits qui ont servi de base, soit à l'opinion des médecins anglais, soit aux statistiques de M. Briquet, ces résultats néfastes ne sont pas tous, tant s'en faut, du ressort de l'hystérie. Ce qu'il est facile de démontrer d'après les pièces du procès.

Voici, à ce sujet, les résultats généraux des observations et remarques que nous avons recueillies et faites :

1° Les accidents hystériques avec ou sans attaques et chez des sujets du reste de bonne constitution et dans un état satisfaisant de santé, accidents que le mariage fait cesser en agissant sur les causes qui les ont fait naître, besoins génitaux ou du cœur, ne sont pas susceptibles de transmission héréditaire ; nous avons vu, et nous voyons journellement, des familles composées de deux à trois générations qui n'ont apporté ni transmis aucun symptôme ou accidents provenant de l'hystérie à laquelle avait été en proie leur souche maternelle.

2° Les attaques hystériques qui se déclarent et se montrent seu-

---

à entrer elle-même dans la chambre, put s'assurer de la réalité. Comment le mort, si soigneusement enterré, pouvait-il se trouver là ? C'est qu'il n'avait pas eu la peine de revenir. On l'avait tout simplement laissé dans ses draps et on avait emporté la bière vide. C'est de cet enterré-là que Tertullien aurait pu dire qu'il n'a de nom dans aucune langue !

En revoyant son époux, la veuve a fait une remarque conjugale pleine de bon sens : « Il ne m'avait pas rendu assez malheureuse de son vivant, il a voulu me tourmenter encore après sa mort. » Et elle a caché la clef, après le vrai enterrement, dans la crainte d'une récidive.

A. Dechambre.

— Le 10 septembre dernier, la réouverture de l'École de médecine du Caire a eu lieu avec la plus grande solennité. L'assemblée était présidée par S. E. Ethem-Pacha. Le docteur Clot-Bey, l'organisateur de la première École il y a trente ans, et le restaurateur de la seconde, a proclamé l'ouverture de l'École.

— L'honorable docteur Téallier a succombé le 9 février, à l'âge de soixante-six ans.

— La Société de médecine de Bordeaux, qui s'était associée, l'année dernière, à la création d'établissements alimentaires dans cette ville en souscrivant pour une somme de 300 francs, vient de donner une nouvelle preuve de sa sympathie à cette institution, en votant une somme de 200 francs.

— La quatrième chambre du tribunal de la Seine a, dans son audience du 7 février, statué sur une question qui intéresse nos lecteurs. Il a été décidé, sur la plaidoirie de Mᵉ Frelon, avocat du docteur G..., et conformément aux conclusions du ministère public, contre les héritiers S..., que « la prescription d'un an, opposable à l'action du médecin pour le payement de ses honoraires, ne courait que du jour de la mort du malade, lorsque celui-ci est mort de la maladie, ou du jour de la dernière visite ou du dernier pansement, lorsque le malade a été guéri ou que le médecin ou chirurgien a été congédié avant la fin de la maladie. »

lement à l'occasion de la satisfaction des besoins génitaux pendant les approches conjugales ou la confrication, et par suite d'une impressionnabilité locale ou générale vive, n'ont pas davantage d'influence héréditaire.

3° Il en est à plus forte raison de même pour l'hystérie provoquée par les douleurs que déterminent les approches conjugales, par suite de développement insuffisant, d'un défaut de rapport ou d'un état phlegmasique des organes génitaux de la femme.

4° Ce n'est généralement que quand l'hystérie a pour prédisposition une susceptibilité nerveuse innée ou acquise, et que peut aussi développer la répétition des accès de la nature de ceux que nous venons d'indiquer, que la maladie ou plutôt ses prédispositions constitutionnelles héréditaires s'observent.

5° L'hystérie, liée, soit comme cause, soit comme suite, à une disposition nerveuse générale ou constitutionnelle, ne transmet que des dispositions analogues, d'où résultent héréditairement des accidents névrosiques, mais purement névrosiques, comme l'hystérie, l'épilepsie, l'aliénation mentale.

6° Dans les cas où l'hystérie vient à la suite ou à l'occasion d'altérations préalables de la constitution, de délabrement de la santé, comme dans les classes pauvres, les résultats qui frappent la progéniture des malades proviennent bien moins de la prédisposition hystérique à laquelle on les attribue si légèrement, que de ces altérations plus ou moins profondes qu'engendre la misère dans cette catégorie de sujets. La preuve en est d'abord fournie par la nature même de ces résultats déplorables. On conçoit les avortements, les accouchements prématurés, le développement incomplet du produit de la conception, cause ordinaire de la mort des enfants de cette classe à une époque plus ou moins rapprochée de leur naissance, par suite de ces détériorations de constitution et de santé. On conçoit encore mieux que ces altérations transmises se manifestent, par ces tempéraments lymphatiques, ces états scrofuleux, ces dispositions aux tubercules si communes et comme endémiques dans les familles des classes pauvres ; tandis qu'on est obligé de s'évertuer à supposer des transformations contestables de maladies, pour expliquer la production des affections que nous venons de rappeler sous l'influence héréditaire de l'hystérie. En effet, qu'ont de commun les affections névralgiques et les altérations organiques susmentionnées comme en dépendant ?

Et d'ailleurs, ces conséquences funestes ne sont pas propres aux familles hystériques ; elles sont un des tristes apanages ordinaire, général de la misère, et communes à la classe entière des pauvres, que les sujets soient ou non atteints de symptômes d'hystérie plus ou moins légitimes. Elles sont surtout frappantes dans les grandes agglomérations populaires, dans les centres manufacturiers surtout. Ainsi, on sait qu'à Rouen, à Lille, par exemple, les hommes qui atteignent vingt ans fournissent tout au plus dix pour cent sujets capables d'être soldats.

Chargé, depuis 1825, de rapports sur l'état sanitaire et hygiénique d'un des arrondissements les plus populeux de Paris, le 7°, qui avait 72,000 habitants, nous avons été conduit à formuler ainsi les résultats de relevés statistiques portant d'abord sur dix années (1825 à 1834), et, depuis, sur celles qui ont suivi jusqu'à l'année dernière (déposés aux archives du conseil supérieur de salubrité, et les copies à la mairie du 7° arrondissement) :

« Si la population de Paris était abandonnée à ses seules ressources indigènes de propagation, elle diminuerait rapidement et finirait par s'éteindre dans un assez court espace de temps ; mais elle est entretenue par l'affluence incessante d'étrangers à la capitale, qui, de tous les points de la France, et même de l'étranger, viennent y puiser l'instruction, chercher des travaux, remplir des emplois, des places, y exercer des professions ; de sorte que la population se trouve en grande majorité composée d'étrangers.

» Cette rénovation a une autre et non moins importante influence. Elle corrige, par une sorte de croisement de races, les détériorations que les déplorables conditions hygiéniques et les misères au milieu desquelles vit la population parisienne, et surtout la classe ouvrière, développent directement ou impriment aux générations. De là la mortalité si grande et supérieure aux naissances dans la capitale, et qui porte principalement sur les premiers âges et réduit les survivants à de minimes proportions.

» C'est particulièrement la classe des ouvriers et des pauvres qui fournit le plus grand nombre de ces morts précoces (dans lesquelles sont compris les produits des avortements et des accouchements prématurés) ; c'est elle qui présente cette partie si profondément altérée de la population, et le plus grand nombre de sujets scrofuleux, rachitiques, tuberculeux, phthisiques : terme moyen ordinaire, sur cent décès il y en a plus de la moitié 6/10 de 0 à 15 ans, y compris les mort nés, qui comptent pour 10 sur 100. La phthisie pulmonaire entre pour près des 2/3 dans les décès par maladie chronique, et, dans le chiffre des phthisiques, le sexe féminin y est pour les deux tiers. Voici les causes auxquelles nous rattachions cette prédominance de la phthisie chez les femmes :

» Le plus grand nombre des sujets féminins se recrute hors de Paris, et particulièrement parmi les filles de campagne, dont la belle et vigoureuse organisation vient plus ou moins s'altérer, se détruire sous l'influence de nouvelles conditions hygiéniques si opposées à celles qu'elles quittent. Ajoutons les travaux sédentaires ou forcés, des salaires insuffisants, et les vices précoces par besoin, séductions, etc. Les conséquences n'en sont pas seulement funestes pour elles. C'est là une des principales sources de ces progénitures, légitimes ou non, dont la constitution, déjà héréditairement altérée, ne résiste pas aux premières épreuves de la vie, ou que dégradent de plus en plus les mauvaises conditions hygiéniques au milieu desquelles les enfants naissent et se développent.

» A Londres, où la classe ouvrière est dans des conditions plus défavorables encore, les conséquences funestes doivent être et sont en effet bien plus frappantes. »

Quoi qu'il en soit, est-ce à l'hystérie qu'on doit attribuer ces résultats ? Est-ce elle qui doit être invoquée pour établir des indications préventives ? Et n'est-ce pas plutôt l'hygiène, dans toute son acception, seule ou spécialement, qui est appelée à apporter les moyens préventifs rationnels ?

La voie dans laquelle on entre, surtout en France, depuis quelques années, dans l'intérêt de la salubrité publique, et particulièrement l'application large et bien entendue des mesures et moyens propres à améliorer la condition des ouvriers, à combattre la misère et à en atténuer les déplorables suites, feront certes plus que la prohibition plus ou moins absolue du mariage des hystériques, moyen d'ailleurs dont l'application serait plus que difficile, complétement impraticable.

AMPUTATION DE LA VERGE. — **Nouveau procédé, par M. le docteur Jules Roux, chirurgien en chef de la marine, à Toulon, etc.**

> Rien de plus facile qu'une pareille opération ; il semble même que sa simplicité devrait donner peu de prise aux modifications.
>
> Vidal (de Cassis), *Pathologie externe*, t. V, p. 279.

L'amputation de la verge est une opération simple, facile, lorsqu'elle s'applique à la partie libre de cet organe ; et certainement les procédés de Boyer, de MM. Velpeau, Langenbeck, Barthélemy, Schrœger, Melchior Robert et Demarquay, isolés ou combinés, satisfont pleinement à toutes les exigences. Il n'en est pas de même lorsqu'il y a nécessité d'amputer le pénis en totalité, en l'attaquant à sa double implantation à l'arcade pubienne. Alors les procédés connus, moins simples dans leur exécution, rendent assez difficiles la délimitation du mal, la section des corps caverneux, celle de l'urèthre en arrière de ces corps, la recherche de ce canal et l'introduction d'une sonde, la ligature des artères, en même temps qu'ils exposent au croupissement du pus et même à l'infiltration urinaire.

La pratique m'avait appris les inconvénients et les difficultés opératoires que je viens de signaler.

Dans deux amputations du pénis à sa racine, où j'avais combiné les procédés de MM. Velpeau et Barthélemy, j'eus de la peine à distinguer les limites du mal, à diviser avec précision les racines des corps caverneux, à lier dans une plaie profonde les artères, qui donnèrent beaucoup de sang, et, plus tard, à couper *en bec de plume à écrire* la partie inférieure du canal de l'urèthre, qui se rétrécissait. Je conçus dès lors l'idée d'un procédé qui, levant toutes ces difficultés, rendrait l'amputation de la verge aussi facile à sa partie *adhérente* que dans sa partie *libre*.

Ce procédé devait essentiellement différer des autres, en ce sens que, tandis que, dans les premiers, on attaque la partie *supérieure* du scrotum et l'on crée une *cavité* au fond de laquelle se trouve l'urèthre, dans celui que je vais proposer on attaquerait le scrotum par sa partie *inférieure*, on séparerait les testicules, et l'on obtiendrait, après l'opération, une *fente* permanente au fond de laquelle serait le canal uréthral. Dans ce procédé, on agrandirait, il est vrai, l'étendue du traumatisme; mais le fait clinique le plus saillant des plaies du scrotum n'est-il pas l'innocuité et la prompte cicatrisation?

Je n'ai rencontré que dans ces derniers temps l'occasion de mettre à exécution ces idées théoriques : voici la manière de les réaliser.

Procédé opératoire. — Le malade, placé sur le bord gauche du lit, est rasé et plongé dans l'éthérisme; l'opérateur, situé à son côté gauche, fait relever les bourses par un aide et pratique, avec un bistouri convexe, en dehors du raphé périnéal et de la cloison du dartos (au côté droit ou au côté gauche), une incision qui, commençant immédiatement au-dessous des bourses, divise celles-ci, contourne ensuite la verge en décrivant, sur les deux côtés de la peau qui la recouvre, une courbe à convexité regardant le gland, et se termine au pubis sur la ligne médiane. Après cette incision, superficielle d'abord, bientôt rendue profonde par une dissection convenable et qui ne laisse qu'un seul testicule flottant dans ses enveloppes propres, on écarte les bourses comme un livre que l'on ouvre, et l'on a directement sous les yeux le nœud des difficultés ou le vrai théâtre de l'opération.

Il est désormais facile d'isoler les corps caverneux et d'apercevoir le point exact où l'on veut les couper; de reconnaître le canal de l'urèthre distendu ou non par une sonde; de le disséquer, d'y préciser les limites du mal, de le diviser au besoin sur un point reculé; de lier les artères sans perdre beaucoup de sang, et de fixer où l'on veut l'ouverture uréthrale.

Après l'opération, on trouve aisément le méat urinaire dans la plaie, dont il est toujours facile d'écarter largement les lèvres, et l'on peut se dispenser de laisser dans la vessie une sonde à demeure; car il ne saurait y avoir d'infiltration d'urine ni de stase du pus, là où la plaie constitue une *fente* déclive et non une *cavité* infundibuliforme. Si, après la cicatrisation, ou pendant qu'elle s'effectue, on est obligé de reporter l'instrument tranchant au méat rétréci, comme la chose m'est arrivée ainsi qu'à MM. Velpeau, Sédillot, Ricord, etc., l'ouverture urinaire, toujours très accessible, rend cette manœuvre facile.

Enfin, après la guérison, les deux testicules restent entièrement séparés par une fente profonde médiane, au fond de laquelle est l'ouverture du canal, et les malades urinent mieux accroupis que debout.

A l'appui de ces assertions, j'apporte l'observation suivante.

OBS. — *Cancer de la totalité de la verge. Amputation. Nouveau procédé. Guérison.* — Au mois d'octobre 1856, je fus appelé à ..., une localité voisine de Toulon (Var), auprès de M..., âgé de cinquante-deux ans, d'une constitution assez forte et d'un tempérament bilieux et sanguin. Depuis six ans, M... souffrait de la maladie dont il était atteint, et que des antécédents syphilitiques non douteux avaient fait rattacher à la vérole par plusieurs médecins. Cependant des traitements complets par la liqueur de Van Swieten, ensuite par l'iodure de potassium, plus tard par les frictions mercurielles et les dépuratifs de toutes espèces, non-seulement n'avaient pas arrêté les progrès du mal, mais encore ne lui avaient imprimé aucune modification.

Le 6 novembre, le malade était dans l'état suivant : Phimosis congénital, amaigrissement, peau terne, peu d'appétit, peu de sommeil, douleurs pongitives ou lancinantes par intervalles seulement. La verge, indurée dans toute son étendue, est gonflée, douloureuse à la pression. La peau qui la recouvre, mobile à la base de l'organe, fortement distendue ailleurs, rouge, présente diverses ulcérations. La plus étendue, antérieure et dorsale, donne issue aux fongosités qui remplacent le gland; les autres, inférieures et latérales, aboutissent à des cavités du corps caverneux, d'où la sonde cannelée ramène une substance analogue à la matière tuberculeuse. On cherche vainement le gland, que remplacent des fongosités saignantes d'où s'exhale un ichor fétide. Le méat urinaire, perdu au milieu de ces inégalités vasculaires, n'est qu'accidentellement trouvé par le bec d'une sonde, qui révèle une perforation de l'urèthre à 3 centimètres au-dessous de l'extrémité libre des corps caverneux. Ceux-ci, sans bosselures, sont durs jusqu'à leur racine; dans l'urèthre, l'induration s'étend plus loin encore. Les bourses sont légèrement tuméfiées. L'émission de l'urine se fait avec peine et par deux points Les ganglions inguinaux ne sont pas engorgés.

Après avoir diagnostiqué l'une des mille variétés de l'affection cancéreuse, le cancroïde épithélial avec mélange de dégénérescence tuberculeuse, ce que l'examen de l'organe démontra plus tard, je me décidai à pratiquer immédiatement l'opération que le malade réclamait avec instance.

L'amputation du pénis fut pratiquée par mon nouveau procédé; elle fut rapide, simple, facile dans tous ses temps. Je n'y reviendrai pas après la description que j'en ai donnée plus haut. Je dois dire seulement que les corps caverneux, isolés avec soin, furent divisés avec des ciseaux courbes près du point de leur implantation; que l'urèthre fut coupé dans sa portion bulbaire; qu'il fut aisé d'en trouver l'orifice et d'y introduire une sonde; que trois artères volumineuses furent assez promptement liées; enfin, que le testicule gauche resta seul flottant dans ses enveloppes profondes, le droit étant maintenu par le dartos.

Par précaution, la sonde fut laissée à demeure, et l'on fit un pansement simple à plat.

Les suites de cette amputation furent des plus heureuses.

Le 10 novembre, deux jours après l'opération, le premier pansement fut renouvelé, et la sonde, qui fatiguait un peu la vessie, retirée définitivement. Il y eut peu de fièvre. La suppuration s'établit bien; les surfaces traumatiques se couvrirent de bourgeons charnus et le gonflement léger des bourses se dissipa promptement.

La marche de la cicatrisation fut si rapide que, le 21, le malade put sortir pendant une heure, et que le 1er décembre la guérison était achevée. Pendant tout ce temps, l'excrétion urinaire s'était accomplie régulièrement.

Deux mois se sont écoulés depuis la cicatrisation entière, qu'aucun accident n'est venu modifier. Le scrotum est divisé à peu près sur la ligne médiane, par une fente profonde où la peau a été entraînée par la rétractilité du tissu inodulaire. L'excrétion de l'urine continue à bien s'accomplir, le plus souvent dans la position accroupie, et M..., heureux de ne plus souffrir, n'est que médiocrement affecté d'une perte qui, d'ordinaire, assombrit l'existence des opérés.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 26 JANVIER 1857.—PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

HYGIÈNE. — M. *Boussingault* donne lecture d'un travail *sur la fabrication du pain dans les grandes villes*. L'auteur, ayant analysé les eaux provenant de quarante puits choisis dans les douze arrondissements de Paris, y a rencontré des proportions assez considérables de nitrate de potasse. Les eaux qui en ont donné le plus avaient été puisées dans les quartiers les plus anciens. Dans les puits de la rive droite, M. Boussingault a trouvé en moyenne 206 à 258 grammes de nitrate par mètre cube d'eau ; et dans les eaux de puits de la rive gauche, 1kil,031 à 2kil,165 de sel de potasse pour la même proportion de liquide.

La forte proportion de nitrates trouvés dans l'eau des puits de la capitale est due, sans aucun doute, dit l'auteur, aux modifications que subissent les matières organiques dont le sol est constamment imprégné, et que l'eau entraîne avec elle quand elle s'infiltre à travers un terrain comparable à une nitrière.

A Paris, en raison du milieu géologique qu'elle parcourt, l'eau des puits n'est pas potable : on n'en boit pas, on n'en fait pas usage dans la préparation des aliments ; mais c'est avec elle que se font, dans l'intérieur des murs d'octroi, les *coupages* des gros vins et des liqueurs alcooliques, et il est avéré que les boulangers n'en emploient pas d'autre dans la confection du pain.

M. Boussingault a calculé que 1 kilogramme de pain, préparé avec l'eau du puits de l'hôtel Scipion, la boulangerie des hôpitaux, retient 0gr,14 de nitrate de potasse, et que 1 kilogramme de pain obtenu avec l'eau du puits de la rue Saint Landry retiendrait l'équivalent d'environ 1 gramme de nitrate de potasse.

A ces faibles doses, il est douteux que les nitrates soient malfaisants ; mais ce que leur présence dans le pain a de fâcheux, c'est qu'elle est l'indice de matières organiques provenant évidemment de sources suspectes, des eaux ménagères par exemple, ou des infiltrations que laissent échapper les nombreuses fosses d'aisances établies en contre-bas du sol. Qu'on n'oublie pas d'ailleurs que chaque année les crues de la Seine, les inondations souterraines, mettent en communication les assises inférieures du terrain avec les assises supérieures, là où sont les réceptacles d'immondices, et que les eaux, en lavant le sol, charrient dans ce qu'elles entraînent des sporules de cette végétation cryptogamique, de ces moisissures toujours nuisibles et d'autant plus à craindre que leur organisme, si frêle en apparence, résiste néanmoins à la température que supporte le pain pendant la cuisson, comme l'a reconnu M. Payen, et plus récemment encore M. Poggiale.

Dans un mémoire lu à l'Académie en 1852, j'ai déjà insisté sur le dégoût que les eaux de puits inspirent quand on sait, et personne ne l'ignore aujourd'hui, qu'elles sont employées dans la boulangerie. Déjà, si je suis bien informé, l'administration des hospices se met en mesure de procurer de l'eau de Seine à la manutention de Scipion. C'est, je n'en doute pas, un exemple qui sera imité, car on ne comprendrait pas pourquoi, à Paris, on persisterait à préparer le pain avec de l'eau impure. . . . .

ANTHROPOLOGIE. — *Note sur la classification des races humaines*, par M. *d'Omalius d'Halloy*. L'auteur s'est principalement attaché, dans ce travail, à faire connaître les motifs qui le font persister à maintenir les Turcs et les Finnois dans la race blanche, ainsi que le faisait Cuvier, tandis que beaucoup d'ethnographes actuels les rangent dans la race jaune. Il y fait connaître également les motifs qui le portent à évaluer maintenant la population de la terre à 1 milliard, chiffre plus élevé que ceux qu'il avait admis précédemment.

MÉDECINE. — *Sur un nouveau système de médication employé avec succès dans le diabète sucré*, par M. *Piorry*. « Une malade de mon service, à la Charité (salle Sainte-Anne, nº 19), est atteinte de diabète avec production très-abondante de sucre.

» Du 2 au 12 janvier elle a rendu, par jour, 10 litres d'urine. Les reins, le foie et tous les organes, à l'exception de la rate, légèrement hypertrophiée, étaient de volume normal et ne présentaient aucun symptôme de maladie.

» Des accès fébriles survenant, le soir, cédèrent rapidement à un gramme de quinine dissoute dans l'alcool étendu d'eau.

» Le 12, on soumet la malade à l'abstinence presque absolue des boissons et des aliments liquides ; on lui donne 125 grammes de sucre candi et deux portions de viande.

» Le 13, l'urine sécrétée est dans la proportion de 10 litres, et contient 58 pour 1,000 de sucre, comme les jours précédents.

» Les jours suivants le même traitement est continué, et la quantité d'urine sécrétée n'est plus que de 2 litres et demi par jour, et ne contient pas plus de sucre que 2 litres et demi de ce liquide formés avant le traitement.

» Au 2 janvier, la perte de sucre avait été de plus de 500 grammes en vingt-quatre heures. Du 12 au 24 janvier, et bien que la malade ait pris du sucre candi, elle n'a plus été que de 135 grammes par jour. Le poids du liquide est resté à peu près à 1,060, comme il était avant le commencement du traitement.

» Les analyses faites par M. Schauffele, interne en pharmacie, et par deux chimistes habitués à ce genre d'expérimentation, ont été faites avec tout le soin désirable.

» L'idée qui m'a conduit à employer cette médication, très-différente de tous les moyens jusqu'ici employés, est celle-ci :

» Depuis les beaux travaux de MM. Dumas et Cl. Bernard, il est reconnu que la présence du sucre dans l'économie est indispensable à l'entretien de la vie. La manière dont presque tous les animaux recherchent cette substance en est une preuve de plus. Or, dans l'état maladif dit diabète sucré, les malades perdent d'énormes quantités de sucre, et les recherches si nombreuses et si remarquables des hommes les plus habiles n'ont pas encore pu empêcher qu'il en fût ainsi.

» Oter aux diabétiques le sucre et les fécules, c'est les priver des moyens de réparer les pertes qu'ils font sans cesse d'un principe utile ; il semble même indiqué d'en rendre par l'alimentation.

» Le fait précédent tendrait, d'une part, à confirmer l'exactitude de cette idée, et de l'autre, à démontrer que l'abstinence des boissons est, dans le diabète sucré, d'une importance extrême. J'avais déjà tiré quelque parti de la privation des liquides sur un malade qui rendait en un jour 30 litres d'urine non sucrée.

» Cette privation de boissons, d'ailleurs très-pénible à supporter, avait réduit à un litre la proportion de liquide urinaire évacué dans les vingt-quatre heures.

» J'étais encore conduit à avoir recours à cette abstinence des boissons dans le diabète par les résultats si utiles que j'avais obtenus fréquemment de ce moyen dans les cas d'urines albumineuses.

» Je suis loin de croire que le fait actuellement soumis à l'Académie juge la question du traitement du diabète ; je dis seulement qu'il est convenable de faire des expérimentations dirigées dans la voie nouvelle vers laquelle ce même fait conduit. Mon intention est ici de prendre date des premiers résultats obtenus, et je ne manquerai pas de soumettre à l'Académie ceux qu'ultérieurement j'aurai l'occasion d'obtenir. » (*Comm. :* MM. Andral, Rayer, Bernard.)

— *De l'emploi des fumigations intra-pleurales consécutives à l'opération de la thoracentèse*, par M. *Ancelet*, de Vailly-sur-Aisne. Suivant l'auteur, les gaz présentent sur les liquides le double avantage de se mettre en rapport avec toute la surface de la cavité dans laquelle ils pénètrent, et de ne pas opposer à l'expansion pulmonaire une résistance insurmontable. En agissant sur des animaux sains, il n'a pu jusqu'ici constater que l'innocuité des fumigations iodées, et non leur action thérapeutique ; mais il y a lieu de penser que l'action de ce corps, sous forme gazeuse, sera, à l'intensité près, la même que sous forme de solution. (*Comm. :* MM. Chevreul, Rayer et Bernard.)

Physiologie. — *Mesure des quantités d'air dépensées pour la production des sons de la voix*, par M. *Guillet*. Le procédé de mesure consiste à faire chanter ou parler dans un petit masque embrassant à la fois la bouche et le nez dans une cavité qui communique avec l'atmosphère par un tube de caoutchouc très court, qui porte un spiromètre. L'observateur examine le mouvement de l aiguille, qui lui fournit des renseignements sur la rapidité variable du courant d'air pendant que l'on parle ou que l'on chante....

Les recherches de M. Guillet paraissent confirmer l'opinion de Félix Savart, que la hauteur des sons fournis par l'organe vocal dépend à la fois de la grandeur des orifices du larynx, de la pression de l'air dans le poumon et de la tension des ligaments de la glotte. Toutefois, il n'a pas cru devoir adopter l'hypothèse au moyen de laquelle l'illustre physicien explique l'origine du mouvement vibratoire dans le réclame, qui, comme on sait, présente avec l'organe humain une grande analogie de disposition.

L'origine du mouvement vibratoire lui paraît devoir être rattachée aux chocs qui se produisent dans le fluide, lorsque celui-ci passe par un brusque rétrécissement, etc.

Électricité appliquée. — MM. *Deleuil* et fils annoncent qu'ils ont fait subir de nouvelles modifications à l'appareil magnéto-électrique à double courant de M. *Duchenne* de Boulogne.

SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1857. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Proclamation des prix décernés et des sujets de prix proposés.

RAPPORT SUR LE CONCOURS POUR LES PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE POUR L'ANNÉE 1856. — *Fondation Montyon*. (Commissaires, MM. *Serres*, *Rayer*, *Velpeau*, *Andral*, *Cl. Bernard*, *Jobert de Lamballe*, *Duméril*, *Flourens*, *Chevreul*, *Jules Cloquet* rapporteur.) La Commission nommée par l'Académie pour examiner les ouvrages envoyés au concours des prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon a accordé les prix suivants :

1° Un prix de *deux mille francs* à M. Simpson qui, après les belles expériences de M. Flourens, a introduit l'anesthésie par le chloroforme dans la pratique chirurgicale et dans celle des accouchements. — Un prix de *deux mille francs* à M. Malgaigne, pour son grand ouvrage sur les fractures et les luxations, ouvrage dans lequel l'auteur fait ressortir une foule de faits nouveaux, en ce qui concerne presque toutes les questions qui y sont traitées, eu égard en particulier aux fractures de l'astragale par écrasement ; aux luxations incomplètes du genou, du fémur, de l'humérus, du coude ; aux fractures des côtes, etc. — Un prix de *deux mille francs* à M. Jules Guérin, pour avoir généralisé la méthode sous-cutanée indépendamment de son application à la ténotomie déjà récompensée.

2° Une récompense de *douze cents francs* à M. Stilling, pour ses recherches anatomiques et microscopiques sur le pont de Varole, la moelle allongée et la moelle épinière. — Une récompense de *mille francs* à M. Eugène Renault, pour ses nombreuses expériences sur plusieurs *maladies contagieuses*, sur la *rapidité* plus ou moins grande avec laquelle sont absorbées les matières virulentes de la morve, de la clavelée, de la rage, du sang de rate et du charbon, introduites sous l'épiderme ; sur la transmission de la morve par l'injection dans les veines d'un sang provenant de chevaux atteints de morve aiguë ; sur la transmission de la rage des herbivores, et sur un grand nombre d'autres points de l'histoire de ces maladies. — Une récompense de *mille francs* à M. Filhol pour : 1° avoir démontré, dans son ouvrage sur les eaux minérales des Pyrénées, que certaines eaux de cette contrée de la France doivent leur propriété sulfureuse au monosulfure de sodium ; 2° avoir distingué deux catégories d'eaux sulfureuses dans lesquelles existe la silice et avoir constaté que les eaux les plus renommées des Pyrénées qui sourdent dans la partie orientale de la chaîne sont plus alcalines que les autres ; 3° avoir découvert la présence de l'acide borique dans plusieurs eaux des Pyrénées et dans celles de Vichy ; 4° enfin pour avoir perfectionné la méthode sulfhydrométrique de Dupasquier, en substituant à la solution alcoolique d'iode la solution aqueuse d'iodure de potassium. — Une récompense de *mille francs* à M. Galtier, pour avoir, dans son *Traité de Toxicologie médicale, chimique et légale*, constaté un des premiers les modifications que l'iode éprouve dans le lait, le sang, l'urine ; avoir indiqué les moyens de faire manifester la présence de l'acide sulfurique dans les matières organiques, lorsque cet acide a été absorbé ; et enfin avoir soumis à l'observation microscopique les diverses poudres des végétaux toxiques et leur avoir assigné des caractères importants. — Une récompense de *mille francs* à M. Middeldorpf, pour la galvanocaustie appliquée à certaines opérations chirurgicales. — Une récompense de *mille francs* à M. Brown-Séquard, pour avoir montré que des lésions variées de la moelle épinière peuvent être suivies, au bout de quelques semaines, chez les mammifères, d'une affection convulsive épileptiforme, se produisant soit spontanément, soit par l'excitation des ramifications du nerf trijumeau correspondant au côté lésé de la moelle épinière. — Une récompense de *mille francs* à M. Robin, pour la découverte et la description d'un tissu accidentel ayant une structure d'apparence glanduleuse et se développant chez l'homme, dans des parties du corps dépourvues de glandes. — Une récompense de *mille francs* à M. Boinet, pour ses recherches et ses expériences sur la valeur des injections iodées dans le traitement des kystes de l'ovaire. — Une récompense de *mille francs* à M. Guillon, pour son procédé de dilatation du rétrécissement de l'urèthre à l'aide de bougies olivaires en baleine ou en gomme élastique.

3° Un encouragement de *huit cents francs* à M. Faure, pour ses recherches expérimentales sur l'asphyxie, et particulièrement sur l'anesthésie qui en est la conséquence. — Un encouragement de *huit cents francs* à M. Colombe, pour avoir démontré la possibilité de changer avantageusement, dans certains cas, la position vicieuse du fœtus pendant l'accouchement. — Un encouragement de *sept cents francs* à M. Hiffelsheim, pour ses recherches et ses expériences sur les mouvements du cœur chez les animaux. — Un encouragement de *sept cents francs* à M. Philippeaux, de Lyon, pour avoir mieux étudié, et à des points de vue nouveaux, l'action variée des différents caustiques appliqués aux opérations de la chirurgie. — Un encouragement de *six cents francs* à M. Legendre, pour avoir donné les préparations et les figures d'un grand nombre de coupes faites sur des cadavres congelés, dans le but de montrer les rapports exacts des tissus et des organes. — Un encouragement de *six cents francs* à chacun de MM. Goubaux et Follin, pour avoir constaté que chez plusieurs mammifères et chez l'homme, dans les cas de cryptorchidie double, le liquide prolifique est infécond. — Un encouragement de *cinq cents francs* à M. Godart, pour avoir observé chez l'homme un certain nombre de faits semblables. — Un encouragement de *cinq cents francs* à M. Collin, pour s'être livré à des recherches expérimentales nombreuses et variées sur les animaux, dans le but d'éclairer certaine question de physiologie. — Un encouragement de *cinq cents francs* à M. Figuier, pour avoir constaté, après M. Schmidt, de Dorpat, dans le sang de l'homme vivant, à l'état de santé, la présence du sucre dans des conditions semblables à celles qui avaient été déterminées par M. Cl. Bernard chez les animaux. — Un encouragement de *cinq cents francs* à M. Duplay, pour ses recherches sur la persistance des zoospermes chez les vieillards. — Un encouragement de *cinq cents francs* à M. Gosselin, pour ses recherches et ses expériences sur l'absorption par la cornée transparente de diverses dissolutions salines mises en contact avec le globe de l'œil, et leur mixtion avec l'humeur aqueuse. — Un encouragement de *cinq cents francs* à M. Verneuil, pour avoir décrit avec une grande exactitude les différents kystes de la région sus-hyoïdienne. — Un encouragement de *cinq cents francs* à M. Delpech, pour avoir fait connaître les accidents que développe, chez les ouvriers travaillant en caoutchouc, l'inhalation du sulfure de carbone en vapeurs.

Ces conclusions sont adoptées.

Prix Cuvier. — (Commissaires : MM. Duméril, Is. Geoffroy Saint-Hilaire, Milne Edwards, Coste, Flourens, rapporteur.) L'Académie décerne aujourd'hui, pour la troisième fois, le *Prix Cuvier*. — La commission a pensé qu'il devait l'être, cette année, à M. Richard Owen, qui depuis plus de vingt ans, et par les travaux les plus continus, comme de l'ordre le plus élevé, a tant agrandi le champ de l'anatomie comparée et de la paléontologie.

Grand prix des sciences physiques. — « Étudier le mode de formation et de structure des spores et des autres organes qui concourent » à la reproduction des champignons, leur rôle physiologique, la germination des spores et particulièrement pour les champignons parasites, » leur mode de pénétration et de développement dans les autres corps organisés vivants. »

La question mise au concours, quoique toutes ses parties soient liées intimement entre elles, peut se scinder en trois questions secondaires : 1° Formation, développement et structure comparée des spores et des spermaties dans les divers groupes de champignons ; 2° nature des spermaties et rôle physiologique de ces corps dans la reproduction des champignons, déterminés par des expériences positives ; 3° germination des spores et propagation des champignons parasites, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur des végétaux et animaux vivants.

L'Académie pourrait accorder le prix à l'auteur d'un Mémoire qui répondrait d'une manière satisfaisante à une de ces trois questions.

Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs*.

Les Mémoires devront être parvenus, *francs de port*, au Secrétariat de l'Institut, pour le 31 décembre 1857, *terme de rigueur*. Les noms des auteurs seront contenus dans des billets cachetés, qui ne seront ouverts que si la pièce est couronnée.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES. — « Etudier d'une manière rigoureuse et méthodique les métamorphoses et la reproduction des Infusoires proprement dits (Polygastriques de M. Ehrenberg). »

Le jugement sera proclamé dans la séance publique de l'année 1857. Aucune pièce ne sera admise au Concours.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — L'Académie annonce qu'elle adjugera une médaille d'or de la valeur de *huit cent cinq francs* à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Le prix sera décerné dans la prochaine séance publique.

Les Ouvrages ou Mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés, *francs de port*, au Secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril de chaque année, *terme de rigueur*.

DIVERS PRIX DU LEGS MONTHYON. — Conformément au testament de feu M. Auget de Monthyon, et aux ordonnances du 29 juillet 1821, du 2 juin 1824 et du 3 août 1829, il sera décerné un ou plusieurs Prix aux auteurs des ouvrages et des découvertes qui seront jugés les plus utiles à l'*art de guérir*, et à ceux qui auront trouvé les *moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre*.

Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *quinze cents francs*.

PRIX ALHUMBERT POUR LES SCIENCES NATURELLES.— « Etudier le mode de fécondation des œufs et la structure des organes de la génération dans les principaux groupes naturels de la classe des Polypes ou de celle des Acalèphes. »

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *deux mille cinq cents francs*.

Les Mémoires devront être déposés, *francs de port*, au Secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril 1859, *terme de rigueur*.

LEGS BRÉANT. — Par son testament en date du 28 août 1849, feu M. Bréant a légué à l'Académie des sciences une somme de *cent mille francs* pour la fondation d'un prix à décerner « à celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau. »

Prévoyant que ce prix de *cent mille francs* ne sera pas décerné de suite, le fondateur a voulu, jusqu'à ce que ce prix soit gagné, que l'intérêt du capital fût donné à la personne qui aura fait avancer la science sur la question du choléra ou de toute autre maladie épidémique, ou enfin que ce prix pût être gagné par celui qui indiquera le moyen de guérir radicalement les dartres ou ce qui les occasionne.

Les concurrents devront satisfaire aux conditions suivantes : 1° Pour remporter le prix de *cent mille francs*, il faudra : « Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans l'immense majorité des cas ; » ou « Indiquer d'une manière incontestable les causes du choléra asiatique, de façon qu'en amenant la suppression de ces causes on fasse cesser l'épidémie ; » Ou enfin, « Découvrir une prophylaxie certaine, et aussi évidente que l'est, par exemple, celle de la vaccine pour la variole. » 2° Pour obtenir le prix annuel de *quatre mille francs*, il faudra, par des procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

Dans le cas où les conditions précédentes n'auraient pas été remplies, le prix annuel de *quatre mille francs* pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres, ou qui aura éclairé leur étiologie.

Éloge historique de *Coriolis*, par M. *Élie de Beaumont*.

Rapport sur le concours pour le grand prix de sciences physiques relatif aux changements des êtres organisés aux diverses époques géologiques, par M. *Ad. Brongniart*.

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1857.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Var et du Loiret, en 1856. — *b.* Un rapport de M. *Gestin*, chirurgien de marine, sur une épidémie de dysentérie qui a régné, en 1856, dans le canton de Pont-Aven (Finistère). (*Commission des épidémies.*) — *c.* Un rapport sur le service médical de l'hôpital thermal militaire de Bourbonne-les-Bains, pendant l'année 1856, par M. le docteur *Cabrol*, médecin en chef. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : — *a.* Des lettres de MM. les docteurs *Champouillon*, *Reveil* et *Bertillon*, qui se présentent comme candidats pour la section d'hygiène et de médecine légale. (*Renvoi à la section.*) — *b.* Un mémoire intitulé : *Recherches comparatives sur les alcalis et les carbonates alcalins, considérés comme agents destructeurs de la glycose*, par *Jeannel*, professeur à l'École de médecine de Bordeaux. (*Comm.* : MM. Caventou, Lecanu et Poggiale.) — *c.* Une note sur un nouveau cas de hernie étranglée traité avec succès par la belladone sous forme de potion, par M. le docteur *Delarue* (de Bergerac.) (*Commission nommée.*) — *d.* Une lettre de M. *E. Barth*, médecin à Berstett (Bas-Rhin), relative au traitement de la gale par la benzine. (*Comm.* : MM. Gibert, Renault et Robinet.) — *e.* Une lettre sur l'*exactitude thérapeutique*, par M. *Pons* (de Bez), près le Vigan. (M. Trousseau, *rapporteur*.) — *f.* Une note sur un nouvel ophthalmoscope, par M. le docteur *F.-A de Souza*.

M. *J. Guérin* demande la parole à propos du procès-verbal : J'ai vainement cherché, dit-il, dans les deux communications que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie, un passage qui pût autoriser M. Malgaigne à avancer que j'avais perdu les dix-sept malades traitées par mon procédé pour les kystes ovariques et soumises aux précautions que je recommande. Je déclare donc que je n'ai rien trouvé qui justifiât le blâme infligé à ma méthode par l'honorable contradicteur.

SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1857.—PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1856 dans le département de la Vienne. — *b.* Un rapport de M. le docteur *Jobert* (de Guyonville), sur diverses affections qui ont régné, en 1856, dans le canton de la Ferté-sur-Amance (Haute-Marne). — *c.* Un rapport final de M. le docteur *Carel*, sur une épidémie de dysentérie observée dans l'arrondissement de Napoléonville. (*Commission des épidémies.*) — *d.* Un rapport de M. le docteur *Sales-Girons* sur les eaux minérales de Pierrefonds. (*Commission des eaux minérales.*) — *e.* Les tableaux des vaccinations pratiquées à Versailles, en 1856, par M. le docteur *Boucher*. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : — *a.* Deux lettres de M. le docteur *Heurteloup*, l'une relative à la section mousse, et l'autre à un nouveau caustique au nitrate d'argent. (MM. Bégin, Poggiale, *rapporteur*.) — *b.* Une lettre de M. *Delfrayssé* (de Pradines), sur l'opération césarienne. (*Mention au Bulletin.*) — *c.* Une note de M. le docteur *Bellentani*, de Ouarville (Eure-et-Loir), sur le traitement de la fièvre typhoïde par le chlorate de potasse. (M. Grisolle, *rapporteur*.) — *d.* Une note de M. le docteur *Viallet* (de Rodez), sur un nouveau mode de propagation de la vaccine. (*Commission de vaccine.*) — *e.* Un mémoire de M. *Cronier* sur la préparation de l'iodure de fer et de quinine. (*Comm.* : MM. Boudet, Bussy, Bouchardat.) — *f.* Une étude sur l'anesthésie locale dans ses applications à l'art du dentiste, par *George*, dentiste à Paris. (*Comm.* : MM. Oudet et Malgaigne.) — *g.* Un mémoire de M. *Delenda*, sur la convalescence en Grèce. (M. Desportes, *rapporteur*.) — *h.* Un rapport sur une épidémie de variole, par M. le docteur *Aug. Corlieu* (de Charly-sur-Marne). (*Commission de vaccine.*)

3° M. *Boutet*, secrétaire de l'Association médicale d'Eure-et-Loir, adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il établit que les expériences d'inoculation de la pustule maligne attribuées par M. Trousseau à M. le docteur Maunoury ont été exécutées par une commission médicale instituée par cette société savante

M. *Trousseau* demande la parole à propos du procès-verbal.

J'ai reçu, dit-il, depuis la dernière séance, une communication de M. Bretonneau qui confirme pleinement ce que j'ai rapporté de ses essais d'inoculation du vaccin de l'homme aux bêtes bovines. M. Bretonneau a fait un grand nombre d'expériences avec M. Miquel (d'Amboise) et M. de Puységur. Il a inoculé du virus vaccin de six à sept jours, et pris sur le bras d'un enfant, au pis des génisses ou à l'oreille des jeunes veaux : jamais il n'a réussi à obtenir des pustules vaccinales vraies, dont le produit fût encore inoculable et reproduisît la vaccine

Quoi qu'il en soit, je ne prétends pas m'inscrire en faux contre les faits annoncés par M. Bousquet. Je ferai seulement observer que tous les auteurs qui ont écrit sur cette matière sont dans le plus grand désaccord : ce qui rend la question bien difficile à juger.

Quant à Brissot, il n'est plus douteux pour moi qu'il n'ait eu sur les mains de véritables pustules vaccinales, et que ces pustules ne provinssent des eaux aux jambes du cheval qu'il avait ferré quelques jours auparavant. Ma conviction est fondée sur les renseigne-

ments précis qui m'ont été transmis à ce sujet par des médecins et des vétérinaires, membres de la Société d'agriculture d'Eure-et-Loir, et qui, après avoir examiné Brissot, affirment que ces pustules avaient bien le caractère d'une éruption vaccinale, et qu'elles ont laissé après elles des cicatrices caractéristiques; — que Brissot n'avait pas approché d'enfant récemment vacciné; qu'il n'avait point eu de contact avec des vaches, et qu'il avait porté ses mains sur le membre malade du cheval atteint d'eaux aux jambes.

Dans ce que M. Delafond a dit touchant l'inoculation du sang-de-rate, il y a du vrai et de l'erroné. J'ai entendu des vétérinaires très compétents de la Société d'agriculture d'Eure-et-Loir m'assurer que la pustule maligne de l'homme provenant du sang de rate des animaux, ne reproduisait pas toujours le sang de rate chez ces derniers ; qu'il fallait pour cela que l'inoculation fût très intense, c'est-à-dire qu'on portât dans le tissu cellulaire de l'animal, non-seulement l'ichor, mais encore la pustule maligne elle-même.

M. *Leblanc*. Je ne connais aucun exemple bien authentique d'inoculation de la vaccine à l'homme par les eaux aux jambes du cheval. Ce que Sacco a inoculé, c'est le liquide du javart, qui est une affection furonculeuse, et non pas une forme d'eaux aux jambes.

M. *Moreau*. Je me souviens d'avoir lu la relation de quelques faits relatifs à la production de la vaccine par les eaux aux jambes dans les deux premiers tomes des *Bulletins de l'ancien comité de vaccine*.

M. *Bousquet*. C'est à l'époque où l'on agitait la question de la dégénérescence du vaccin que j'ai entrepris les expériences dont j'ai parlé dans la dernière séance. Il s'agissait de savoir si le cowpox se modifie en passant de la vache à l'homme. Pour cela, j'ai transporté le vaccin de l'homme aux animaux, et je répète que mes inoculations pratiquées sur douze génisses ont parfaitement réussi ; car le vaccin repris sur les pustules de ces animaux a reproduit une éruption franche et légitime sur des enfants : si bien qu'on a vainement tenté de les revacciner quelque temps après.

Je crois, comme M. Trousseau, que les pustules de Brissot étaient bien des pustules vaccinales, et qu'elles provenaient des eaux aux jambes du cheval ferré par lui. M. Leblanc n'a trouvé nulle part d'exemples de ce genre d'inoculation. Je crois pourtant qu'il en existe dans la science ; mais en très petit nombre. Ainsi, Loy rapporte, ce me semble, quelques tentatives heureuses de production de la vaccine par les eaux aux jambes.

M. le *président* annonce à l'Académie le décès de M. le docteur *Therrin*, de Bourbonne, membre associé.

Lectures et rapports.

Toxicologie. — M. *Boutron*, en son nom et en celui de M. *Wurtz*, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de MM. les docteurs *Henry* fils et *Humbert*, et qui a pour titre : *Recherches médico-légales sur l'acide cyanhydrique et ses composés.*

La méthode analytique de MM Henry fils et Humbert est fondée sur la propriété que possède l'iode, quand il est chauffé avec des cyanures ou des cyano-ferrures, de former de l'iodure de cyanogène qui se révèle sous la forme d'aiguilles d'un blanc de neige. La réaction marche très bien en présence d'un grand excès de chlorure, de bromure et d'iodure d'argent. La seule précaution à prendre est de ne pas employer un excès d'iode, dont les vapeurs violettes pourraient masquer la netteté des résultats. L'iodure de cyanogène, produit de l'opération, est d'une grande stabilité : ce qui permet d'essayer plusieurs réactions importantes et de conserver la preuve matérielle de la présence de l'acide cyanhydrique ou de ses composés dans les matières essayées.

Vos commissaires, dit en terminant M. Boutron, ont répété à plusieurs reprises le procédé de MM. Henry fils et Humbert : ils ont pu se convaincre de la facilité avec laquelle on obtient l'iodure de cyanogène, quelque minime que soit la quantité de cyanure d'argent sur laquelle on opère. Ils vous proposent, en conséquence, de remercier MM. Henry fils et Humbert de leur intéressante communication, et d'insérer la description de leur procédé dans le *Bulletin de l'Académie*. (*Adopté.*)

Hygiène. — M. le docteur *Duchesne* donne lecture d'un mémoire intitulé : *Des chemins de fer et de leur influence sur la santé des mécaniciens et des chauffeurs*. L'auteur résume lui-même son travail dans les propositions suivantes :

1° Les chemins de fer ont sur les mécaniciens et les chauffeurs une heureuse influence, constatée par un excellent état de santé et par une augmentation notable d'embonpoint.

2° Sans parler des accidents qui peuvent plus ou moins compromettre la vie des mécaniciens et des chauffeurs, les chemins de fer ont aussi sur leur propre santé une mauvaise influence qui se fait sentir d'autant plus que le nombre d'années de service sur les locomotives augmente. Cette mauvaise influence se signale par une diminution notable de la vue, la perte de l'ouïe, des douleurs rhumatismales, principalement dans la partie droite du corps, et enfin par des douleurs sourdes, continues et persistantes, accompagnées d'un sentiment de faiblesse et d'engourdissement remarquable, rendant la marche et la station debout pénibles. Elles paraissent avoir leur siége dans la continuité des os et dans les articulations des membres inférieurs seulement ; on les observe, à droite ou à gauche indistinctement, chez tous les vieux mécaniciens et chauffeurs. C'est à cette affection particulière que je donne le nom de *maladie des mécaniciens*. (*Renvoi à la section d'hygiène.*)

Pathologie chirurgicale. — M. le docteur *Richard*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, lit une *note sur les kystes tubo-ovariens*. Le vrai kyste de l'ovaire, dit l'auteur, naît dans la vésicule de, Graaf et toutes les phases de son développement s'accomplissent d'ordinaire là où il a pris naissance. Dans les cas que j'ai fait connaître, une vésicule de de Graaf, sans doute celle-là même qui va présider à la prochaine menstruation, est assaillie par l'effort morbide qui doit la transformer en kyste ovarien. Mais un œuf arrivé à maturité y est contenu : pour le recueillir, le pavillon de la trompe s'applique à la vésicule ; celle-ci se vide, et il semble qu'ici nous n'assistons qu'au merveilleux travail qui, chaque mois, provoque la ponte spontanée des ovules. Mais la scène change : la vésicule malade ne se referme pas ; car au lieu de former un corps jaune, elle continue à verser dans la trompe le liquide morbide qui la distend. C'est désormais un kyste de l'ovaire ; et ainsi croissent ensemble, d'un côté, la tumeur ovarienne, de l'autre, la trompe incessamment distendue par le liquide qu'elle reçoit. Tel est le mode de formation des kystes tubo-ovariens.

L'auteur rapporte ensuite l'observation de deux malades qu'il a vues, l'une avec M. P. Dubois et l'autre avec M. Debout.

Chez ces deux malades on pouvait sentir dans l'abdomen une tumeur volumineuse, fluctuante, mobile. Il existait, en outre, un écoulement intermittent de liquide par le vagin. Ce liquide, après avoir traversé l'utérus en passant par l'orifice de la trompe resté béant, s'écoulait au dehors. Pendant une exploration, M. P. Dubois put en recueillir 120 grammes. L'analyse faite par M. Bouchardat a montré qu'il était formé par de la sérosité contenant quelques sels minéraux et des traces d'albumine.

Une de ces malades est maintenant bien guérie ; chez l'autre, l'écoulement séreux continue. (*Comm.:* MM. P. Dubois, Moreau et Huguier.)

(*La fin au prochain numéro.*)

IV.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine, par le docteur B.-A. Morel, médecin en chef de l'asile des aliénées de Saint-Yon (Seine-Inférieure). Paris, chez J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Des dégénérescences ! Ce titre ouvre à la pensée un horizon dont le dessin ne tranche pas immédiatement. Quelles sont les lésions admises ou exclues ? M. Morel a senti lui-même le besoin de prévenir à cet égard les exigences du lecteur, en précisant les limites de son sujet par une définition longuement motivée.

Certains observateurs ont classé parmi les dégénérescences les modifications subies par les races inférieures sous l'influence climatérique. D'accord avec la plupart des grands naturalistes, Buffon, Cuvier, de Blainville, M. Flourens, etc., sur l'unité de l'espèce humaine, M. Morel croit, en conséquence, aux variations qu'on rencontre dans les différentes contrées du globe. Mais, selon lui, ces mutations, toutes physiologiques, ne doivent point être confondues avec les transformations dépendant de circonstances morbides. On ne saurait voir là qu'un effet de l'habitude, une adaptation spéciale et graduelle de l'organisme aux conditions locales. Le type, une fois formé, reste et se perpétue naturellement. L'homme, en un mot, devient, comme la plante, une production du sol.

Dans les dégénérescences, au contraire, les éléments altérants occasionnent un vice qui, si rien ne s'y oppose, tend, surtout l'hérédité aidant, non-seulement à appauvrir la constitution, mais à consommer sa ruine par l'imperfection croissante des procréations et l'annulation définitive du pouvoir reproducteur. M. Morel va même jusqu'à prétendre que de telles chances sont d'autant plus à redouter que déjà l'être humain aurait à lutter sans cesse contre les envahissements fatidiques d'une déchéance originelle.

Sur le papier, la distinction est saillante ; mais si, idéalement, on veut la poursuivre en dehors des oppositions extrêmes, il n'est pas toujours facile d'assigner à chacun des faits sa catégorie véritable. Si étroite est, parfois, l'affinité entre les dégénérations naturelles et pathologiques, qu'à propos des unes on est forcément obligé de faire allusion aux autres.

M. Morel lui-même n'a point échappé à cet inconvénient, à supposer que c'en soit un ; car, indépendamment du parallèle initial où figurent les considérations diagnostiques, il a consacré dans la suite de l'ouvrage de nombreuses pages aux déviations naturelles. La pente était inévitable. Faut-il s'en plaindre et l'en blâmer? Par la suppression de ces développements, le livre perdrait beaucoup de son intérêt et l'appréciation une large base.

Malgré les restrictions que nous venons de signaler, la question offre des proportions considérables. Outre l'infinie diversité des idiosyncrasies particulières, combien d'actions, simples ou combinées, peuvent, dans tant de lieux différents d'exposition sidérale, de composition tellurique, de mœurs, d'habitudes, de régime alimentaire, de civilisation, multiplier les variétés dégénératives! Il est probable que nous n'en connaissons qu'une faible partie. Depuis plusieurs années que la science s'occupe sérieusement de cet objet, fréquemment se découvrent chez nous, à nos portes, des endémicités qu'on ne soupçonnait point. A plus forte raison en serait-il ainsi dans des pays plus ou moins arriérés, sur lesquels nous manquons de notions médicales.

Là se trouvait une difficulté grave que l'auteur ne s'est point dissimulée. Aussi n'a-t-il point eu la prétention de réaliser une œuvre complète, définitive. Rassembler les documents existants ; par une consciencieuse analyse en tirer le meilleur parti au quadruple point de vue de l'étiologie, de la classification, de l'hygiène et de la curation, telle était la seule tâche rationnelle, accessible. C'est celle qu'a poursuivie notre confrère.

Nul, assurément, n'était plus capable de la bien remplir. Il y était d'avance préparé par ses belles recherches sur la folie, et en particulier sur l'idiotie et le crétinisme, dont son travail actuel n'est qu'une continuation. Quel théâtre plus propice à l'observation des dégénérescences que les asiles d'aliénés, où se concentrent tous les genres de caducités, physiques et morales? M. Morel, d'ailleurs, ne s'en est pas tenu à cette expérience spéciale. Esprit expansif et entreprenant, il a su, la fécondant par de nombreuses excursions scientifiques et une érudition savante, s'approprier d'autres éléments qui ajoutent à la somme des garanties.

Toutes ces qualités, en effet, se reflètent dans le *Traité des dégénérescences*, où, pour le dire en passant, il ne faudrait pas chercher une méthode absolue à laquelle l'auteur ne nous a point accoutumés. Obéissant à sa fougue naturelle, notre éminent confrère, comme dans ses précédents écrits, sort parfois de son sujet pour n'y rentrer qu'après d'assez longs détours, dont s'indisposerait la critique, si l'intérêt compensatif de digressions toujours originales et importantes ne venait la désarmer.

Sous quelle forme ont été exposées les matières? Le plan était ici un écueil. On pouvait, envisageant intrinsèquement, et selon leur ordre d'affinité, chacune des lésions, en décrire d'abord le caractère, le degré, les aspects, les complications, la progression; puis, le diagnostic différentiel établi, tracer les autres parties de leur histoire : causes, modes de formation, pronostic, prophylaxie, traitement. Peu favorable aux élans de l'imagination, mais conforme aux errements habituels, cette marche eût inévitablement donné une idée claire des vices dégénératifs.

M. Morel a préféré une voie plus harmonique à sa manière ample et ennemie du didactisme. Jugeant à propos de ne point isoler les effets de leurs influences productrices, au lieu de s'asservir à une sèche analyse de symptômes, il a surtout montré en action les causes détériorantes, faisant habilement concourir à ses démonstrations les opinions des auteurs, leurs descriptions pittoresques, leurs observations les plus saillantes, et des rapprochements puisés aux sources scientifiques les plus diverses. On sent assez, sous la plume de notre savant ami, quel attrait littéraire pouvait naître de ces considérations.

Un motif plus puissant justifierait, toutefois, l'adoption de M. Morel. Les dégénérescences ne sont point de simples produits anatomiques aisés à circonscrire et à classer. Imprégnées dans la constitution, elles ne présentent pas toujours un cachet extérieur précis ; souvent même elles ne se révèlent accidentellement, chez celui qui en a contracté le germe ou chez ses descendants, que par leurs conséquences fâcheuses, se soustrayant ainsi à une description catégorique.

La question de forme, après tout, est secondaire. Il est facile, avec quelque attention, de réunir les traits d'un tableau quand ils existent. L'essentiel était de constater la réalité des choses, d'en signaler le péril, et de mettre en évidence les moyens propres à le prévenir ou à l'écarter. M. Morel, il faut lui rendre cette justice, n'a jamais perdu cet objet de vue, et bien qu'il ait réservé ce qui concerne l'hygiène et le traitement pour une publication ultérieure, à chaque page on voit poindre dans celle-ci le but final de son entreprise.

M. Morel paraît également avoir été guidé par la juste considération qu'il accorde à la prépondérance héréditaire. Physiologiquement attestée par la reproduction des races, la physionomie similaire des habitants d'un même pays et les ressemblances de famille, cette influence ne s'exerce pas moins activement dans l'ordre pathologique. La dégénération va progressant, et les aliénés, entre autres, seraient, en majorité, selon l'expression même de notre confrère, « les représentants de certaines variétés maladives dans l'espèce. »

Elevé à la hauteur d'une loi, ce fait, qui n'exclut pas assurément le concours des autres mobiles, domine l'ensemble de l'ouvrage, et, en dévoilant l'une des sources les plus fécondes du mal, indique, par cela même, où doit principalement porter le remède. A cette occasion, que l'auteur nous permette d'appeler son attention sur un livre dont le peu de retentissement ne détruit point la valeur, et qui, soit pour une édition nouvelle ou un appendice complémentaire, pourrait lui fournir plus d'une page importante. La conviction, jointe au souvenir d'une longue intimité, nous fait un devoir de ce témoignage posthume. Cet écrit, qui résume toute une vie d'observation et de recherches expérimentales, et où abondent les aperçus ingénieux, est celui d'un de nos plus regrettés amis, le docteur Fourcault, sur les causes et l'hygiène des maladies chroniques. Là ne figurent pas seulement les conditions d'une foule de dégénérescences. Des explications rigoureuses dont elles sont l'objet résulte la démonstration du rôle considérable que jouent dans leur formation les modifications de la transpiration cutanée.

Parmi les causes, les unes sont physiques, les autres morales ; mais, entre celles du premier groupe comme entre celles du second, il n'y a pas un lien d'affinité évident. Chacune détermine ses effets spéciaux, directs. Aussi M. Morel n'a-t-il pas cru devoir se conformer à une division sévère, et les examine-t-il, successivement, plus d'après leur importance que suivant leur analogie.

Il débute, par exemple, par l'intoxication alcoolique, à laquelle il estime que sont dues, en Europe, les plus nombreuses dégénéres-

cences. Viennent ensuite divers agents végétaux et minéraux, haschish, opium, tabac, plomb, et les substances alimentaires viciées, entre autres celles d'où procèdent l'ergotisme et la pellagre. Continuant alors cette revue par l'exposé des effets nuisibles du phosphore, de l'arsenic, du mercure, de l'ergotine et du verderame, M. Morel consacre à établir le diagnostic, le classement et l'évolution de ces transformations une série de paragraphes plus ou moins afférents à leur objet.

Dans cette partie du travail se remarque une définition qui étend aux modifications dégénératives le sens du mot *lésion*, d'ordinaire circonscrit aux altérations caractérisées. L'influence de l'hérédité, l'action du climat, soit en elles-mêmes, soit dans leurs rapports avec les autres causes, y servent, de leur côté, de texte à une appréciation savante où abondent spécialement les détails ethnologiques.

Conduit, par une transition naturelle, à parler du mélange des races, l'auteur fait ressortir les avantages de cet entre-croisement; puis, après avoir montré les conséquences fâcheuses d'une alimentation insuffisante ou exclusive, il termine par le tableau des dégénérations qu'engendrent les miasmes paludéens ou une mauvaise constitution géologique dont les traits se résument en un sol humide et pénétré d'ingrédients malfaisants, en habitations insalubres ou en travaux accomplis au milieu d'émanations pernicieuses.

Impuissant à exprimer ce que renferment d'intéressant tant de chapitres, nous nous bornerons à signaler quelques particularités saillantes.

L'influence dégradante de l'usage abusif des liqueurs fortes a été parfaitement étudiée dans le beau livre de M. Magnus Huss sur l'alcoolisme chronique. Il était impossible de ne pas faire de larges emprunts à un ouvrage où le sujet est approfondi dans tous ses aspects. Néanmoins, M. Morel a su en accroître l'intérêt par des considérations d'une haute portée et de nombreux exemples personnels où l'on assiste, pour ainsi dire, aux transformations qui, se caractérisant chez l'ivrogne par l'affaissement corporel, l'incertitude intellectuelle et l'oblitération du sens moral, souvent aussi se traduisent, chez les enfants, par une propension irrésistible au même vice, des instincts violents ou obscènes et une flagrante prédisposition à la folie.

On a attribué la pellagre au maïs, nourriture habituelle des classes inférieures dans les pays où l'affection se montre endémiquement. Cette opinion, soutenue par plusieurs médecins, a été notamment développée avec talent par M. Théophile Roussel. Depuis, la constatation de la maladie dans des endroits où le maïs ne contribue point à l'alimentation a fait suspecter cette origine. M. Morel, néanmoins, revient à la théorie de M. Roussel, en faveur de laquelle il invoque des arguments d'où résulterait la nécessité, sinon de proscrire ou de restreindre dès à présent l'emploi de la préparation douteuse, au moins de soumettre à un examen nouveau la révision de cette grave question.

Des remarques analogues seraient applicables au riz et à la pomme de terre, qui, comme la plupart des substances empruntées au règne végétal, ne sauraient, sans préjudice pour la constitution, servir de base exclusive à l'alimentation. M. Magnus Huss n'hésite pas à attribuer à l'usage disproportionné de la pomme de terre une large part dans la manifestation des maladies endémiques des populations scandinaves. La même cause produirait la débilité musculaire, la chloro-anémie et la diathèse scrofuleuse en Irlande, dans les Vosges et dans certaines parties de l'Allemagne. Quant au riz, sa qualité inférieure concourrait aussi à provoquer des épidémies, et à favoriser par suite des dégénérescences. On comprend les indications prophylactiques qui peuvent découler de ces observations.

A cette occasion, M. Morel, s'appuyant de l'autorité de Buffon, s'élève énergiquement contre un préjugé accrédité surtout par Jean-Jacques Rousseau, relativement à la force physique des sauvages. Ce qui est vrai de la vie nomade de certaines tribus qui participent variablement à la civilisation, comme les Arabes, ne l'est en aucune façon par rapport aux peuplades plus grossières, partout plus hâves et plus chétives que les peuples civilisés.

La question du croisement des races a été examinée avec soin par M. Morel. On sait quel profit l'économie agricole a tiré de son étude pour l'amélioration des espèces animales. La supériorité des métis sur les nègres prouverait, à défaut de beaucoup d'autres faits, combien elle mérite de fixer l'attention au point de vue du perfectionnement de l'homme.

Il n'est pas besoin d'insister pour faire comprendre l'importance de l'infection marécageuse et des éléments dont se compose la constitution géologique. Ce double sujet, traité dans le dernier chapitre, n'embrasse pas moins de 83 pages. N'est-ce pas, en effet, dans des atmosphères imprégnées d'émanations méphitiques, dans des endroits bas, humides, inaérés, sur un sol qui cède aux productions et aux eaux des principes impurs, que se fomentent la plupart des cachexies et des dégénérescences, la flaccidité lymphatique, la scrofule, le crétinisme, etc. M. Morel était là sur son terrain. Aussi les développements dans lesquels il entre à l'égard de ces divers points, ont-ils un cachet remarquable de précision.

Nous avons peu parlé des causes morales. M. Morel ne les a point séparées des causes physiques. On pourrait presque faire une loi de leur coexistence respective en sens inverse. En tous lieux, les conditions dégénératrices croissent avec l'ignorance et la misère, tandis qu'elles tendent à disparaître en raison des lumières et du bien être. Dans l'Amérique du sud, les Guaranis forment deux divisions, l'une libre, l'autre esclave. « Ceux du Paraguay, dit M. d'Orbigny, ont l'air triste, abattu; l'indifférence se peint sur leurs traits; ils ne semblent ni penser ni sentir. Les Guarayos, ou Guaranis indépendants, montrent une figure douce, intéressante, pleine de fierté; leur aspect dénote des hommes spirituels. » Au lieu de ce caractère ouvert, l'oppression, suivant M. Morel, engendre l'inertie, la superstition, l'esprit de vengeance. De là, dans ses préceptes d'hygiène ou de thérapeutique morale, sa répulsion pour les lois répressives, et la prééminence qu'il accorde aux institutions favorables à la liberté et au progrès éducateur.

Aider l'intelligence par les yeux est, quand on le peut, un moyen utile. Pour ne rien omettre, disons en terminant que ce but a été en partie rempli par un tableau distinct de l'ouvrage et dans lequel l'auteur a pris soin de faire exécuter, avec planches explicatives en regard, une série de dessins propres à faciliter la compréhension d'un certain nombre de types, de leurs degrés et de leurs variétés.

Ce rapide aperçu n'indique que faiblement l'espace parcouru par M. Morel, la diversité des problèmes qu'il a élucidés, les traits lumineux qu'il a fait saillir. Pour en prendre une idée exacte, c'est le livre lui-même qu'il faut consulter. Ce travail, du reste, se recommande par des motifs tout spéciaux à la sérieuse méditation de nos confrères. Le praticien, en général, s'absorbe dans la considération du symptôme immédiat et des causes déterminantes. Oubliant trop qu'une constitution vicieuse imprime souvent au mal un génie particulier, il lui arrive plus d'une fois de se heurter contre un écueil.

La médecine ne saurait non plus, sans perdre de sa légitime importance, se réduire au soin unique de maladies passagères. Si noble que soit cette partie de son rôle, il en est un côté supérieur peut-être et qui consiste à prévenir les maladies elles-mêmes en améliorant l'espèce. L'hygiène et la philosophie doivent, dans cette tâche, être ses coopératrices : d'une part les garanties sanitaires, de l'autre l'éducation, ou, selon une expression pittoresque de M. Buchez, l'*engendrement intellectuel* joint à l'*engendrement charnel*.

Sous ce rapport, le traité des dégénérescences ne nous semble pas seulement destiné à conquérir un succès mérité, mais à rendre à l'humanité et à la science un éminent service. Comprenant, d'ailleurs très bien que, dans cette sainte croisade contre les infirmités, nous ne pouvons prétendre au monopole de la lutte, M. Morel convie habilement sur le même terrain tous ceux qui, par la pensée ou l'action, savants et administrateurs, sont, de près ou de loin, en mesure de contribuer au perfectionnement de la santé publique. Pour notre part, nous souhaitons vivement que cet appel soit entendu. DELASIAUVE.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 20 FÉVRIER 1857. — N° 8.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 19 février 1857.

DE L'ACTION PRÉSERVATRICE DE LA VACCINE ; DE L'IDENTITÉ DES VIRUS VACCINAL ET VARIOLIQUE ; LEUR TRANSMISSION AUX ANIMAUX ; ANALYSE DES TRAVAUX RÉCEMMENT PUBLIÉS EN ALLÉMAGNE SUR CE SUJET. — LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La vaccine ne produit plus cette immunité complète et permanente de la variole qui avait été annoncée par l'immortel Jenner et les premiers vaccinateurs ; l'expérience a démontré que la vaccine ne préserve que pour un certain nombre d'années. Il n'est pas de praticien qui n'ait vu se développer les affections varioliques chez les adultes et même chez les enfants les mieux vaccinés. La variole elle-même ne met pas entièrement à l'abri d'une seconde atteinte ; la science renferme des exemples incontestables de récidives ; il n'est donc pas à supposer que la vaccine jouisse plus que la variole de ce privilége absolu. De même qu'elle ne saurait prémunir perpétuellement contre l'action du virus varioleux, elle ne saurait empêcher les effets d'une seconde inoculation. Les revaccinations qui ont été pratiquées avec succès sur une grande échelle dans ces dernières années démontrent, sinon l'aptitude nouvelle à la variole, du moins le défaut de saturation vaccinale Or, en présence de ces récidives provoquées de la vaccine et naturelles de la variole, on pourrait être tenté de dénier à la vaccine sa puissance, et à Jenner sa glorieuse découverte. C'est, en effet, la signification de certains écrits modernes ; c'est l'opinion de Plupkal, de Hamernjk, qui, se fondant surtout sur l'impossibilité de transmettre la variole à la vache, en concluent que la maladie de l'homme et le cow-pox diffèrent d'une manière absolue, et que, par conséquent, le virus provenant de la vache ne saurait préserver de la variole, qui est dévolue exclusivement à l'homme. Mais avant de formuler des con-

---

FEUILLETON.

Lettre chirurgicale à M. le professeur Malgaigne sur un point de l'histoire de l'autoplastie,

pour faire suite aux erreurs, lacunes et imperfections de la littérature médicale.

(Suite. — Voir les numéros 4 et 6.)

Très savant et très honoré maître,

Il est, à l'usage de ceux qui veulent simuler une érudition lente et difficile à acquérir, certaines formules d'une grande utilité et qui trompent aisément les simples. Je vous en ai déjà signalé une en vous parlant des *anciens* et des *modernes*. Si j'ai bon souvenir, vous avez, dans une argumentation, fort embarrassé un de vos compétiteurs, en lui demandant où il faisait remonter les premiers et finir les seconds. Je crois que la majorité de ceux qui prononcent ou écrivent ces deux mots retentissants seraient fort empêchés s'ils étaient contraints de les traduire en noms propres. Je rencontre très souvent dans mes lectures d'autres formules analogues et tout aussi peu compromettantes. Telles sont :

Un certain nombre de chirurgiens ;
Quelques praticiens ;
Un auteur dont le nom m'échappe ;
Je me souviens d'avoir vu quelque part que M. X.... ou le célèbre ***, etc

Ces abréviations ont un grand succès. *Les auteurs* et *les historiens* sont encore du nombre. C'est une façon banale, mais assez brillante, de commencer les chapitres et les paragraphes. Le grand Boyer avait invoqué l'histoire ; aussi cette mention d'historiens innominés a été bien vite ramassée et soigneusement enregistrée par trois écrivains ultérieurs, peut-être plus. Ouvrez le livre de MM. Roche et Sanson (*Nouv. élém. de pathol. méd.-chir.*, t. V, p. 437, 3e édit., 1833), vous y trouverez deux pages entières consacrées au *défaut* (défaut pris dans le sens d'absence) total ou partiel du prépuce. On

clusions, qui ne seraient rien moins que rigoureuses, il fallait établir les prémisses sur une base expérimentale.

Or, à cet égard, deux opinions absolues et diamétralement opposées ont été émises tout d'abord, puis une troisième, intermédiaire, qui paraît devoir réunir le plus de suffrages.

Dès l'année 1807, Hartenkeil, cherchant à prouver l'identité du cow-pox et de la variole, tenta, de concert avec un médecin de Gunzbourg, d'inoculer à la vache le virus provenant d'enfants varioliques, et il y réussit onze fois ; puis, avec le virus repris sur les animaux inoculés, il inocula quatre enfants qui prirent tous la variole.

Plus tard, quand on voulut vérifier ces assertions, on aboutit à des résultats bien différents. En 1839, Prinz, directeur de l'école vétérinaire de Dresde, échoua dans toutes ses tentatives de transmission. Le docteur Unger ne fut pas plus heureux; et récemment Hamernjk, cherchant à détruire cette identité du cow-pox et de la variole de l'espèce humaine, formula les conclusions suivantes : Tandis que la vaccine, dit-il, est transmissible, non-seulement à l'homme, mais à la vache, tout en conservant dans tous les cas ses caractères primitifs, le virus variolique, au contraire, peut produire des effets variés en passant d'un homme à l'autre, et ne saurait être communiqué, sous aucune forme, à la race bovine.

Toutefois, le même expérimentateur ajoute que, dans quelques circonstances *très rares*, l'insertion du pus variolique sur le pis de la vache produit des pustules qui diffèrent sensiblement des boutons de vaccine, mais qui sont susceptibles à leur tour d'inoculer la variole à l'homme.

C'est avec ces réserves, en effet, qu'il faut admettre les expériences précitées; c'est l'opinion intermédiaire qui tend à prévaloir.

En 1856, le directeur des études à l'Institut vétérinaire de Vienne, le docteur Roll, s'exprime ainsi dans son TRAITÉ DE PATHOLOGIE VÉTÉRINAIRE : « On admet généralement que le cow-pox résulte de la transmission de l'eau des jambes du cheval au pis de la vache par l'intermédiaire des valets de ferme. Or, cette opinion n'est pas plus vraie que celle qui admet la variole de l'homme comme l'unique source du cow-pox. » On ne parvient que *difficilement* et *rarement* à inoculer le virus au pis de la vache et à déterminer une éruption analogue au cow-pox; de même que le cow-pox transporté sur l'homme, et de l'homme sur la vache, ne produit que *rarement* une éruption chez l'animal. Des expériences nombreuses confirment ce fait, à savoir : que la maladie de la vache se développe spontanément dans la plupart des cas, mais que *parfois* elle peut résulter de l'implantation du virus variolique de l'espèce humaine. C'est à cette manière de voir que se rattache le travail publié il y a quelques jours par le docteur Traxl de Kremsier (*Wiener Wochenschrift*, 3 janvier 1857). Si le cow-pox peut être la suite de l'inoculation du pus variolique, c'est qu'il est identique avec la variole, et celle-ci n'est modifiée que parce qu'elle germe dans un autre terrain. Il faut ajouter, comme preuve à l'appui, que le cow-pox primitif se retrouve chez les vaches précisément quand la variole règne chez les hommes.

La vaccine, d'ailleurs, ne prend pas plus facilement que la variole sur le pis de la vache; l'une et l'autre rencontrent chez la vache une aptitude très peu marquée, qui tient à l'organisation de l'espèce elle-même bien plutôt qu'à la matière inoculée; mais si l'on a le soin d'inoculer des animaux qui n'avaient pas encore payé leur tribut au cow-pox, la vaccination réussit, et c'est dans ces conditions que M. Bousquet (séance de l'Académie du 17 février 1857) a pu pratiquer l'inoculation avec succès sur douze génisses, et transmettre ensuite la vaccine à des enfants. Une première atteinte du cow-pox semble généralement préserver l'animal d'une récidive ou supprimer temporairement la faculté d'absorber le virus vaccinal ou variolique. Les expériences tentées par MM. Bretonneau, de Puységur et Trousseau pour inoculer la vaccine n'ont sans doute échoué que parce que les animaux jouissaient encore du bénéfice d'un cow-pox antérieur.

De même, les expériences instituées en Allemagne pour inoculer la variole à la race bovine ne sont peut être elles-mêmes contradictoires, dans leurs résultats, que par suite des conditions différentes dans lesquelles se trouvaient les animaux à expérimenter.

Ainsi, l'on ne saurait nier d'une manière absolue la transmissibilité de la vaccine ou même de la variole de l'homme aux animaux. Or, ce fait seul suffirait pour indiquer la parenté de ces deux virus. « On peut admettre, dit M. Bousquet (*Traité de la vaccine*), que la variole et la vaccine, quoique issues de deux origines différentes, sont deux maladies corrélatives dans deux espèces différentes. L'une est à l'espèce humaine ce que l'autre est à l'espèce bovine. » Dès lors, il se peut que, par un rare bonheur, la petite vérole, en passant par une autre race, se mitige sans perdre ses caractères essentiels, et, transportée ensuite sur l'homme, tienne lieu de la petite vérole naturelle, du moins jusqu'à un certain point, pendant un certain temps, comme le ferait une première in-

---

y lit d'abord le passage historique de Boyer, puis Celse et J.-L. Petit sont cités ; mais le second très incomplétement, et le premier avec des variantes qui atteignent la hauteur du contre-sens. « Dans le premier cas (perte congénitale du prépuce), la peau étant plus extensible, Celse conseille de l'attirer d'arrière en avant, de la lier *avec un fil* au-devant du gland, en laissant toutefois une ouverture suffisante pour laisser passage à l'urine ; de la couper ensuite circulairement au niveau de la base *de cette partie* (quelle partie ?), en ménageant les vaisseaux sous-cutanés et l'urèthre ; de la ramener vers la ligature, et de panser la plaie jusqu'à guérison, de manière que ses bords ne puissent se rapprocher.

» Dans le second cas, la peau étant en général beaucoup plus largement détruite et ne pouvant par conséquent être ramenée au-devant du gland, Celse conseille de la *couper circulairement vers la partie supérieure de la verge* (le texte latin porte : *sub circulo glandis scalpello diducenda cutis ab interiore cole est.* La traduction est fort libre, comme vous voyez) ; de la ramener ensuite sur le gland, *de l'y fixer au moyen d'un emplâtre*, *après avoir arrêté l'écoulement sanguin au moyen de lotions froides* (Celse dit qu'il n'y a pas d'écoulement de sang) ; d'attendre que l'inflammation soit dissipée ; d'entourer alors la verge d'un bandage roulé de sa base vers son extrémité ; de recouvrir en même temps le gland d'un emplâtre dont la couche agglutinative soit tournée en dehors; de manière que la peau, rabattue sur lui (s'agit-il du gland ou de l'emplâtre ?), s'y attache avec force, et enfin que la peau des corps caverneux s'agglutine avec la verge, tandis que celle qui a été ramenée sur le gland se cicatrise sans contracter d'adhérence avec cette partie. »

Ces dernières lignes sont d'une obscurité qui ne laisse rien à désirer, et ressemblent bien peu au texte original. A quoi bon, me direz-vous, avoir gaspillé votre temps et le mien à argumenter une aussi pitoyable traduction. Il eût suffi de dire que l'auteur incriminé n'avait pas compris Celse. Qui en aurait douté serait allé y voir. J'ai agi autrement pour vous présenter une réflexion au sujet des copistes : les uns transcrivent servilement, d'autres altèrent, ceux-ci rognent, ceux-là amplifient ; il en est qui citent les sources,

fection variolique. Si le cow-pox, inoculé à l'homme, ne le met pas entièrement à l'abri de la variole, il possède, du moins dans l'immense majorité des cas, le privilége d'en atténuer les effets et de lui imprimer un caractère de bénignité qui était inconnu avant la découverte de Jenner. Dans les épidémies de variole, il meurt à peine 1 individu vacciné sur 96 varioliques; tandis que, parmi les non vaccinés qui sont frappés par le mal régnant, il en meurt un sixième.

Comparée à la variole elle-même, l'inoculation vaccinale semble la surpasser dans son pouvoir atténuant. Les atteintes de la petite vérole chez les vaccinés sont peut-être plus fréquentes que chez les individus qui portent des traces de variole antérieure ; mais certainement elles sont moins souvent funestes : elles ne font que 1 victime sur 100 malades, tandis que les varioles en récidive tuent 1 fois sur 5.

C'est donc avec juste raison que la vaccination, malgré les attaques dont elle a été l'objet, doit être considérée encore comme un immense bienfait.

G. Sée,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

La lecture de M. Guérin sur la méthode sous-cutanée a eu lieu mardi dernier. C'est un exposé général, bien distribué et bien enchaîné, de tout ce qui caractérise dans son principe, dans ses divers modes d'application et dans ses résultats, la méthode que l'auteur considère comme lui appartenant en propre. La forme de ce travail mérite aussi des éloges ; on y regrette seulement la recherche de formules philosophiques, qui étonnent plus qu'elles n'imposent dans une simple question de physiologie et de chirurgie.

Personne n'a demandé la parole, bien que la lecture ait été terminée longtemps avant l'heure habituelle de la clôture de la séance. Il n'est pas probable que ce mutisme dure. M. Guérin ayant répondu à une invitation, il est juste, il est indispensable qu'on fasse à ses idées et à ses prétentions l'honneur de les discuter. C'est à quoi nous ne manquerons pas, quoi qu'il advienne, en commençant dès le prochain numéro. Nous ne ferons aujourd'hui qu'une seule remarque, où se trouve peut-être l'explication du silence de mardi. M. Guérin avait parlé d'*expériences inédites*; on pouvait donc s'attendre à ce qu'il offrît de suite à la controverse des aliments nouveaux dans une nouvelle démonstration de ses idées. Au lieu de cela, il n'a donné qu'une analyse contractée de tous les mémoires qu'il a présentés aux corps savants et que tout le monde connaît ou peut connaître. Par là s'évanouit en grande partie, dès le premier jour (si les expériences *qui se poursuivent dans un grand hôpital* n'aboutissent pas en temps opportun), l'espoir de rapprocher par la discussion les opinions dissidentes. Tout ce qu'a dit M. Guérin dans la dernière séance, M. Velpeau, M. Malgaigne, l'avaient lu dans ses œuvres; et c'est après l'avoir lu que l'un demandait des éclaircissements et que l'autre contestait le fond même de la doctrine. Comment pourraient-ils être aujourd'hui éclairés ou convaincus par une simple répétition? Et n'est-il pas un peu singulier qu'une méthode qu'on dit *constituée par elle-même et pour elle-même*, et cela depuis vingt ans, range au nombre de ses meilleurs titres des expériences encore pendantes?

A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES SUR UN IMBÉCILE ÉROTIQUE CONVAINCU DE PROFANATION DE CADAVRES, par le docteur Morel, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon (1).

A M. le docteur Bédor, *médecin de l'hospice civil à Troyes,*
Membre correspondant de l'Académie impériale de médecine,
médecin du dépôt provisoire d'aliénés de l'Hôtel-Dieu de Troyes, etc.

Première lettre.

Cher et honoré confrère,

Vous avez bien voulu m'envoyer une observation très remarquable d'une perversion de sentiments et me demander si des faits analogues avaient été recueillis par moi dans ma pratique. Il s'agit d'un individu aux facultés intellectuelles assez bornées qui, dans l'hospice dont vous êtes le médecin, s'est livré dans plusieurs circonstances à la profanation des cadavres.

(1) Un crime récent, et les scènes judiciaires qui l'ont suivi, ont soulevé pour beaucoup d'esprits la question médico-légale de la *Perversité des actes* et de ses rapports avec l'aliénation mentale. Le travail du savant médecin de l'asile de Saint-Yon a donc, sous ce rapport, un véritable à-propos, bien qu'il ait été inspiré par un autre genre d'attentat. La profanation des cadavres, en tant que produit d'une impulsion perverse, mérite d'ailleurs au plus haut point d'attirer les méditations des médecins psychologues, et l'on se rappelle peut-être encore l'émotion que produisirent il y a peu d'années des actes de ce genre accomplis par un militaire dans le cimetière de Montmartre.
A. D.

---

autres qui les taisent. La pire espèce est celle qui copie un autre copiste, et qui, pour dépister les chercheurs de plagiat, arrange à sa manière et fort cavalièrement les observations et les préceptes. Ces faciles écrivains ignorent sans doute qu'en certains cas c'est un devoir de transcrire purement et simplement ce qu'on prend aux autres, à la condition, toutefois, de fournir l'indication bibliographique. Quand on ne veut pas se soumettre à cette exigence, il serait préférable de renvoyer tout bonnement à l'original; et l'article que je viens d'éplucher aurait été à la fois plus court et plus exact, si, au lieu de deux pages, il n'avait occupé que deux lignes ainsi conçues : « *Du défaut total et partiel du prépuce* (voir Celse, *De re medica*, livre VII, ch. 25; J.-L. Petit, *Maladies chirurg.*, édit. **, p. **). » Le moyen eût été expéditif et nullement dangereux. Je le recommande aux fabricants de gros livres.

Mais je ne lâche pas si facilement ma proie. Nos mêmes auteurs gardent une petite opinion personnelle pour prouver, en dépit de l'observation de J.-L. Petit, qu'ils n'ont pas lue, que l'opération, fût-elle même indiquée, ne saurait être couronnée de succès : « Il est presque impossible, disent-ils, que quelque érection ne vienne pas subitement détruire tout espoir de guérison et rendre la réussite de l'opération impossible. »

Il y a là une singulière exagération. A ce compte, on n'entreprendrait jamais sur la verge d'opérations nécessitant la réunion immédiate. Or, l'expérience montre que, si l'acte physiologique en question contrarie parfois le chirurgien (1), il n'est pourtant pas fréquent chez les sujets dont le pénis a eu affaire au bistouri, au moins pendant les premiers jours.

Mais il suffit qu'une opinion, même peu fondée, voie le jour, pour qu'à l'instant même quelqu'un s'en empare et l'adopte. En voici la preuve. J'ouvre le livre de M. Labat (*De la rhinoplastie*, in-8, 1834, p. 337), et je trouve la note suivante : « Les historiens rapportent que du temps des empereurs romains (etc., etc., le reste *ut supra*) ; Celse décrit deux procédés.... (ils ne sont point décrits ici); mais comme il n'est pas probable que per-

(1) Bertrandi, *Traité des opérations de chirurgie*. Paris, 1769, p. 238.

Je commencerai par vous dire qu'aucun fait de ce genre n'a été observé par moi, qui ai passé une partie de mon existence au milieu d'une nombreuse population d'aliénés, et j'admets en tous points le diagnostic que vous avez porté en cette circonstance. Mais de ce fait lui-même devait ressortir un enseignement, et nous avons été inévitablement entraînés à échanger quelques réflexions sur ce qu'il faut entendre par la *perversité des actes*. Nous avons dû examiner ensuite si cette perversité, poussée dans ses dernières limites, est toujours une preuve suffisante d'aliénation mentale. C'est donc, mon cher confrère, sur une importante question médico-légale que je vais appeler votre attention ; et comme, d'un autre côté, cette question offre un intérêt général aux médecins appelés par l'autorité judiciaire à formuler leur opinion sur la responsabilité des actes réputés criminels, j'ai cru devoir confier à la Gazette hebdomadaire le résumé de nos réflexions.

J'entrerai en matière par l'observation succincte du fait que vous relatez dans votre lettre.

Obs. — Le nommé Alexandre Siméon, qui fait le sujet de cette observation, est un enfant trouvé dont la naissance remonte à 1829. « Dès son âge le plus tendre, me dites-vous, Alexandre avait montré des bizarreries remarquables de caractère qui n'avaient fait qu'augmenter avec le temps. Il s'abandonnait à de violents accès de colère, sans qu'on pût en connaître le motif. Le nourricier de cet enfant toléra toutes ses excentricités plus ou moins malfaisantes aussi longtemps qu'il crut que le jeune Siméon se modifierait avec le temps ; mais, à l'âge de dix ans, cet individu étant devenu incorrigible, son protecteur le ramena à l'hospice, en déclarant qu'il lui croyait la *cervelle dérangée*. »

Vous me faites remarquer ensuite, mon cher confrère, que cet enfant se présentait en effet à l'observation avec des facultés restreintes, que c'était une espèce d'imbécile qui tenait du crétin ; et vous laissez à mon appréciation le soin de décider si le jeune Siméon ne doit pas être classé parmi les individus qui puisent les éléments de leur dégénérescence physique et morale, soit dans la constitution géologique du sol où ils sont nés, soit dans des prédispositions héréditaires. Nous allons revenir sur ces importantes questions dans un moment. Je continue à faire, d'après les documents que vous m'avez transmis, l'histoire de cet individu.

On ne néglige rien à l'hospice de Troyes pour l'amélioration intellectuelle et physique de ce petit être dégradé ; mais l'instituteur religieux de l'hospice, qui jusque-là avait pu modifier les natures les plus récalcitrantes, vit échouer ses efforts, et il ne put jamais lui apprendre à lire. Néanmoins, M. l'abbé Rousselot crut devoir admettre Siméon à la première communion, et, au grand étonnement de ceux qui le connaissaient, il remplit cet acte solennel avec une convenance parfaite. Vous me faites observer, avec beaucoup de justesse, que l'*imitation automatique* était pour beaucoup dans la tenue extérieure de l'enfant. Quoi qu'il en soit, on le replace ensuite à la campagne, où il est occupé chez ses maîtres à garder le bétail, et il remplit convenablement ces fonctions. Mais bientôt va commencer pour lui cette existence maladive qui le rendra un sujet de danger pour les populations, existence qui se résume, pour tous les êtres dégénérés de cette catégorie, dans les conditions suivantes, qui sont la base de leur tempérament et de leur caractère moral. Siméon est capricieux, fantasque et indiscipliné. Il ne peut se fixer longtemps là où il est, et un profond instinct de vagabondage le pousse à fuir ses maîtres et à errer dans les campagnes. Il est d'une gloutonnerie insatiable, et cherche à se satisfaire en entrant dans les chaumières des paysans et en prenant ce qu'il trouve à sa convenance.

On le ramène ensuite à l'hospice, d'où il s'évade à plusieurs reprises. Placé de nouveau chez des fermiers, il se montre à notre observation avec tous les instincts du véritable maniaque. Dans les premiers temps il est infatigable pour le travail, et cette ardeur excessive, entretenue d'ailleurs par une nourriture abondante, rachète chez lui les désavantages d'un tempérament lymphatique ; aussi la constitution physique de Siméon se développe-t-elle d'une manière remarquable. Il fut néanmoins réformé pour le service militaire à cause d'un vice de conformation du pied droit, et je n'ai puis m'empêcher de remarquer, en passant, que cette circonstance empêcha fort heureusement d'incorporer à l'armée un être aussi dangereux (1).

A dater de cette époque, on prit un parti fort sage : celui de garder Siméon à l'hospice et de l'employer aux travaux pénibles que sa grande force musculaire lui permettait d'exécuter sans inconvénient. Ce parti était d'autant plus impérieusement indiqué, que le développement de la puberté faisait surgir chez Siméon des appétits nouveaux, que ses actes étaient empreints d'un caractère dangereux, et que sa constitution physique avait subi des modifications qui nécessitaient un traitement spécial destiné surtout à combattre la diathèse scrofuleuse. L'état de souffrance de l'organisme se révélait surtout par un symptôme significatif : une teinte faciale un peu chlorotique était sa couleur habituelle. On le savait en outre atteint d'une perversion des organes du goût (malacie), qui le portait à manger de la craie, du charbon ou de la terre.... Il n'éprouvait néanmoins aucun éloignement pour la nourriture. Il était, au contraire, si avide d'aliments et d'une gloutonnerie si insatiable, si malpropre, que les autres domestiques de l

(1) A l'asile de Maréville, dont j'ai été pendant huit ans médecin en chef, j'ai eu plus d'une fois l'occasion de signaler à l'autorité militaire des individus du caractère de Siméon, que leurs tendances maniaques, l'irritabilité native de leur caractère, leur intelligence bornée, rendaient impropres au service militaire. Je n'ai pas toujours réussi à faire prévaloir mon opinion. Mais il est certain que les conseils de révision admettent assez souvent des individus, que nous recevons ensuite dans nos asiles, que l'on ne devrait plus ensuite réadmettre sous les drapeaux.

---

sonne soit jamais disposé à une opération de ce genre, dans le seul but de corriger une difformité aussi insignifiante, et comme, d'une autre part, etc. etc. Néanmoins, MM. Roche et Sanson rapportent que, J.-L. Petit ayant voulu remédier, par l'une de ces opérations, à une absence congénitale du prépuce, il n'en résulta qu'une espèce de bourrelet incommode. » M. Labat aurait pu, à la rigueur, consulter lui-même J.-L. Petit, qui n'est ni cher ni rare dans la librairie : il préfère prendre à partie M. Velpeau : « M. Velpeau, continue-t-il, prétend que les essais *postéplastiques* de Dieffenbach ont suffisamment prouvé que ce dernier auteur (J.-L. Petit, sans doute ?), ainsi que Sabatier, ont eu tort de considérer comme inutiles et impossibles ces différentes espèces de restaurations du pénis. » Suit un passage extrait de M. Velpeau, ainsi conçu : « Le prépuce est apte à subir tous les genres de raccoutrement qui se pratiquent à la face ou sur le nez. » M. Labat ne partage pas cet avis ; quoique grand promoteur de l'autoplastie, il paraît plutôt d'accord avec MM. Roche et Sanson, car il termine sa note par cette phrase significative et que nous connaissons déjà : « Mais une circonstance importante, que ces messieurs (M. Velpeau et Dieffenbach, sans doute) auraient dû prendre en considération, c'est qu'une seule érection, motivée ou non, détruirait de fond en comble, et en un seul instant, les résultats de la postéplastie la mieux opérée, l'appareil postéplastique le mieux appliqué (1). » Voilà la théorie. Or si, au lieu d'écouter l'autorité des maîtres, M. Labat avait consulté celle des faits, il aurait vu que, dans six opérations (une de J.-L. Petit, cinq de Dieffenbach), la si redoutable et si inévitable érection n'a pas eu la moindre velléité de se produire. Après cela, croyez donc si vous pouvez, à l'autorité des maîtres et à l'infaillibilité des à priori savants.

Quoique j'aie hâte d'atteindre l'époque de ce que j'appellerais volontiers la seconde renaissance de l'autoplastie, époque toute récente et qu'on peut fixer un peu arbitrairement au premier quart de notre siècle, je ne résiste pas au désir de citer une curieuse étiologie de l'a

(1) La postéplastie est la restauration du prépuce, en grec πόσθη, c'est donc po*sthéplastie* qu'il faudrait écrire. En écrivant comme M. Velpeau *posdéplastie*, on s'éloigne encore plus de la racine grecque (voir *Élém. de méd. opérat.* 1re édit., 1832, p. 56

maison refusaient de prendre leur nourriture avec lui. » Mais c'est surtout en raison de la nature de ses actes que Siméon va se révéler comme un des êtres les plus dangereux : « Placé dans une infirmerie, aux environs de Troyes, il se montre en plusieurs circonstances d'une salacité révoltante. Ses actes rappellent ceux que cite M. A. Duchesne, à propos de certains marabouts d'Alger, qui, avant la conquête, donnaient aux Turcs et aux Maures d'Alger l'exemple de leurs fureurs érotiques. Siméon, d'après la déposition d'un témoin oculaire, son maître, se jetait sur la première femme qu'il voyait, pour tenter d'assouvir sa furie sexuelle. Bravant les menaces et les coups, cet aliéné furieux n'était dompté que par la force matérielle employée à le contenir. »

C'est dans ces circonstances qu'il fut définitivement relégué à l'hospice de Troyes, où nous allons voir se produire le dernier épisode de la manie érotique de cet imbécile. Je vous laisse, mon cher confrère, le soin de décrire les tendances dépravées qui précédèrent cet acte exécrable, si tant est qu'on puisse donner cette qualification à la conduite d'un insensé chez lequel le sens moral n'avait jamais été très développé.

Faisons observer, néanmoins, que toute idée de moralité n'était pas éteinte chez Siméon. Il avait, comme plusieurs êtres dégénérés de la *variété maladive* à laquelle ils appartiennent, une notion confuse du bien et du mal. Il acceptait l'influence salutaire des soins dont il était entouré, au point qu'il devint progressivement plus propre, plus docile, et qu'occupé à la buanderie au milieu de personnes d'un sexe différent, il se montra respectueux et put être utilement appliqué au travail. Mais il ne faut pas perdre de vue que les aliénés en général, tant qu'ils ne sont pas radicalement guéris, sont soumis à des influences périodiques et à un enchaînement de phénomènes pathologiques qui s'engendrent et se commandent successivement. Siméon, que nous pouvons signaler d'avance comme un imbécile érotique, comme un véritable être dégénéré, se trouvait dans ce cas et ne pouvait échapper à la loi commune. Soumis à des accès de manie périodique, accès pendant lesquels ses tendances dépravées étaient en rapport avec l'exaltation des fonctions génésiaques, cet être dégradé subissait nécessairement la réaction d'un état physiologique qui nous permet d'autant mieux de l'assimiler à la brute, que le frein imposé par la loi morale ne pouvait pas avoir d'influence sur une intelligence aussi obtuse. « Un attrait particulier l'attirait alors puissamment vers les plus sales garnitures de lits, vers le linge de corps imbibé de la dernière sueur, et surtout vers les draps dans lesquels *une femme venait de mourir*. Le malheureux fou se tenait aux aguets pour s'en emparer, ne fût-ce qu'un instant. Pour peu que des contaminations récentes, soit stercorales, menstruelles, leucorrhéiques ou d'une nature analogue, imprégnassent fortement les tissus qu'il saisissait d'une main furtive, on le voyait, lorsqu'on ne l'en empêchait pas aussitôt, se délecter à en aspirer l'odeur, vouloir s'envelopper dans les replis de ces draps contaminés. »

Enfin, trompant la surveillance des gardiens de la chambre mortuaire, on acquit la conviction que les propos monstrueux tenus par cet imbécile érotique n'étaient pas une simple bravade, comme on l'avait cru pendant longtemps. Bien loin de là, il fut pris sur le fait, et l'on sut, d'après ses propres aveux, que toutes les fois qu'un cadavre féminin était descendu au dépôt, il s'y introduisait furtivement et s'y livrait à ses honteux ébats.

Vous avez pris le sage parti, mon cher confrère, de regarder cet imbécile érotique comme un individu très dangereux, et de l'envoyer dans un asile d'aliénés ; vous avez fait ressortir ensuite dans votre rapport que, en dehors de l'acte monstrueux commis par Siméon, on pouvait le regarder comme digne à tous égards d'être séquestré de la société, pour laquelle, en raison même de son état d'imbécillité congénitale, il était déjà un sujet de danger. Mais, nous demandera-t-on, cet acte, pris en lui-même, doit-il déjà être regardé comme un acte d'aliénation ? A cela je ne crains pas de répondre positivement : Non. Et les réflexions que j'aurai à émettre dans la lettre suivante auront pour but d'élucider un des grands et difficiles problèmes de la médecine légale : celui de savoir dans quelles circonstances la perversité dans les actes, si monstrueuse même qu'on puisse l'imaginer, peut et doit être considérée comme une preuve irréfragable d'un état mental qui entraîne l'irresponsabilité.

NOTE SUR LES KYSTES TUBO-OVARIENS, lue à l'Académie de médecine par M. ADOLPE RICHARD, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Dans la discussion qui s'est longtemps continuée devant l'Académie sur le traitement des kystes de l'ovaire, chacun est demeuré d'accord que, pour avoir chance de ne se point égarer dans cette difficile question, le guide indispensable est une connaissance exacte de l'origine, de l'organisation, de la marche, de la terminaison des différentes tumeurs liquides nées dans la glande ovarienne elle-même ou dans les parties qui l'avoisinent immédiatement. Dans cette application d'anatomie et de physiologie pathologiques, une particularité, que j'ose dire intéressante, a été passée sous silence par les orateurs qui se sont ici succédé, à l'exception d'un mot prononcé par M. Velpeau. Comme je suis l'auteur de cette petite trouvaille, j'ai eu à cœur de venir l'exposer très brièvement devant l'Académie, dans l'espoir qu'en propageant la connaissance des tumeurs que j'ai nommées *kystes tubo-ovariens*, la pratique y pourrait trouver son profit.

Qu'est-ce donc qu'un kyste tubo ovarien ? Le vrai kyste de l'ovaire naît dans la vésicule de de Graaf, et toutes les phases de

---

sence congénitale du prépuce. Vous la lirez avec plaisir ; car vous savez quelle obscurité entoure encore les causes des malformations originelles, y compris les pieds-bots et les rétractions musculaires, et malgré certaines théories transcendantes. Or donc, M. le docteur J.-B. Edmond Noguès, mon ami, a été attaché à la direction divisionnaire de la province d'Alger, et il a entendu les Arabes, dans leur langage imagé, dire des enfants nés avec cette conformation, qu'*ils ont été circoncis par les Anges dans le sein de leur mère* (1). Avant d'avoir lu ce passage, qui m'a été remis en mémoire par un interne des hôpitaux, M. Warmont, lequel, pour le dire en passant, a toutes les aptitudes d'un érudit, je connaissais environ 50 à 60 procédés ou procédoncules pour l'amputation du prépuce, cet organe malheureux, comme dit M. Ricord ; mais j'ignorais encore la méthode congénitale et le procédé angélique. Je vous engage donc, mon cher maître, dans la prochaine édition de votre *Manuel*, à consacrer un chapitre à la médecine opératoire intra-utérine. Nous avons déjà les amputations congénitales des membres et de la tête. Vous avez jadis publié dans votre journal ce qu'un praticien de province a écrit sur la suture congénitale du bec-de-lièvre ; vous y joindrez la circoncision congénitale, qui, à vrai dire, ne serait pas plus difficile à comprendre et à exécuter que la *trachéotomie sous-cutanée*, conception impayable, dont je riais l'autre jour de bon cœur avec tout le public de l'Académie, et que je n'ai pas eu, jusqu'à ce jour, l'insigne bonheur de comprendre.

Suivant M. Noguès, l'absence congénitale du prépuce ne serait pas rare. Les Arabes la considèrent comme une bénédiction du ciel. Je comprends très bien cette dernière opinion chez des peuples qui ne jugent pas à propos de conserver le prépuce dont la Providence les a doués. Celui qui vient au monde sans étui balanique n'a pas besoin d'être circoncis : c'est donc une opération chirurgicale de gagnée : la chose en vaut la peine. Mais s'il est vrai que l'*aposthie* (permettez-moi ce néologisme hellénique) soit plus commune chez les musulmans que chez les chrétiens, il y a là de quoi méditer longuement et faire deux hypothèses. La première,

(1) *Anat., phys. et path. du prépuce*, thèse inaug., 1850, n° 105, p. 15.

son développement s'accomplissent d'ordinaire là où il a pris naissance. Dans les cas que j'ai fait connaître, une vésicule de de Graaf, sans doute celle-là même qui va présider à la prochaine menstruation, est assaillie par l'effort morbide qui doit faire d'elle un kyste de l'ovaire; mais un œuf arrivé à maturation y est contenu; pour le recueillir, le pavillon de la trompe s'applique à la vésicule; celle-ci se vide, et il semble que jusqu'ici nous n'assistons qu'au merveilleux travail qui chaque mois provoque la ponte spontanée des ovules. Mais la scène change : la vésicule malade ne se referme pas; car, au lieu de former un corps jaune, elle continue de verser dans la trompe le liquide morbide qui la distend. C'est désormais un kyste de l'ovaire, et ainsi croissent ensemble d'un côté la tumeur ovarienne, de l'autre la trompe incessamment distendue par le liquide qu'elle reçoit.

Tel est le mode de formation des kystes tubo-ovariens.

Ils peuvent s'offrir à l'observateur sous divers aspects. Ordinairement, à l'autopsie, on croirait voir un kyste de l'ovaire avec une portion d'intestin grêle adhérant à sa surface; puis, en séparant les parties, on reconnaît que cette manière d'intestin n'est autre que la trompe utérine. Tel était l'aspect de trois pièces que je montrai dans le temps à la Société de chirurgie, avant toute dissection préalable, pour qu'on pût bien apprécier la communication entre la poche ovarienne et le canal de l'oviducte. Ce canal conserve ses dimensions ordinaires dans son tiers le plus interne, près de l'utérus; mais à partir de ce point, il prend le calibre et l'apparence d'un intestin grêle, décrivant plusieurs flexuosités analogues à des circonvolutions intestinales; enfin, il disparaît dans les parois du kyste, au milieu du bord externe de ce dernier. Dans d'autres circonstances, la communication entre la poche ovarienne et la trompe est la même; mais l'ampliation de celle-ci est plus limitée et sphérique. D'autres fois, on croirait à une hydropisie propre de la trompe greffée sur l'ovaire; celui-ci semble n'offrir d'autres changements qu'une notable augmentation de volume; mais en le comprimant, on le sent fluctuant, et l'ouverture des parties étant faite, on voit la poche tubaire, comme dans les autres cas, s'ouvrir par un orifice rétréci et régulièrement circulaire dans l'intérieur d'un kyste ovarien creusé au centre même de la glande.

Ce qui précède fait pressentir que ces kystes tubo-ovariens ne sont pas une affection rare. Dans mes premières recherches, en cinq ou six semaines, j'ai rencontré et disséqué cinq pièces présentées à la Société de chirurgie. Depuis, plusieurs jeunes anatomistes en ont rencontré dans les autopsies ou à l'École pratique. Pour ma part, j'en ai disséqué onze en tout, et j'estime qu'une fois sur huit ou dix, les kystes de l'ovaire s'abouchent dans la trompe utérine. Le curieux mécanisme des kystes tubo-ovariens une fois dévoilé, on devine, en effet, qu'ils ne sauraient être très rares, puisqu'ils trouvent leur raison d'être dans la fonction même de l'appareil génital interne et dans cet admirable concert qui associe périodiquement la glande ovigène et son canal excréteur.

Je demande à l'Académie de négliger les détails anatomiques qui compléteraient l'histoire de ces tumeurs, pour arrêter un instant seulement son attention sur ce point : ces tumeurs intéressent-elles la pratique, c'est-à-dire, une fois reconnues, peuvent-elles influer sur le pronostic et sur le traitement, auxquels un médecin est tenu de s'arrêter?

A priori, la réponse est affirmative. Qu'est-ce, en effet, qu'un de nos kystes? C'est un kyste de l'ovaire, qui, au lieu d'être emprisonné comme d'habitude, a commencé son évacuation par les voies génitales ordinaires, c'est-à-dire par le conduit excréteur de l'ovaire, qui commence au pavillon tubaire et finit à la vulve.

Je le répète, c'est là une interprétation évidente, qui, de prime abord, ne saurait être indifférente en pratique. Un kyste tubo-ovarien *est un kyste de l'ovaire en voie d'évacuation naturelle.* Néanmoins, dans les onze pièces que j'ai eues à ma disposition, aucun liquide ne coulait par l'utérus. En introduisant un stylet d'argent très fin de l'utérus dans la trompe, je pénétrais dans la poche, et la pression alors déterminait l'issue très lente du liquide à travers l'orifice tubo-utérin. Il faut en conclure que la partie interne de la trompe, très étroite ainsi que chacun sait, oppose une grande résistance à ce que l'évacuation kystique se complète.

Mais en est-il toujours ainsi? Non, et les exemples suivants vont le démontrer.

Obs. I. — Une jeune dame de province, d'une vingtaine d'années, vit, il y a deux ans, à la suite d'un accouchement naturel, se déclarer par les parties génitales externes l'issue d'un liquide séreux. Cette évacuation se produisait dans le principe huit ou dix fois par jour par un flot brusque, quelle que fût la position de la malade, et la somme quotidienne du liquide excédait un litre. Son médecin, placé à la tête d'un hôpital de province, s'assura que le liquide provenait de la cavité utérine, et cependant la matrice offrait son volume ordinaire; il reconnut, de plus, dans le côté droit, l'existence d'une tumeur peu considérable. Deux mois après l'accouchement, les règles reparurent et ne modifièrent en rien l'écoulement séreux, qui, durant l'éruption menstruelle comme dans ses intervalles, continua avec les mêmes caractères.

Huit mois après le début de cette singulière affection, au mois de juillet 1855, les symptômes persistant, mais avec une certaine diminution, la malade se rendit à Paris pour consulter M. Paul Dubois. M. Paul Dubois m'en parla à cette époque, et en vue de mon mémoire qu'il connaissait sur les kystes tubo-ovariens, il se livra à un examen soigné propre à bien fixer la source de l'écoulement. Il acquit la preuve qu'il s'agissait là d'une des tumeurs récemment décrites. A ce moment, la jeune dame ne perdait plus que trois fois le jour un flot de liquide, et ces émissions avaient lieu à des heures à peu près fixes. M. Dubois voulut profiter de l'instant où, suivant toute probabilité, ce liquide allait s'écouler. Ayant fait placer la malade sur son canapé, les jambes écartées, il introduisit une sonde de gomme élastique dans la cavité utérine : aucun liquide ne sortit; au bout d'environ dix minutes, un petit flot se fit voie brusquement par la sonde, et versa dans un vase 120 grammes de liquide séreux. L'analyse en fut faite par M. le docteur Bouchardat, qui n'y reconnut que de l'eau avec une petite quantité de sels minéraux et des traces seulement d'albumine. En même temps, l'abdomen soumis à une palpation

---

toute tératologique, établirait, chose grave, l'hérédité d'une mutilation accidentelle, et donnerait raison à ceux qui affirment que les vertèbres coccygiennes sont parfois très réduites chez la progéniture d'un couple de l'espèce canine dont la queue a été réséquée au plus près.

Dans la seconde hypothèse, beaucoup plus théologique, on pourrait croire que Mahomet, seul prophète de l'Être suprême suivant les mécréants, intercéderait pour que quelques fœtus n'aient pas à souffrir l'ultérieure circoncision et obtiendrait l'intervention chirurgicale des Anges, dont les procédés doivent être aussi supérieurs aux nôtres que le pin altier l'est à la mousse modeste qui végète à ses pieds. Je ne me dissimule pas les difficultés que la méthode baconnienne aurait à vérifier la seconde supposition, qui me paraît pourtant la plus satisfaisante; aussi je termine ici ma digression, en regrettant que les causes premières soient, pour toujours peut-être, interdites à notre indiscrète curiosité.

Revenons donc à l'autoplastie moderne. De nombreux mémoires sont publiés sur les restaurations organiques. Les traités classiques, jusqu'alors muets, consacrent un chapitre long ou court à cette branche importante de la médecine opératoire. On exhume des archives du passé les préceptes de Celse et de Tagliacozzi. On répare les lèvres, les paupières, le nez; on taille des lambeaux pour boucher les fistules, pour prévenir la récidive du cancer, pour guérir les adhérences contre nature, pour faire disparaître les cicatrices vicieuses, etc.

Cette course triomphante, cette lutte contre les difformités congénitales et accidentelles durent encore et font tous les jours de nouveaux progrès; cherchons donc, dans les brillants travaux des autoplastes, comment est tranchée la question qui nous occupe.

Hélas! j'ai le regret de dire que, sous le point de vue historique, le progrès n'est pas grand, et que des erreurs nouvelles et bien graves se glissent dans le cercle même le plus restreint.

Prenons pour point de départ, si vous voulez, la thèse fameuse où Blandin ébauche l'historique de l'autoplastie (*Autoplastie*, thèse de concours, 1836).

A la page 17, il parle des premiers essais tentés depuis Hippo-

attentive, montra à M. Paul Dubois, vers le côté droit, un peu au-dessous de l'ombilic, une tumeur de la grosseur d'un œuf ou d'une petite balle. Les dimensions de l'utérus parurent normales.

J'ai reçu dernièrement une lettre du médecin de la malade. L'écoulement séreux intermittent continue presque avec la même abondance ; les règles apparaissent toujours, mais irrégulièrement ; la jeune dame est singulièrement affaiblie et en proie à un état nerveux inquiétant. En cette grave occurrence, notre très distingué confrère se demande si, par l'utérus, il serait possible d'agir sur la poche, ou si, au contraire, on pourrait s'opposer à l'issue du liquide pour dilater la poche tubo-ovarienne et la rendre accessible par l'abdomen.

Obs. II. Une dame, âgée de soixante-sept ans, après avoir éprouvé, durant plusieurs mois de vives douleurs vers tous les organes pelviens, fut contrainte, à la suite d'une dernière crise, beaucoup plus violente que les autres, de venir réclamer des soins à Paris. Le docteur Debout porta naturellement son examen vers le bas-ventre ; il reconnut un utérus normal, mais déjeté un peu de côté par une tumeur qui occupait la région iliaque gauche. Cette tumeur, d'une mollesse fluctuante, avait une forme oblongue qui frappa tout de suite M. Debout ; car il avait assisté à la lecture de mon mémoire sur les kystes tubo-ovariens, et m'avait même cité plusieurs observations curieuses de recueils étrangers dont l'abouchement des kystes ovariens dans la trompe lui semblait fournir l'explication. Donc, sur l'aspect de cette forme allongée, interrogeant la malade, il apprit d'elle que, en 1848, elle avait perdu par le vagin, durant trois jours, une quantité assez considérable de liquide semblable à du blanc d'œuf clair. D'après cet ensemble de symptômes et de renseignements, M. Debout établit pour diagnostic l'existence d'un kyste tubo-ovarien évacué une première fois, mais dont une réplétion nouvelle provoquait les phénomènes douloureux qu'il avait à combattre. La malade était opiniâtrement constipée ; administrant de l'opium sous forme de gouttes noires, M. Debout n'hésita pas à augmenter pour quelques jours encore cette constipation. Il finit, en effet, par donner après cela un purgatif, comptant que, sous la pression énergique des matières, au moment de leur débâcle, la poche tubo-ovarienne se ferait jour de nouveau par l'utérus. Ce plan, si bien combiné, ne réussit qu'à la deuxième tentative : pendant les efforts de la défécation, il s'établit par le vagin un écoulement d'un liquide gluant, d'une couleur ambrée, « me rappelant de tout point, dit le docteur Debout, les caractères du contenu que j'ai souvent observé dans ces kystes ovariques. » En même temps disparurent chez la malade les douleurs de forme névralgique qui la tourmentaient. Le flux vaginal dura juste une année, et cessa en novembre 1853. Depuis cette époque, la santé est bonne, et aucune répétition du kyste ne s'est manifestée.

Je me borne à citer ces deux faits devant l'Académie. Il conviendrait, à propos de nos kystes, d'en discuter un très grand nombre, en particulier ceux qui figurent dans l'affection très contestable désignée sous le nom d'*hydrométrie* ou hydropisie utérine. Mais je n'ai voulu présenter ici qu'une esquisse. Les praticiens, instruits de l'existence des kystes tubo-ovariens, compléteront peu à peu ce sujet par des observations bien suivies.

III.

REVUE CLINIQUE.

Hypertrophie fibreuse de la prostate ; tumeurs pédiculées entourant le col de la vessie et développées en avant et en arrière ; abcès urineux remontant jusque dans le thorax. — Observation par M. Raoul Leroy (d'Étiolles), lue à la *Société anatomique*.

Blany, âgé de soixante-quinze ans, maçon. Depuis six ans qu'il est aux Incurables (service de M. Hillairet), il se livre à l'ivrognerie.

Il entre pour la première fois à l'infirmerie, le mardi 21 octobre 1856, affecté d'une rétention d'urine.

Le 22 octobre, on le sonde sans difficulté. Dans la journée, il est sorti se promener hors de l'établissement, il est rentré ivre.

Le 23, la sonde ne pénètre pas ; elle rencontre un obstacle dans le col même ; on violente un peu, il s'écoule du sang en abondance.

24 octobre (vendredi), M. Hillairet, dans le service duquel j'ai eu l'occasion de sonder quelques malades, me fait mander. Après plusieurs tentatives infructueuses, je pénètre dans la vessie avec une sonde dite en gomme élastique, courbe dans le tissu, à extrémité conique, et dont le bout est terminé par une petite olive.

On rencontre l'obstacle au col ; le toucher rectal me fait sentir, en effet, une prostate très hypertrophiée. La rétention durait depuis trente-six heures. Je donne issue à plus de 3 litres d'urine claire, mais rougie par du sang qui s'y mêle à son passage à travers le col. Pendant la demi-heure que met l'urine à sortir, j'interroge ce malade : ses réponses sont peu précises ; cependant il résulte clairement, des renseignements que j'ai pu en tirer, qu'il aimait beaucoup les femmes et le vin ; quand il ne pouvait se livrer au coït, il se masturbait. Depuis longtemps, il urine souvent et peu à la fois.

Il a de la fièvre (96 pulsations), la peau est chaude ; le ventre est moins sensible depuis que la vessie est moins pleine. Il n'y a aucun signe d'infiltration urineuse. Je laisse la sonde à demeure pour quatre jours.

Le 27 octobre, quatrième jour, on veut retirer la sonde pour la changer ; on ne peut pénétrer de nouveau. M. Demarquay, qui remplace M. Monod à la Maison de santé, est appelé ; il parvient dans la vessie, non sans quelque difficulté. La sonde est laissée de nouveau à demeure ; l'urine est toujours claire.

Le 28, le malade ressent un point très douloureux dans le côté, la fièvre augmente, quelques signes de pleurésie sont observés, et le malade meurt dans la nuit du 31 octobre.

Le 2 novembre, *autopsie*, avec M. Danner, interne du service.

Prostate volumineuse, partagée en *quatre lobes* d'inégale grosseur. Une première tumeur, grosse comme une noisette et pédi-

---

crate jusqu'à Paul d'Égine ; il cite tout au long le chapitre de Celse relatif à la restauration des lèvres et du nez ; puis il passe à Galien, et lui attribue, pour la restauration du prépuce, deux procédés qui ne sont autres que ceux de Celse, mais qui sont très écourtés et beaucoup moins explicites que dans l'auteur latin. J'en conclus que Blandin ne connaissait pas le chapitre XXV de ce dernier, et je ne crois pas le calomnier davantage en avançant qu'il ignorait également l'opération de J.-L. Petit. Au reste, je ne veux pas lui en faire un grand reproche ; car, nous tous qui avons fait des thèses de concours, nous savons bien que la partie historique y est rarement parfaite ; car les recherches de ce genre sont longues, laborieuses, et ne s'élucident pas en quelques heures. Cette absolution, donnée d'avance à Blandin, me met à l'aise pour signaler dans le même chapitre un passage ambigu et quelques erreurs.

« Du reste, nous dit l'auteur, dans cette longue période, les contemporains de Celse, *Soranus, Héliodore, Moschion même*, n'ont rien dit de particulier sur le sujet qui nous occupe, et ont copié le médecin des athlètes de Pergame, comme les contemporains de Galien ont copié ce dernier. »

Il y a dans ce passage plus d'erreurs que de lignes. D'abord, Blandin semble confondre, quant au titre, Celse et Galien. Jamais, que je sache, le premier n'a été médecin des athlètes de Pergame, par la bonne raison qu'il n'était point établi à Pergame, et qu'ensuite il est probable qu'il n'a jamais été médecin pratiquant. C'est à Galien que fut confiée la mission de guérir les gladiateurs, ce dont il s'acquittait, dit-on, fort bien du reste.

Il me semble ensuite hardi d'avancer que Soranus, Héliodore et Moschion même étaient contemporains de Celse. En effet :

1° Il y a peut-être trois Soranus, dont deux d'Éphèse et un de Cilicie ; mais l'époque de leur splendeur est tout à fait ignorée. L'un d'eux est antérieur, il est vrai, à Galien et à Cælius Aurélianus ; mais la seule biographie qui ose lui assigner une date le fait fleurir de 97 à 117 ans après J.-C., ce que je ne garantis pas, mais ce qui ne permettrait pas toutefois de le regarder comme contemporain de Celse.

culée, s'est développée sur le lobe latéral gauche, et fait dans la vessie une saillie beaucoup plus proéminente que les autres. La seconde tumeur, développée sur le lobe droit, commence à se pédiculer ; elle est plus grosse que la première, et vient se loger au niveau de son pédicule, où elle trouve le plus de place. La troisième est celle dont la base est la plus large ; ses bords vont mourir dans les deux sillons latéraux ; elle a pris naissance sur le lobe moyen d'Everard Home, ou lobe pathologique Une quatrième faisait déjà un relief sensible entre la tumeur dé droite et la moyenne ; c'est à sa base que la sonde est venue buter, et c'est dans son tissu que l'instrument s'est enfoncé de quelques millimètres, sans causer d'autre désordre qu'un petit pont fibreux recouvert de muqueuse.

Je ne dirai que peu de mots de l'existence de trois autres petites tumeurs grosses comme des pois, parfaitement distinctes du reste de la masse fibreuse que forme la prostate, par leur dureté presque cartilagineuse. Deux d'entre elles sont placées sur la limite du col du côté de l'urèthre, près du vérumontanum ; la troisième est située dans la vessie, sur le côté gauche de la tumeur médiane.

L'ouverture pratiquée dans toute la longueur de la face antérieure de la pièce permet de l'étaler. Les tumeurs sont alors sur le même plan ; mais si l'on rapproche les deux parties latérales au niveau de la prostate, et si l'on examine alors l'orifice uréthral du côté de la vessie, on voit clairement (la pièce étant horizontalement étalée sur une planche) que l'orifice vésical est surmonté de deux tumeurs : l'une, celle de gauche, la plus saillante, presque placée sur la ligne médiane et ayant de la tendance à tomber pour fermer le col ; on aperçoit en arrière, plus vers l'urèthre, la saillie de la tumeur droite, qui concourt pour une grande partie à l'oblitération du canal.

La *vessie* est d'une grande capacité ; ses parois sont hypertrophiées, la tunique musculeuse surtout ; elle a en certains endroits plus de 1 centimètre d'épaisseur. Vers la face latérale gauche, les parois sont moins épaisses. Sur la limite de cette face latérale gauche et de la face postérieure, il existe une ouverture ronde qui fait communiquer la cavité vésicale avec une poche ou cellule qu'il est tout d'abord difficile de regarder comme faisant partie de la vessie. En l'examinant avec attention, on remarque que ses parois sont semblables à celles de la vessie, mais moins épaisses ; les fibres musculaires y sont minces et rares, la muqueuse qui la tapisse n'est pas saine comme celle de la vessie ; elle paraît en partie détruite, comme si elle avait macéré dans le pus (1). L'ouverture déchirée qui existe à la gauche de cette poche a été faite par la dissection.

Cette cellule ne communiquait pas avec un vaste abcès de la fosse iliaque interne, mais elle en était séparée en un point par une couche mince que la moindre traction a détruite. Cet abcès, qui contenait du pus crémeux de bonne nature, remontait le long du psoas jusque dans la plèvre ; il avait dans sa route décollé le péritoine au niveau du mésocôlon, entouré le rein, et pénétré dans la poitrine après avoir disséqué quelques fibres du diaphragme.

On peut encore s'assurer, par la portion des uretères qui reste attachée à la vessie, que ces conduits étaient habituellement distendus par l'ancienne rétention incomplète d'urine. Leur diamètre est au moins double de ce qu'il doit être dans l'état sain.

La pièce que j'ai l'honneur de placer sous les yeux de la Société est remarquable par la rareté de la disposition anatomique des tumeurs développées sur les différents lobes de la prostate.

Elle est intéressante au point de vue du diagnostic à établir en pareille circonstance et au point de vue du traitement qu'il serait possible de mettre en usage en pareil cas.

(1) Cette arrière-cavité n'a pas été considérée par la Société comme appartenant à la vessie, mais comme un abcès consécutif à une perforation.

Note de la Rédaction.

Cette observation, qui doit faire partie des prochains fascicules de la *Société anatomique*, est surtout intéressante en ce qu'elle offre, avec des détails bien précis, l'exemple d'une disposition anatomo-pathologique extrêmement rare, et qui, bien qu'accessible aux moyens de l'art, est de nature à rendre le diagnostic assez difficile et à compliquer beaucoup le traitement chirurgical. Rien de plus rare, en effet, que les tumeurs pédiculées de la prostate. M. Caudmont, présent à la séance où la pièce a été présentée, a déclaré n'avoir jamais rencontré de ces tumeurs, et a même élevé quelques doutes sur la nature de celles dont on vient de lire la description. « On voit bien, a t-il dit, une tumeur pédiculée ; mais elle est flasque, molle ; elle ne semble pas être constituée par du tissu glandulaire, et peut-être vaut-il mieux la considérer comme une excroissance fongueuse ou variqueuse développée sur le col. »

Quoi qu'il en soit de cette question, dont nous ne pouvons juger sur de simples affirmations contradictoires, la disposition des tumeurs reste comme une particularité digne d'être notée au point de vue du diagnostic et du traitement.

A cette occasion, M. Caudmont a fait une remarque qui n'est peut-être pas nouvelle, mais qu'il est bon de rappeler aux praticiens moins familiarisés avec ce genre d'études. « A l'état normal, le canal de l'urèthre est plus rapproché de la paroi antérieure de la prostate que de la postérieure. La disposition inverse accuse un état pathologique. L'observation démontre que cet état est plus spécialement lié à l'hypertrophie sénile de l'organe, qui se développe surtout dans son lobe antérieur et moyen ; de telle sorte que le doigt introduit dans le rectum peut sentir, à travers une faible épaisseur de tissus, la sonde qui parcourt le canal de l'urèthre. La sensation éprouvée est bien différente dans les cas de prostatite aiguë, de prostatite tuberculeuse, etc. Il y a donc là un moyen de diagnostic qu'il ne faut pas perdre de vue. »

2° Même remarque pour Héliodore, qui paraît avoir joui d'une grande célébrité sous le règne de Trajan, tandis que Celse était un des ornements du siècle d'Auguste.

3° Même remarque encore pour Moschion *même*. Peut-être d'abord il en existe plusieurs ; mais, quoique cité par Galien, rien ne prouve qu'il ait été contemporain de Celse, car la biographie déjà citée le fait vivre 117 ans après J.-C.

Je veux bien accorder qu'en ces temps reculés on soit contemporain à cent ans de distance ; mais qui me prouve que Soranus, Héliodore et Moschion même aient copié Celse ? Où en est la preuve ? Soranus ou ses homonymes ont écrit, à ce qu'il paraît, sur le dragonneau, les parties génitales des femmes et les fractures.

Héliodore n'est connu que par des fragments qu'Oribase a recueillis sur les fractures, les luxations, les lacs et les machines. Peut-être a-t-il inventé un collyre.

Les Moschion ont écrit, suivant Soranus, sur l'ornement et l'embellissement du corps. L'un d'eux aurait fourni, même, à Julie Agrippine une recette pour faire des garçons. Le même peut-être a laissé un livre intitulé : *De mulieribus affectibus liber unus*. Cet accoucheur, dit-on, ne balançait pas à extirper la matrice menacée de gangrène par l'état d'étranglement et le contact de l'air (contact funeste au dernier chef dès cette époque, à ce qu'il paraît). Pline même parlerait d'un ouvrage touchant les raiforts.

Dans lequel de ses écrits les auteurs non contemporains de Celse l'ont-ils copié ? C'est ce que Blandin aurait bien dû nous dire. Je crois qu'il ne le savait guère lui-même. Il aurait donc mieux fait de s'en tenir à cette seule phrase : « Ils n'ont rien dit de particulier sur le sujet qui nous occupe » Et, en y réfléchissant, je pense qu'il aurait encore mieux agi en laissant dans l'oubli Soranus, Héliodore et Moschion même, qu'en grossissant sa thèse d'un passage qui atteste plutôt une érudition prétentieuse qu'un vrai désir d'instruire son prochain.

— J'ai consulté, pour écrire le petit chapitre qui précède, les trois Biographies vulgaires ; or, aucune n'est complète. Dezeimeris ne parle pas de Soranus, la Biographie en 7 volumes supprime Moschion, et celle de l'Encyclopédie sous-entend Héliodore.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

[illegible] DU 9 FÉVRIER 1857. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

CHIMIE [illegible]. — *Études sur la composition des eaux*, par M. *Peligot*. — [illegible] a constaté, par des analyses nombreuses faites pendant plusieurs mois, que l'acide carbonique entre pour [illegible] sont dissous dans l'eau [illegible] l'action dissolvante que l'eau [illegible] la terre végétale. Cet acide carbonique, à son [illegible] action dissolvante sur le carbonate calcaire que cette eau, [illegible] courante, rencontre dans les terrains qu'elle traverse.

M. Péligot, ayant analysé aussi l'eau du puits artésien de Grenelle, s'est assuré qu'au lieu de tenir en dissolution, comme les eaux douces ordinaires, une quantité notable d'oxygène, elle renfermait de l'*azote pur* dans la proportion de 14 centimètres cubes pour 1 litre d'eau. Sous le rapport de la nature des gaz qu'elle contient, l'eau du puits foré de Grenelle ressemble donc plus à une [illegible] qu'à une eau douce; de plus, au moment où elle arrive au jour, elle est à la fois siliceuse, ferrugineuse, alcaline et [illegible]reuse. L'analyse a donné un résidu salin dont voici la composition : carbonate de chaux, 40,8; carbonate de magnésie, 11,5; carbonate de potasse, 14,4; carbonate de protoxyde de fer, 2,2; sulfate de soude, 14,3; hyposulfite de soude, 6,4; chlorure de sodium, 6,4; silice, 7,0, pour 100.

En résumé, ajoute M. Péligot, on peut conclure de l'ensemble de ces expériences que si l'eau du puits de Grenelle reste, au point de vue de son emploi dans les ménages et dans les usines, une eau de bonne qualité à cause de la minime proportion des matières salines qu'elle renferme, elle présente néanmoins, au point [illegible] de ces matières et de celle des gaz qu'elle a dissous, quelques-uns des caractères [illegible].

PHYSIOLOGIE. — *Mémoire sur la pression atmosphérique dans ses rapports avec l'organisme vivant*, par M. *F. Giraud-Teulon*. — L'état de la science sur cette question, en ce moment, peut être résumé dans ces deux principes : 1° Toutes les pressions exercées par l'atmosphère ambiante sur le corps humain se combattent mutuellement et se détruisent d'une manière parfaite; 2° L'effort exercé par le poids de l'atmosphère est, du reste, contrebalancé par l'incompressibilité des liquides dont tous nos organes sont imbibés, et par la tension des gaz et des vapeurs dans les cavités et les interstices splanchniques. La peau se trouve ainsi placée entre deux forces qui luttent en sens contraire et se font équilibre.

Ces deux lois donnent-elles du phénomène qui nous occupe une idée assez exacte, assez complète? Il nous a paru que non. Elles ne nous ont pas rendu un compte suffisant de la différence qu'on observe entre le vivant et le cadavre dans la réaction de l'un et de l'autre contre la pression extérieure.

Cette différence ne résulte pas non plus de celle qui existe entre les températures. Les expériences de Magnus montrent qu'on ne peut pas davantage l'attribuer aux gaz dissous dans les liquides du corps humain. Il faut donc chercher la force intérieure qui fait équilibre à la pression ambiante dans l'étude des lois de la circulation et de la pression dans les grands systèmes vasculaires.

Des lois établies sur ce point par MM. Magendie, Poiseuille, Cl. Bernard, il résulte : que le système capillaire est intermédiaire, sous le rapport des pressions comme sous tous les autres rapports, au système artériel et au système veineux; que ces vaisseaux ne sont pas des tuyaux inertes, mais des canaux doués d'une contractilité propre; que cette contractilité maintient la pression dans les veines dans un rapport fixe avec celle mesurée dans les artères, secondée qu'elle est, dans ce but, par la perméabilité des mêmes vaisseaux qui l'empêche de dépasser une limite primordialement fixée dans le plan de l'organisation; que, par conséquent, la pression dans le système capillaire est, comme dans les veines et les artères, supérieure à la pression atmosphérique.

La nécessité où sont les feuillets séreux opposés de ne point se séparer, mais seulement de glisser l'un sur l'autre pendant le mouvement des viscères, explique une légère infériorité de pression à l'intérieur de ces cavités, relativement aux espaces cellulaires les plus voisins. Nos expériences, d'accord en cela avec celles de MM. J. Guérin et Bonnet, ont confirmé ces résultats théoriques; la pression mesurée entre les plèvres, entre les séreuses rachidiennes et cérébrales dans les cavités articulaires, a été trouvée inférieure à celle de l'atmosphère pendant les mouvements d'ampliation des espaces qu'elles circonscrivent. Entre les plèvres elle l'est constamment, parce que la pression dans les bronches, qui est celle même de l'atmosphère, fait équilibre à celle de l'intérieur [illegible] augmentée du chiffre de la rétractilité pulmonaire.

[illegible] et comme application, les lois précédentes peuvent rendre compte des hernies du [illegible] de plaies pénétrantes de poitrine. (*Comm.* : MM. Serres, Pouillet, Cl. Bernard.)

MÉDECINE. — *De l'anesthésie de la vessie, de son diagnostic et de son traitement*, par M. *R. Philipeaux*, de Lyon. — Selon l'auteur, l'anesthésie de la vessie n'a été jusqu'ici le sujet d'aucun travail; confondue avec la paralysie proprement dite du réservoir urinaire, elle a passé inaperçue à ceux qui ont fait une étude spéciale des maladies de la vessie. On ne trouve qu'une observation ayant pour titre : *Anesthésie de la vessie*, et c'est dans le *Traité sur l'électrisation localisée* (p. 761), par M. le docteur *Duchenne*, de Boulogne. Le mémoire de M. Philipeaux est destiné à combler cette lacune.

Pardonnez-moi ce passage incident, destiné à railler cette habitude d'aligner des noms au hasard sans savoir ce qu'on fait.

Maintenant, voici une erreur plus sérieuse : « Paul d'Égine, dit Blandin, ne parle nullement, quoi qu'en dise Sprengel, de la manière de réparer les pertes des lèvres et des oreilles, pas plus que celles du nez » (je ne suis pas davantage d'accord ici avec feu notre professeur de médecine opératoire); « il raconte seulement avec détail la description de Galien pour la formation du prépuce, et il rapporte à Antylus l'invention du procédé. » Blandin se trompe, et son erreur a été féconde, comme je vais le prouver. Déjà elle a été relevée par M. Rigaud (1), qui ne paraît pas avoir connu davantage le chapitre 25, où Celse décrit la restauration du prépuce.

(*La suite à un prochain numéro.*)

AR. VERNEUIL,
Agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(1) *Anaplastie des lèvres, des joues et des paupières*. Thèse de concours, 1841, p. 5.

POST-SCRIPTUM. — J'ai, dans la traduction du chap. 25 de Celse, commis un léger contre-sens et oublié deux mots importants. Je ne sais où j'avais la tête en ce moment. Je fais ici humblement amende honorable et estimant que péché avoué mérite pardon, je relèverai moi-même ma bévue dans le prochain article; pour aujourd'hui je réclame seulement le droit à l'*errata*.

Un concours s'ouvrira le 1er avril prochain, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour la place de chef des travaux anatomiques. Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le 15 mars.

— A la suite d'un concours ouvert à Lyon le 2 février, pour deux places de médecin à l'Hôtel-Dieu de cette ville, MM. Chavanne, ancien chef des cliniques chirurgicale et obstétricale à l'École de médecine de Lyon, et Drutel, membre de la Société impériale de médecine de la même ville, ont été nommés médecins de l'Hôtel-Dieu.

— M. le docteur J. Renault du Motey, directeur médecin de l'asile public d'aliénés de la Lozère, à Saint-Alban, vient d'être nommé, par arrêté de M. le ministre de l'intérieur, directeur médecin de l'asile public d'aliénés de l'Aveyron, à Rodez.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

Après avoir indiqué les signes de l'anesthésie vésicale, il insiste surtout sur son véritable symptôme pathognomonique : l'absence de la douleur sous l'influence de l'électricité localisée dans la vessie ; et il démontre que la méthode d'investigation qui a servi à la reconnaître procure les résultats les plus favorables lorsqu'elle est appliquée au traitement de cette affection. (*Comm.* : MM. J. Cloquet, Jobert, Civiale.)

PHYSIOLOGIE. — *Nouvelles recherches sur les capsules surrénales*, par M. *E. Brown-Séquard*. (Extrait.) — Dans une note présentée à l'Académie le 17 novembre dernier, M. Philipeaux annonce que, lorsque la mort a lieu après l'ablation des deux capsules surrénales, elle doit être attribuée, non à l'absence des fonctions de ces organes, mais soit à une inflammation du tissu cellulaire qui environne les reins, soit à une hépatite, soit enfin à la hernie traumatique des viscères.

La question débattue ayant une très grande importance, j'ai cru devoir expérimenter sur un nombre considérable d'animaux. Sur quinze lapins adultes et vigoureux, j'ai ouvert l'abdomen à gauche et à droite comme lorsque je veux extirper les capsules surrénales; j'ai comprimé et piqué la surface inférieure du foie ; j'ai dilacéré le péritoine et le tissu cellulaire autour des reins et des capsules ; j'ai comprimé les reins et les intestins ; j'ai comprimé, entre les mors d'une pince, les veines rénales et la veine cave inférieure; puis j'ai cousu incomplétement les plaies de l'abdomen, de manière à permettre aux intestins de faire hernie sur plusieurs de ces quinze animaux. Sur six autres lapins adultes et aussi vigoureux, j'ai extirpé les deux reins et j'ai dilacéré le péritoine et comprimé la surface inférieure du foie. Sur six autres lapins adultes et aussi vigoureux que les précédents, j'ai extirpé les capsules surrénales en ayant soin de léser aussi peu que possible les parties environnantes, et j'ai évité par des sutures bien faites la possibilité d'une hernie. Voici quels ont été les résultats parfaitement distincts de ces trois séries d'expériences :

En moyenne, la durée de la vie a été : 1° chez les lapins ayant eu le péritoine, le foie, les reins, etc., lésés, d'environ trois jours, soit soixante-douze heures ; 2° chez les lapins dépouillés des reins, d'environ un jour et demi, soit trente-cinq heures ; 3° chez les lapins dépouillés des capsules, d'environ neuf heures et demie. La différence est donc extrêmement grande, et il est impossible de ne pas admettre qu'il y ait une cause spéciale de mort après l'extirpation des capsules.

Il importe d'ajouter que les lapins dépouillés de leurs capsules surrénales meurent trop vite pour qu'une péritonite ait le temps de se développer au point de causer la mort. De plus, l'ablation des capsules est suivie de phénomènes particuliers qui n'existent pas chez les animaux soumis à des lésions du péritoine, du foie, etc. Ces phénomènes paraissent montrer que les capsules surrénales ont une influence très grande sur le sang, et que les nerfs de ces petits organes ont une influence très singulière sur certains points des centres nerveux...

L'influence des nerfs des capsules sur les centres nerveux se manifeste clairement dans quelques cas après l'ablation ou la simple piqûre d'une seule capsule. On voit alors quelquefois les animaux pris de vertige quelques instants avant de mourir, rouler autour de l'axe longitudinal de leur corps comme après une piqûre du pédoncule cérébelleux moyen, ou, ainsi que je l'ai trouvé, du nerf auditif. Ce roulement ne dépend pas d'une influence particulière du sang altéré, car s'il en était ainsi, il n'y aurait pas une relation constante entre la direction du roulement et le côté où la capsule a été enlevée ou piquée. Cette relation existe, et elle est toujours telle que, si c'est la capsule droite qui a été enlevée ou piquée, le roulement commencera par le côté gauche, et *vice versâ*. Cette constance dans la direction du roulement ne peut s'expliquer que par une influence du système nerveux capsulaire sur quelque point du centre encéphalique.

Je crois pouvoir conclure : 1° que si les capsules surrénales ne sont pas essentielles à la vie, elles ont au moins une grande importance; 2° que leurs fonctions semblent être au moins aussi importantes que celles des reins, car, lorsqu'elles manquent, la mort a lieu en général plus vite qu'après l'ablation des reins.

Si ces conclusions sont justes, le fait constaté par M. Philipeaux, que la vie peut durer après l'ablation des deux capsules surrénales, dépend probablement de ce que les fonctions des deux capsules peuvent être exécutées par d'autres organes lorsqu'elles manquent. Il y a alors pour leurs fonctions ce qui a lieu assez souvent pour d'autres glandes, dont les sécrétions s'opèrent par des organes glandulaires qui en diffèrent beaucoup. L'état de congestion du thymus et de la thyroïde, qui s'observe chez les animaux dépouillés de capsules surrénales, semble montrer que ces glandes sanguines remplissent d'une manière supplémentaire les fonctions des capsules quand ces petits organes manquent.

— M. *Martone* adresse une description détaillée et accompagnée d'une figure d'un cas tératologique qui s'est offert à son observation, une fusion des deux reins en un corps unique avec *absence congénitale des capsules surrénales*. Ce cas avait déjà été mentionné dans une lettre adressée à l'Académie par M. de *Martino*, à qui M. *Martone* l'avait communiqué. (*Compte rendu* de la séance du 1er décembre 1856)

ANATOMIE COMPARÉE. — *De la torsion de l'humérus*, par M. *Ch. Martins*. — L'humérus est tordu sur son axe. Cette torsion n'a été signalée dans les animaux ni par Cuvier, ni par Meckel, ni par Carus : elle est cependant plus prononcée dans beaucoup de mammifères que dans l'homme. Exemples : ours, tatou, lion, écureuil, castor, marmotte, chameau, bœuf, etc.

Si maintenant on considère avec tous les anatomistes l'humérus comme étant le représentant thoracique du fémur, l'humérus est un *fémur tordu*; cette torsion est de 180 degrés ou d'une demi-circonférence dans l'homme et la plupart des mammifères; elle a pour résultat de changer le sens de la flexion de la seconde brisure du membre antérieur. Au fémur, la poulie articulaire étant contournée d'avant en arrière, la jambe se fléchit dans ce sens; à l'humérus, en vertu de la torsion du corps, la poulie est contournée d'arrière en avant, et l'avant-bras se fléchit dans ce sens suivant un plan parallèle au plan de symétrie bilatérale des vertébrés

Dans les chéiroptères, les oiseaux et les reptiles, la torsion n'est que de 90 degrés ou d'un angle droit.

Les rapports des parties molles sont modifiés par ce mouvement de rotation. L'artère poplitée est en arrière du fémur dans le creux du jarret, tandis que son homologue, la brachiale, est en avant de l'humérus dans le pli du bras. Quant aux nerfs, le radial qui se distribue aux muscles de l'articulation huméro-radiale, contourne l'humérus suivant sa ligne de torsion, tandis que le nerf sciatique et toutes ses branches sont dans un plan parallèle à l'axe du fémur.

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1857.

PHARMACIE ET THÉRAPEUTIQUE. — M. *Robiquet*, professeur agrégé à l'École de pharmacie, lit une *note sur l'emploi thérapeutique du pyrophosphate de fer*. L'auteur résume ce travail de la manière suivante :

« Le pyrophosphate de fer, considéré chimiquement, est un sel polymorphe dans lequel la molécule métallique est dissimulée aux réactifs; il contient en poids 21,426 pour 100 de fer. Au point de vue thérapeutique, la facilité avec laquelle l'économie se l'assimile, l'absence de toute saveur styptique, sa parfaite solubilité dans l'eau, l'influence enfin qu'il exerce sur la composition des os et les fonctions du sang, autorisent à le ranger au premier rang parmi les ferrugineux. »

M. Robiquet administre le pyrophosphate de fer à la dose de 0 ,20 à 0gr,40 par jour, sous forme de sirop ou de dragées, ou incorporé au vin de quinquina.

TÉRATOLOGIE. — M. le docteur *Simonot* met sous les yeux de l'Académie un *fœtus acéphale*, provenant d'une grossesse gémellaire de sept mois.

Le premier fœtus, né vivant et bien conformé, a succombé le neuvième jour.

Le second fœtus, plus fort que le précédent, est complétement acéphale. Absence de bras ; rien n'indique un commencement de développement de la tête. Toute la partie supérieure du corps, à partir de l'ombilic, ne présente qu'une boule, de consistance graisseuse, ne permettant pas de sentir les saillies osseuses à travers son épaisseur.

Immédiatement au-dessus de l'ombilic se trouve placée une très petite touffe de poils noirs.

Le ventre, au-dessous de l'ombilic, les fesses, les organes génitaux du sexe féminin, les cuisses et les jambes sont bien conformés ; les pieds sont trop petits, fortement renversés en dedans ; au-dessous de chaque malléole interne existe une solution de continuité de la peau, très légère à gauche ; elle laisse, du côté droit, apercevoir la capsule articulaire.

Avant la section du cordon, les membres inférieurs eurent des mouvements de flexion et d'écartement qui se répétèrent jusqu'à ce que cette section fût opérée.

Le placenta est mince, très mou, très friable, parsemé de plaques noires sur plusieurs points. A 4 centimètres de ses attaches, le cordon ombilical se bifurque en deux branches : l'une très courte, conserve le volume du tronc et appartient au premier fœtus ; l'autre, plus grêle, beaucoup plus longue, aboutit au fœtus acéphale.

La séance est levée à cinq heures.

SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : a. Deux lettres dans le but d'inviter l'Académie à lui transmettre les rapports de la Commission des épidémies et de celle des eaux minérales. M. le ministre se propose de faire imprimer ces rapports pour les envoyer aux médecins des épidémies et aux médecins inspecteurs des eaux minérales, qui ont reçu des médailles de l'Académie. — b. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1856, dans les départements de l'Allier, de l'Aube, des Vosges et dans les arrondissements de Lorient et de Brignolles. — c. Un rapport de M. le docteur *Japiot*, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné, en 1855 et 1856, dans la commune de Saulx-le-Duc (Côte-d'Or). — d. Un rapport de M. le docteur *Chalette*, sur une épidémie de laryngite qui a régné à Châlons-sur-Marne, en 1856. — e. Un rapport final de M. le docteur *Masson*, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la colonie agricole et pénitentiaire de Citeaux. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : — a. Une note de M. *Dièche*, intitulée : *Quelques mots sur l'analogie de la vaccine avec la variole.* — b. Une lettre de M. le docteur *Berthe-raud* (de Lille), sur l'inoculation de la vaccine à la vache et la production de la vaccine par les eaux aux jambes. — c. Une lettre de M. le docteur *Mordret* (du Mans), dans laquelle il rappelle quelques passages d'un ouvrage qu'il a publié et qui a pour titre : *État actuel de la vaccine.* (*Commission de vaccine.*) — d. Une lettre de M. le docteur *Lachaise*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale. — e. Une lettre de M. Charrière fils, accompagnant l'envoi d'une nouvelle pince à pansements.

M. *Bouillaud* fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur *Biundi* (de Naples), d'un ouvrage *sur les maladies chroniques du foie.*

M. *le Président* annonce à l'Académie que M. le docteur Dantz (de Carlsbad), membre correspondant, assiste à la séance.

— L'ordre du jour appelle à la tribune M. J. Guérin pour la lecture de son exposé de la méthode sous-cutanée.

M. *J. Guérin* se propose de faire connaître, dans ce qu'elle a de caractéristique et de véritablement original, une méthode chirurgicale nouvelle ; de la prendre à son point de départ, de la suivre dans ses développements, de la dégager des obscurités qui la couvrent encore aux yeux de certaines personnes, de distinguer avec impartialité et sincérité la part qui, comme dans toutes les découvertes, appartient aux pressentiments des devanciers, de celle qui revient à celui qui l'a révélée et constituée ; de faire, en un mot, cette embryogénie de la pensée qui part des premiers linéaments de l'idée pour arriver à l'établissement complet d'une vérité viable et définitive.

§ I. — *Origine et définition de la méthode sous-cutanée.* — Le point de départ de la méthode sous-cutanée, c'est la section des tendons. Les premiers opérateurs avaient divisé le tendon et la peau au moyen d'une même incision transversale : il en résultait une plaie ouverte. L'idée vint qu'on pouvait, en soulevant le tendon sur une sonde, à travers une plaie longitudinale des téguments, ménager la peau et réduire d'autant l'étendue de la plaie, les accidents et la cicatrice. Tel est le premier pas vers la méthode sous-cutanée. Delpech en a fait faire un second. Il a proposé et exécuté le premier la section du tendon d'Achille sous la peau, le tendon restant en place, à travers une double incision cutanée parallèle à sa direction. Le but de Delpech, son idée, était de prévenir l'exfoliation du tendon en ne le mettant pas à découvert, et de prévenir la suppuration des plaies cutanées en les réunissant par première intention. Mais les plaies cutanées avaient un pouce de longueur : elles ne se réunirent pas, elles suppurèrent, et le tendon s'exfolia.

Plus tard, en 1822, Dupuytren, sans se préoccuper explicitement de l'idée de Delpech, divisa sous la peau une partie du sterno-mastoïdien, préférant, dit-il, cette manière d'opérer chez une jeune fille, comme propre à diminuer l'étendue de la cicatrice ; il fit à la peau une incision plus petite que Delpech n'avait fait la sienne, et la plaie paraît s'être cicatrisée immédiatement. En 1831, M. Stromeyer fit la section du tendon d'Achille à l'aide d'un bistouri très étroit passé sous le tendon, et il obtint la cicatrisation immédiate des deux petites plaies cutanées, qui n'avaient, dit-il, que la largeur de la lame. Voilà donc un second pas vers la méthode sous-cutanée préparé par Delpech et Dupuytren, et accompli par M. Stromeyer. Que l'Académie veuille bien fixer son attention sur ce point, car c'est ici le nœud de la question. J'ai dit que le progrès accompli par M. Stromeyer était un second pas *vers* la méthode sous-cutanée. C'est qu'en effet, en réalisant l'idée de Delpech à l'aide du procédé de Dupuytren, cet auteur ne touchait encore ni à l'idée ni au procédé de la méthode sous-cutanée : il ne faisait que perfectionner, que constituer un manuel opératoire empirique, dont le succès n'était garanti, de l'opinion même des esprits les plus compétents de l'époque, par aucune donnée rationnelle, et dont la portée n'allait pas au delà de l'opération spéciale pour laquelle il avait été imaginé : la section des tendons.

De 1835 à 1839, un certain nombre de chirurgiens, parmi lesquels nous croyons pouvoir nous compter, répétèrent l'opération de M. Stromeyer en lui imprimant de nouveaux perfectionnements. On rétrécit encore la largeur de l'instrument, et l'on supprima une des deux ouvertures de la peau. Mais tous ces perfectionnements n'avaient d'autre but que d'assurer la plus parfaite exécution du résultat pratique auquel ils concouraient.

Cependant un fait d'un ordre bien plus élevé, fourni par les circonstances physiologiques de l'opération, passait inaperçu. La guérison rapide et sans suppuration avait été le cas le plus ordinaire et le plus général. Les premiers accidents observés furent considérés comme des exceptions sans importance. Ils se multiplièrent. Que voulaient dire ces accidents, et à quoi tenaient-ils ?

Ils tenaient, suivant les doctrines huntériennes de l'époque, à la conversion de l'inflammation adhésive en inflammation suppurative, c'est-à-dire au développement, dans tous les cas, du même processus pathologique, ne différant que pour le degré. Et lorsque l'on était conduit à rechercher les causes en vertu desquelles l'inflammation s'arrêtait à la forme adhésive dans les cas bénins et allait jusqu'à la forme suppurative dans les cas graves, on s'expliquait les premiers par l'exiguïté des plaies par ponction, et la nature peu réactive du tissu tendineux ; et les seconds par toutes les circonstances de localité, de température, d'âge, de tempérament, de constitution, d'instrument, à l'aide desquelles on se rend habituellement compte des insuccès de la réunion immédiate.

Telle était la phase huntérienne de la ténotomie sous-cutanée. — Relativement à l'idée, on recherchait la cicatrisation immédiate des plaies tendineuse et cutanée par le rapprochement de leurs surfaces et à la faveur de l'inflammation adhésive.

Relativement au procédé opératoire, on ne faisait de la section

tendineuse et de la plaie cutanée qu'une seule et même plaie, qu'une plaie directe et continue, à l'aide de la plus petite ouverture possible de la peau.

Mais un examen attentif des faits ne me parut pas pouvoir se concilier avec cette doctrine. Conduit d'abord par instinct, et plus tard par d'autres idées, à opérer d'une manière différente, j'avais aussi des résultats différents. Jamais, sur un nombre considérable de sections de tendons, je n'avais vu survenir d'inflammation suppurative; et pourtant j'avais opéré à tous les âges et dans toutes les conditions. Je crus donc devoir chercher ailleurs que dans les doctrines régnantes la cause de cette différence entre la pratique des autres et la mienne.

Tous ceux qui ont vu pratiquer la ténotomie suivant les procédés de MM. Stromeyer et Dieffenbach, savent que l'opération consiste à faire sur le côté du tendon une incision ou une ponction avec une lancette ou un bistouri, et à faire par cette ouverture la section du tendon. Il résulte de cette manière de procéder deux circonstances principales qui la caractérisent :

1° La plaie cutanée et la plaie tendineuse se correspondent et se regardent;

2° Il se forme au sein de la plaie tendineuse un espace vide, formé par l'écartement des deux bouts du tendon divisé, qui est infailliblement comblé par les liquides épanchés ou par l'air extérieur, dont l'introduction est favorisée par la correspondance directe ou parallèle des plaies superficielle et profonde, qui n'en font qu'une.

En présence de ce double fait de la communication facile de l'air et de son appel incessant au fond de la plaie tendineuse, j'ai cru pouvoir attribuer à son action les ténotomies suppurées. Ce premier chef de conclusion a été fortifié par un second.

Contrairement aux prescriptions de Delpech, de M. Stromeyer et de l'école huntérienne, j'avais et j'ai toujours l'habitude, après la section des tendons, d'opérer immédiatement l'écartement des deux bouts dans l'étendue d'un à plusieurs centimètres. Le résultat de cette pratique, commandée par la nécessité d'un allongement suffisant du tendon, est de provoquer un épanchement intermédiaire, qui trouble et empêche l'accomplissement de l'adhérence huntérienne. Cependant, à la faveur d'un procédé qui ferme hermétiquement la plaie à l'air, cette matière ne suppure pas; j'en ai conclu qu'à la place d'une réunion par première intention, matériellement impossible, il existe un travail d'un autre ordre, auquel j'ai donné le nom d'*organisation immédiate*, pour exprimer que les tissus qui en sont le siége enjambent d'emblée le processus des plaies qui suppurent, et deviennent immédiatement le siége du travail dont ces derniers ne sont le théâtre qu'après l'occlusion de leur surface par la membrane pyogénique. Voilà donc l'idée ou plutôt le fait qui sert de base à la théorie nouvelle de la plaie sous-cutanée. Voici maintenant le procédé opératoire qui correspond à la réforme de la théorie.

On a vu précédemment que le procédé huntérien, ou de M. Stromeyer, réunit en une seule et même plaie l'ouverture cutanée et la section tendineuse. Le manuel opératoire de la méthode sous-cutanée vise, au contraire, à faire de ces deux sections deux plaies distinctes, non pas continues, mais séparées par un espace qui les rend indépendantes l'une de l'autre; non pas directes, mais placées l'une et l'autre à l'extrémité d'un conduit sinueux, qui rend entre elles toute communication difficile, si ce n'est impossible; de manière que, si l'une suppure, l'autre puisse ne pas suppurer. Il suffit, en effet, d'observer attentivement toutes les particularités matérielles du véritable procédé sous-cutané pour se convaincre qu'il répond en tout et pour tout à l'idée et aux conditions de la méthode.

Soit un tendon à diviser. On fait à la peau qui recouvre le tendon un large pli qui la détache de celui-ci et soulève, en les distendant, les couches du tissu cellulaire comprises dans ce pli. A la base de ce pli, on pratique, avec un instrument à lame étroite, dit *ponctionneur*, une ponction qui pénètre jusqu'au tendon; par cette ouverture, le pouce et l'index maintenant toujours le pli, on introduit le ténotome à pointe et à talon mousses; on abandonne ensuite le pli cutané, on rabat la peau sur le talon de l'instrument, et l'on divise le tendon; on retire ensuite l'instrument, en prenant la précaution de ne pas agrandir ni son trajet, ni l'ouverture cutanée. Après l'opération, on expulse l'air qui a pu s'introduire dans la plaie, et l'on recouvre immédiatement cette dernière d'un morceau de diachylon gommé.

Il résulte de cette manœuvre trois circonstances principales qui constituent les caractères essentiels du procédé de la méthode sous-cutanée :

1° La plaie cutanée est séparée de la plaie tendineuse par un espace celluleux, dont la longueur varie de 5 à 10 centimètres, suivant l'extensibilité de la peau et du tissu cellulaire;

2° Le trajet celluleux qui sépare les deux plaies est très étroit; il n'est pas direct, mais sinueux, concave, par suite du retour à leur situation primitive des couches celluleuses soulevées dans le pli cutané, et traversées dans cette situation par le ponctionneur;

3° Toute communication entre la plaie cutanée et la plaie tendineuse est empêchée, par suite du tassement élastique des lamelles celluleuses distendues par le pli : d'où l'on peut dire, suivant l'heureuse expression d'un de nos collègues, que la plaie tendineuse est *lutée*, absolument fermée à l'air : c'est là véritablement la *plaie sous-cutanée*.

§ II. — *Constitution physiologique de la méthode.* — Conduit par l'induction étiologique à considérer certaines déviations de l'épine comme le résultat de la rétraction des muscles du dos, j'avais résolu de leur appliquer l'opération qui avait si bien réussi contre le pied bot et le torticolis, qui n'est lui-même qu'une variété, qu'un cas particulier des déviations de l'épine par rétraction musculaire. Mais j'étais arrêté dans mon entreprise et par les appréhensions suggérées par la ténotomie huntérienne et par les complications graves que j'avais à affronter.

C'est alors que, voulant me renfermer dans les limites de l'induction la plus rigoureuse, je crus ne pouvoir pas me contenter de la démonstration clinique de ma théorie de l'action de l'air appliquée à la ténotomie sous-cutanée, j'eus recours à l'expérimentation directe sur les animaux dans les conditions mêmes que j'avais à reproduire chez l'homme.

J'instituai quatre séries d'expériences : deux séries chez les animaux et deux séries chez l'homme.

Mes premières expériences sur les animaux furent tentées dans l'unique but de savoir quels accidents pourraient entraîner la section et l'excision des muscles de l'épine.

Encouragé par les heureux résultats de ces premiers essais, je fis des tentatives plus hardies et plus décisives destinées à marquer les limites extrêmes où l'on pouvait atteindre.

Je fis dans ce but deux nouvelles séries d'expériences chez les animaux et chez l'homme, et ces nouvelles expériences ont encore réussi.

Il n'est plus nécessaire aujourd'hui d'énumérer les cas particuliers. J'ai fait tant de fois la section des muscles du cou, de l'épine, de la poitrine, des fesses, des membres, que je puis me borner à en rappeler le résultat physiologique général. A l'exception de deux fois sur des milliers de cas, une fois au début de mes opérations de myotomie (qu'il ne faut pas confondre avec mes opérations de ténotomie, dont aucune n'a suppuré), une seconde fois beaucoup plus tard, mes opérations n'ont jamais produit le moindre accident de suppuration. Ce fait a incontestablement la portée d'une vaste et large expérience; aussi m'a-t-il servi de point de départ assuré à la généralisation physiologique de la méthode, généralisation que j'ai exprimée comme il suit :

« *Toutes les plaies pratiquées sous la peau, quels que soient leur siége, leur étendue et la nature des tissus divisés, participent de la propriété des plaies sous-cutanées des tendons, c'est-à-dire qu'elles ne s'enflamment ni ne suppurent, et s'organisent immédiatement.* »

Ce fait général de l'innocuité des plaies sous-cutanées, ou, si vous voulez, cette loi, ne comprenait encore que les tissus. Je l'ai bientôt étendue aux cavités closes de l'économie. Avant la méthode sous-cutanée, tout le monde sait de quels dangers étaient entourées les plaies pénétrantes du thorax, de l'abdomen, des cavités articulaires. Ces dangers sont réels, en effet, quand les plaies sont pénétrantes

sans être sous-cutanées. Or l'expérimentation physiologique sur les animaux et l'expérimentation clinique chez l'homme m'ont permis d'étendre la loi de l'immunité des tissus aux cavités, de telle façon que les plaies pénétrantes crâniennes, thoraciques, abdominales, articulaires, quelle que soit leur étendue, sont tout aussi inoffensives que les plaies tendineuses et musculaires, pourvu qu'elles réunissent les conditions de l'innocuité de ces dernières, et qu'aucune complication étrangère ne vienne troubler la loi de leur immunité constante et générale.

D'après tout ce qui précède, je crois donc pouvoir caractériser la méthode nouvelle de la manière suivante :

La méthode sous-cutanée, constituée par elle-même et pour elle-même, est servie par un manuel opératoire, dans lequel tout est calculé pour produire une plaie sous-cutanée parfaitement distincte et séparée de la plaie tégumentaire, et pour affranchir la plaie sous-cutanée de toute communication avec l'air extérieur, de toute inflammation suppurative, et de donner lieu à un genre de travail de réparation différent matériellement de la réunion adhésive de Hunter.

A la faveur de son manuel opératoire, de l'immunité certaine de ses applications et du fait physiologique de l'organisation immédiate, la méthode sous-cutanée a pu constituer d'emblée une méthode chirurgicale nouvelle applicable à toutes les opérations qu'il a été possible d'exécuter sous la peau, quelles que fussent leur profondeur, leur étendue et la nature des tissus divisés.

Finalement, la méthode sous-cutanée, munie d'instruments appropriés, a pu s'étendre avec la même immunité à l'ouverture de toutes les cavités naturelles et accidentelles de l'économie, soit pour en extraire, soit pour y introduire des liquides étrangers à l'organisme.

En un mot, la méthode sous-cutanée, ramenée à sa dernière expression comme fait, a établi que les plaies sous-cutanées ne suppurent pas, et elle a fourni le moyen d'atteindre sûrement ce résultat. (*La fin au prochain numéro.*)

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 20 FÉVRIER 1857.

1. Observation sur un cas particulier d'hystérie, par M. *Guibout.*
2. Lecture sur les indications des eaux minérales, par M. *Durand-Fardel.*
3. Rapport de présentation du docteur Leménant-Deschenais, par M. *Dechambre.*
4. Rapport sur un mémoire de M. Raoul Leroy-d'Étiolles, par M. *Durand-Fardel.*

V.

REVUE DES JOURNAUX.

L'ostéosclérose, son mode de production et son emploi dans le traitement des séquestres, par W. Klose.

L'idée fondamentale sur laquelle repose le mémoire dont nous allons donner un résumé, sera difficilement acceptée par les chirurgiens et les physiologistes, dont l'opinion générale est que tout séquestre est nécessairement éliminé à la suite d'un travail de suppuration plus ou moins prolongé. Mais l'auteur s'appuie sur des faits d'observations qu'on n'est point en droit de rejeter *à priori*, et que nous rapporterons presque *in extenso*.

L'ostéosclérose, suivant Klose, se produit de la manière suivante : en vertu d'une ostéite antécédente, les cellules osseuses sont tellement dilatées, que le volume de l'os en est considérablement accru ; dans ces espaces élargis, se déposent ensuite des produits d'exsudation, qui se transforment progressivement en une masse homogène et dure ; de là résulte cette structure homogène de l'intérieur de l'os, analogue à celle qu'on observe sur la coupe transversale d'une dent d'éléphant. La première période de l'ostéosclérose est donc une raréfaction (ostéoporose) du tissu de l'os ; mais elle n'est pas suivie nécessairement de l'état éburné, car elle se montre au début de toute inflammation, quelles que soient les conséquences de cette dernière ; il faut, pour qu'elle donne naissance à l'ostéosclérose, qu'elle soit accompagnée d'une irritation permanente, grâce à laquelle les produits plastiques épanchés dans les interstices osseux augmentent graduellement et subissent la transformation osseuse. Cette éburnation d'un os, dans laquelle le canal médullaire se comble et disparaît, peut être générale ou partielle ; lorsqu'elle est complète et que l'irritation qui l'a produite a cessé d'agir, il survient un travail de résorption qui peut, en partie, rendre à l'os sa texture normale. Ce travail consécutif rencontre beaucoup moins de facilité dans les cas de sclérose partielle que dans ceux de sclérose totale, car alors les vaisseaux qui existent dans les portions non oblitérées du canal médullaire peuvent contribuer à la résorption. On peut s'assurer de la réalité de ces phénomènes sur tout os qui a été le siége d'une fracture sans chevauchement. Le cal qui réunit les deux fragments remplit d'abord tout le canal médullaire, au voisinage de la solution de continuité. Ce n'est que lorsque la consolidation est parfaite, que l'on voit, aux deux extrémités du bouchon osseux, se former des vaisseaux nouveaux et se déposer des produits graisseux dont l'effet est de résorber la substance osseuse et de rétablir la continuité du canal de la moëlle. Dans l'ostéosclérose totale, ce travail a son point de départ dans les épiphyses, comme l'auteur a pu s'en assurer dans un cas de reproduction totale du tibia, après nécrose et élimination de cet os (voir Gaz. hebdomad., t. III, p. 245) ; il commence dans la membrane pulpeuse qui sépare l'épiphyse de la diaphyse des os longs. Cette membrane est très développée dans le jeune âge : aussi la formation d'une cavité médullaire et le dépôt de graisse progressent-ils plus rapidement à cet âge ; chez les vieillards elle a disparu complétement : aussi la sclérose, chez eux, est-elle permanente ; il en est de même des individus chez lesquels une maladie de l'épiphyse a produit la soudure de cette dernière.

Tout le monde est d'accord pour admettre que l'état éburné des os a pour cause un travail inflammatoire ; mais on s'est peu occupé de rechercher comment se produit cette éburnation. Suivant l'auteur, il faut, pour qu'elle ait lieu, que l'os soit le siége d'une irritation permanente, grâce à laquelle de nouveaux matériaux plastiques sont incessamment versés dans son épaisseur. Il résulte de là que tous les vides, toutes les cellules de la substance osseuse disparaissent, et que sur une coupe, l'os éburné présente l'aspect homogène de l'ivoire. Souvent, cependant, on trouve un noyau intérieur dont la structure est différente : au milieu du tissu compacte dont l'os est formé, on rencontre une portion grumeleuse, nettement limitée, et qui, à l'examen, se montre formée de cellules osseuses comprimées : l'auteur pense que ce noyau n'est que le résidu d'une masse osseuse plus considérable, comprimée et résorbée graduellement par les productions nouvelles déposées autour d'elle. Comme preuve de cette opinion, il invoque l'observation suivante :

Obs. I. Un garçon âgé de quinze ans se fractura les deux os de la jambe au tiers supérieur ; par suite d'un mauvais traitement, le foyer de la fracture fut envahi par la suppuration, et les extrémités des fragments se nécrosèrent. Les portions de péroné frappées de mortification furent éliminées, ce qui permit à des productions osseuses nouvelles de rétablir la continuité de cet os. Il n'en fut pas de même pour le tibia, dont les deux fragments étaient nécrosés à leur extrémité. Le séquestre supérieur put être extrait au moyen de la gouge ; mais l'inférieur était tellement entouré de substance osseuse de nouvelle formation, qu'on ne jugea point prudent d'en faire l'extraction immédiate, et qu'on résolut d'attendre qu'il fût rendu plus mobile par la suppuration. L'extraction du séquestre supérieur donna lieu à une suppuration abondante : des granulations osseuses, bientôt infiltrées de matériaux calcaires, se développèrent à ce niveau et rétrécirent considérablement l'ouverture fistuleuse : à travers cette dernière, on pouvait toujours sentir et même mouvoir en différents sens, avec un stylet, la portion nécrosée restée dans l'épaisseur de l'os nouveau, qu'il eût fallu fendre dans toute sa longueur pour retirer le séquestre. Klose résolut d'activer encore, au moyen de pansements légèrement exci-

tants, le bourgeonnement du fragment supérieur du tibia, afin d'arriver à une occlusion complète de l'ouverture fistuleuse. Cette tentative fut suivie de succès : la fistule se ferma ; le séquestre fut ainsi soustrait au contact de l'air, la plaie de la jambe se cicatrisa. L'auteur pense que l'irritation déterminée dans l'os nouveau par l'existence de ce séquestre aura pour effet la production incessante de matériaux nouveaux qui, s'accumulant autour de ce dernier, le comprimeront de plus en plus, le feront diminuer de volume et disparaître enfin complétement.

Suivant l'auteur, la présence d'un séquestre au milieu de l'os nouvellement formé est la condition essentielle pour que la sclérose se produise ; enlever ce séquestre par la résection, c'est agir contrairement au but que se propose la nature, et exposer le malade à tous les accidents de l'infection purulente, si fréquente dans ces circonstances. Les os de nouvelle formation se développent, non aux dépens du périoste, comme on le croit encore généralement, mais aux dépens des vaisseaux qui des muscles, principalement des muscles penniformes, passent dans les points d'insertion. Les granulations qui se montrent à ce niveau, et qui bientôt sont envahies par la substance osseuse, s'étendent graduellement, de manière à fournir au séquestre une enveloppe complète. Il est certains points, cependant, où la production osseuse ne peut se compléter: ce sont ceux qui livrent passage au pus ; il reste là des ouvertures appelées *cloaques*, qui établissent une communication entre l'air atmosphérique et le séquestre. De cette communication résulte une cause incessante d'irritation et de suppuration qui rend la guérison impossible. Interrompre cette communication en fermant les cloaques, tel doit être le but principal du chirurgien qui tient à agir d'une manière rationnelle. Mais les bords osseux de ces cloaques, baignés constamment par le pus qui les traverse, sont frappés eux-mêmes de nécrose et sont aussi une source de suppuration : il importe donc avant tout de les aviver, afin qu'il puisse s'y développer des granulations qui, en se multipliant et s'étendant, finiront par combler l'ouverture. Ces granulations, dira-t-on, se mortifieront à leur tour, par suite de leur contact incessant avec le pus produit entre le séquestre et l'os de nouvelle formation. Mais à cette époque, dit l'auteur, la suppuration est peu abondante, et d'ailleurs la petite portion frappée de mort sera amplement remplacée par des granulations nouvelles.

Une fois les cloaques fermés et l'accès de l'air devenu impossible, le pus cesse de se produire et un nouveau travail commence : l'os nouveau, irrité par la présence du séquestre dans son intérieur, verse à sa face interne des matériaux plastiques plus abondants, qui, en s'organisant, compriment, étouffent et finissent par faire disparaître l'os nécrosé. Ce dernier, au bout d'un certain temps, est réduit à une masse pulpeuse, brunâtre, qu'à l'examen on reconnaît être formée de substance osseuse, atrophiée et comprimée. Le travail d'occlusion des cloaques et d'éburnation de l'os nouveau demande tout au plus huit semaines ; tandis que lorsqu'on attendait, pour enlever le séquestre, que celui-ci fût devenu parfaitement mobile, le travail de réparation et la guérison, traversée par de si graves accidents, exigeait plusieurs mois et même des années.

A l'appui des idées nouvelles dont nous venons d'esquisser les principaux traits, l'auteur rapporte les observations suivantes :

Obs. II. Garçon de quinze ans. Affection de la jambe gauche, ulcères du pied et cicatrices adhérentes au tibia. Le volume de cet os est considérablement augmenté. Le mal remonte à quatre ans ; les fistules, fermées pendant un certain temps, se sont rouvertes après une contusion ; elles conduisent sur une surface osseuse, rugueuse, inégale, entourée de substance osseuse de nouvelle formation. Mort par le typhus ; autopsie. Le tibia présente une surface inégale ; au niveau de l'ulcère, on voit des dépressions dans lesquelles sont déposés des noyaux osseux qu'on peut enlever du reste de l'os. Les bords de ces dépressions sont très nets et présentent également des dépôts osseux intimement unis au tibia. L'os ayant été scié suivant sa longueur, on trouve que le canal médullaire a complétement disparu ; l'os a perdu sa structure celluleuse et ne forme qu'une masse dense, homogène, éburnée. Au centre on voit une membrane grumeleuse, du volume d'une plume de corbeau, et tranchant, pour sa couleur, sur le reste de l'os. Extraite et examinée avec soin, cette substance se trouve composée de cellules osseuses comprimées et atrophiées ; c'est évidemment le reste d'un séquestre résorbé par suite de l'éburnation du tibia.

Obs. III. Homme de vingt ans ; nécrose de l'humérus à sa partie supérieure. Abcès. Séquestre mobile, faisant saillie au dehors à travers l'ouverture supérieure. On résolut de pratiquer la séquestrotomie ; mais on reconnut qu'il faudrait endommager notablement l'os nouveau pour retirer le séquestre. On enleva la portion supérieure et saillante de ce dernier : une couronne de trépan fut appliquée ensuite sur les deux cloaques, pour en aviver les bords. Des granulations abondantes, développées aux deux bouts de l'humérus, fini rent par compléter l'enveloppe osseuse du séquestre et ne tardèrent point à s'ossifier ; dès lors l'os nécrosé n'eut plus aucune communication avec l'extérieur, et la plaie cutanée se cicatrisa. Le jeune homme quitta l'hôpital, conservant toujours un séquestre dans l'intérieur de l'humérus droit ; celui-ci avait un volume plus considérable que celui du côté opposé, et avait passé à l'état éburné.

Obs. IV. Un jeune homme de dix-huit ans avait dans la cuisse droite un séquestre non mobile, qui avait donné lieu à plusieurs abcès fistuleux. Les cloaques furent mis à découvert ; mais comme le séquestre ne put être extrait, on se contenta d'appliquer une couronne de trépan sur les cloaques. La guérison s'ensuivit, et depuis quatre ans que le malade est de retour dans sa famille, il a toujours été bien portant.

Obs. V. Un garçon de treize ans, atteint d'une fracture de la jambe gauche, reçut des soins si peu intelligents, qu'il s'ensuivit une nécrose du tibia. Un os nouveau se développa autour du séquestre, il ne resta qu'un cloaque près du genou. Le bord nécrosé de ce cloaque fut enlevé ; on trouva le séquestre mobile, mais il était impossible de l'extraire sans ouvrir tout l'os nouveau : on se borna à suspendre le membre malade. Des granulations fermèrent le cloaque, et la guérison s'ensuivit avec sclérose du tibia. (*Prag. Vierteljahrschr.*, 1856, 4ᵉ vol.)

Kyste athéromateux situé sous la langue, par Deuler.

Nous rapportons, d'après l'*OEsterreichische Zeitung* (1857, n° 3), le fait suivant, observé dans le service du professeur Linhart (de Würzbourg), parce qu'il fournit une indication précise au sujet du siége des tumeurs, de nature si différente, confondues sous le nom de *grenouillette*.

Obs. — Une fille de vingt et un ans s'était aperçue, depuis deux ans, de l'existence, sous la langue, d'une tumeur aplatie, qui, au commencement, n'avait nullement gêné la parole, mais qui, dans les six derniers mois, avait grossi notablement. Le plancher buccal était déprimé, et il existait, dans la région sus-hyoïdienne, une saillie tendue et fluctuante. Quand la malade ouvrait la bouche, on voyait, au-dessous de la langue, la muqueuse soulevée par une tumeur qui occupait tout le plancher de la bouche, et dont les bords touchaient les dents de la mâchoire inférieure. A la face supérieure de la tumeur, la pointe de la langue était à peine reconnaissable dans une saillie qui n'avait guère que 2 lignes de longueur ; naturellement elle ne pouvait être portée en avant. La muqueuse qui recouvrait le kyste était mobile et présentait sur la ligne médiane une corde tendue, correspondant au frein de la langue. Les conduits excréteurs des glandes sublinguales se voyaient à la partie inférieure et latérale de la tumeur, très près du plancher buccal. La fluctuation était surtout évidente quand on appliquait les doigts d'une main sur la tumeur, au-dessous du menton. Une salive abondante s'écoulait par la bouche quand la malade essayait de parler. Déglutition difficile, rendant presque impossible l'usage d'aliments solides. Comme la tumeur ne présentait point cet aspect bleuâtre qu'on observe dans les cas de kystes séreux, on diagnostiqua un kyste athéromateux.

Opération. — Une incision courbe, à convexité dirigée vers la mâchoire, divisa la muqueuse qui recouvrait le kyste ; le lambeau, ainsi taillé, fut disséqué et relevé vers la langue. Une autre incision, faite sur la ligne médiane, en ménageant les ouvertures des glandes salivaires, sépara en deux moitiés la muqueuse en avant. De chaque côté de la ligne médiane, on voit alors les cordes formées par les muscles génioglosses. On les divisa transversalement sur la sonde cannelée, dans toute l'étendue de la plaie de la muqueuse.

Avec le doigt et le manche du scalpel, on chercha alors à circonscrire la tumeur ; mais, glissant sur le muscle génioglosse, le doigt s'engageait dans l'espace triangulaire compris entre les muscles génioglosse et mylo-hyoïdien. On parvint cependant à isoler le kyste dans toute sa périphérie ; mais comme il était trop volumineux, il fut impossible de l'extraire par la bouche. Une ponction donna issue à un peu de sérosité jaunâtre, puis à une substance blanche et athéromateuse. Ainsi réduite d'un bon tiers de son volume, la tumeur put être amenée au dehors. Après qu'elle eut été extraite, l'espace qu'elle avait occupé se trouva converti en une fente profonde, au fond de laquelle on pouvait sentir l'os hyoïde. Le doigt

reconnaissait également les incisions faites sur le bord supérieur des muscles génioglosses.

Il survint, au bout de deux jours, un gonflement énorme de la région ; mais cet accident se dissipa promptement : la suppuration fut peu abondante, et la guérison fut complétée dans l'espace de onze jours.

Il serait à désirer, et l'auteur exprime ce vœu à la fin de sa note, que toutes les observations d'opération de la grenouillette fussent rapportées avec les mêmes détails : les ténébrités qui entourent encore le siége de cette affection seraient ainsi promptement dissipées.

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Collection des mémoires de Virchow sur la médecine pure (*Gesammelte Abhandlungen zur wissenschaftlichen Medizin*), in-8 de 1024 pages, avec 45 gravures sur bois intercalées dans le texte et 3 planches lithographiées et coloriées. Francfort-sur-le-Mein, MEIDINGER fils et compagnie, 1856.

Depuis que les anatomistes modernes, peu satisfaits de la connaissance superficielle des caractères extérieurs des corps organisés, ont cherché à démêler la texture intime de nos organes et de nos tissus, l'anatomie est entrée dans une nouvelle période de progrès dont les efforts ont été des plus marqués en physiologie et qui en promettent une foule d'autres. Les mêmes moyens, appliqués à la texture des organes malades, ne pouvaient manquer de produire des résultats féconds en pathologie. Grâce aux travaux des micrographes, nous avons aujourd'hui, sur une foule de produits morbides, des notions étendues et certaines dont l'influence sur la médecine proprement dite ne peut tarder à se faire sentir. Parmi les travailleurs ardents qui se sont attachés à ces recherches nouvelles, il n'en est guère qui ait été plus heureux que Virchow. Profondément versé en histologie normale, science qu'il a enrichie par des découvertes très importantes, cet illustre professeur, dont la renommée est aujourd'hui plus qu'Européenne, et qui vient d'être enlevée par l'Université de Berlin à celle de Würzburg, marche aujourd'hui en tête du mouvement scientifique en Allemagne. Mais ses publications, jusqu'ici, étaient restées disséminées dans une foule de recueils et de journaux qu'il n'était pas toujours facile de se procurer. On ne saurait donc trop louer l'idée qu'ont eue les éditeurs de ce livre de réunir dans un même volume *tout ce que* Virchow a écrit d'important sur la médecine *proprement dite*. Les titres des mémoires, dont quelques-uns sont connus des lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, donneront une idée de l'importance et de la valeur de cette collection. Quant à l'exécution typographique, on peut affirmer que les éditeurs n'ont rien négligé pour rendre ce volume digne de son auteur.

Voici les titres des travaux réunis dans cette collection :

1° *Efforts de la médecine vers l'unité*, comprenant les chapitres intitulés : l'homme, la vie, la médecine, la maladie, la contagion.

2° *Sur la fibrine*. L'auteur étudie successivement la forme de la fibrine coagulée, les propriétés physiques de la fibrine, ses propriétés chimiques, la décomposition de cette substance et son origine, ainsi que les causes de sa coagulation.

3° *Sur les corpuscules du sang et la leucémie*.

4° *Thrombose et embolie*. Inflammation des vaisseaux et infection septique.

Sous ce titre générique sont réunis les mémoires suivants : Sur l'oblitération de l'artère pulmonaire et ses suites ; sur l'inflammation aiguë des artères ; oblitération de l'artère mésentérique supérieure par un caillot venu de plus haut ; phlogose et thrombose dans le système vasculaire ; embolie et infection.

5° *Sur la gynécologie*, comprenant : l'état puerpéral, la femme et la cellule ; sur le développement du placenta ; grossesse extra-utérine ; sur le prolapsus de l'utérus sans abaissement de son fond ; sur la flexion de la matrice.

6° *États des nouveau-nés*, comprenant les mémoires sur la sécrétion d'acide urique chez le fœtus et le nouveau-né ; sur l'hydropisie congénitale des reins ; apoplexie des nouveau-nés.

7° *Sur la pathologie du crâne et du cerveau*, consacré principalement à l'étude des crétins.

8° *Cancroïde et tumeurs papillaires*. MARC SÉE.

Considérations sur un appareil à fractures de jambe, proposé par M. GAILLARD (de Poitiers) ; par M. BRANGIER. Thèse de Paris, du 28 février 1856.

De l'emploi de l'appareil à pointe métallique dans les fractures de la jambe, par M. ARRACHART. Thèse de Paris, du 20 mai 1856.

La pensée qui fait le fond de ces deux monographies n'en est pas à sa première apparition dans le monde médical. Mais, à défaut de l'intérêt que leur eût donné un procédé entièrement neuf et inconnu, elles ont du moins chacune le mérite d'offrir un exposé raisonné et complet des avantages ainsi que des résultats définitifs de l'un et de l'autre système de traitement. L'idée a donc été viable, puisqu'elle se discute : c'est déjà une première présomption en sa faveur. Puis, en voyant les heureux effets cliniques qu'elle a produits, on achève de se convaincre de sa valeur intrinsèque.

L'appareil de M. Gaillard (de Poitiers) n'est qu'une *boîte* à fracture. Mais, tandis que les anciennes machines de ce genre avaient leurs deux parois latérales invariablement fixées, celle ci leur permet d'être à volonté écartées ou rapprochées. De là une importante différence pratique. Jadis il fallait, dans un espace béant, accumuler les moyens de remplissage. Aujourd'hui, le coussinet est placé préalablement sur chaque face du membre ; puis on pousse les planchettes latérales sur un point déterminé par le chirurgien, et variable suivant chaque cas, au point où elles maintiennent d'une manière efficace sans comprimer douloureusement, et on les fixe dans cette situation.

C'est, on le voit, l'inamovibilité obtenue rapidement, susceptible de faire place non moins rapidement à la mise à nu du membre, si le chirurgien veut l'examiner ou y appliquer quelques topiques.

Après avoir passé comparativement en revue les autres appareils, M. Brangier indique une légère modification que celui-ci recevrait avec avantage dans quelques cas. Je ne parle pas du petit tour qu'il a adapté à la partie inférieure de la cuisse, dans le but d'exercer l'extension continue. Il est seulement question du moyen de remédier à la saillie en avant du bout inférieur du fragment supérieur. M. Gaillard avait bien imaginé de lutter contre cet accident par l'apposition d'une attelle antérieure. Mais où va se fixer cette attelle ? Sur le bord des deux planchettes latérales. Or, ces deux planchettes n'étant pas soudées à la planche inférieure, sur laquelle le membre repose, il en résulte que, si l'on tire sur elles pour maintenir l'attelle antérieure, elles se détachent, se soulèvent, et alors la pression qu'on désirait effectuer sur la face antérieure du membre devient, sinon nulle, du moins tout à fait insuffisante.

M. Brangier a réussi à corriger cette imperfection, et il a ainsi apporté un nouvel élément de supériorité à l'appareil de son maître, en fixant les planchettes verticales de chaque côté à la planchette basique, au moyen de petits crochets.

C'est également, c'est uniquement l'indication de remédier à la saillie du fragment supérieur dans les fractures de jambe, qui a inspiré la thèse substantielle et fort bien rédigée de M. Arrachart. Elle est entièrement consacrée, nous n'oserions dire à réhabiliter, mais à défendre le procédé de M. Malgaigne, qui, comme on le sait, consiste à presser sur ce fragment durant la plus grande partie du temps de la consolidation, avec une vis métallique à pointe très aiguë.

L'auteur commence par spécifier les causes diverses qui peuvent, dans les fractures obliques du tibia, empêcher la coaptation exacte ; puis il insiste sur les inconvénients qu'on voit naître de ce défaut de rapprochement des fragments. S'ils ne se touchent pas, la substance intermédiaire a besoin de beaucoup de temps pour devenir osseuse, et la durée de la consolidation est allongée d'autant. C'est alors qu'on peut observer les douleurs persistant dans le siége de la fracture, l'impotence partielle succédant à l'immobilité réclamée

pendant la consolidation, et la convalescence devenant presque aussi longue, et aussi pénible que le traitement même.

A ce tableau, un peu assombri, mais qui ne manque cependant pas de vérité, si l'on consent à ne pas en généraliser l'application, M. Arrachart fait succéder une revue critique des divers moyens tentés par la chirurgie pour remédier à l'imperfection qu'il vient de signaler. Sa critique procède surtout par la relation de faits où telle ou telle méthode a été suivie d'insuccès ou d'accidents. C'est là un contrôle péremptoire, en effet ; mais n'expose-t il pas à des représailles ?

L'appareil de M. Malgaigne est ensuite décrit, mais avec une correction qui nous a semblé importante, afin que la pointe de la vis tombe et reste bien d'aplomb sur la face interne du tibia. Expliquant enfin le mode d'application de cet appareil, M. Arrachart nous a quelque peu étonné en écrivant ceci : « Cette pression si puissante ne s'exerce cependant qu'à la surface de l'os; la pointe ne pénètre nullement dans le tissu osseux. » Ce n'est pas ainsi, nous devons le faire remarquer, que l'on comprend, en général, l'action de cette vis à pointe aiguë ; et nous ajoutons qu'il paraît difficile de la comprendre ainsi.

Quoi qu'il en soit, appuyant *sur* ou pénétrant *dans* l'os, la mise en jeu de cette vis produit un rapprochement immédiat des fragments là ou tout autre moyen de coaptation avait échoué. M. Arrachart prouve la réalité de cet avantage par des observations nombreuses et bien détaillées. Et il termine en réduisant à leur juste valeur les cas allégués comme montrant les dangers de l'appareil. Il est juste, en effet, de reconnaître que si une nécrose superficielle du tibia en a été la conséquence, il n'y a du moins pas eu d'accidents mortels qui puissent lui être imputables avec équité.

P. DIDAY.

VII.

VARIÉTÉS.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DE LA VEUVE DE CH. GERHARDT. — Il n'y a pas de spectacle plus noble, plus touchant, que celui des savants de tous les pays s'empressant autour d'un des leurs, tombé à mi-chemin, dans toute la force de l'âge et du talent, avant d'avoir pu assurer l'avenir de sa famille. Ce rare honneur est échu à Charles-Frédéric Gerhardt, enlevé à la science au moment où il échappait à peine aux dures nécessités de l'existence, et laissant dans un dénûment égal à sa douleur une femme chargée de trois enfants en bas âge. De tous côtés se manifestent les témoignages d'une douloureuse sympathie. M. le ministre de l'instruction publique a bien voulu accorder l'admission des deux fils dans un lycée, avec trois quarts de bourse et le trousseau (maximum de faveur autorisé par les règlements administratifs). Un vénérable chimiste, que nous ne pouvons nous permettre de nommer, s'est chargé d'acquitter le dernier quart de la bourse. Une souscription, en tête de laquelle figure le nom du même savant, et que recommande une note de M. Dumas, a pour objet d'offrir, au prix de 100 francs, le TRAITÉ DE CHIMIE ORGANIQUE en quatre volumes auquel Gerhardt mettait la dernière main au moment de sa mort. Les exemplaires remis aux souscripteurs sont accompagnés d'une notice de M. Cahours, du portrait et d'une lettre autographe de Gerhardt. — S. M. l'Empereur a souscrit pour vingt exemplaires. — La même souscription a été ouverte à Londres, à Édimbourg, en Suède, en Allemagne et dans nos diverses Facultés. Tout récemment, les élèves de M. Pelouze, réunis dans un banquet, ont eu l'heureuse pensée de faire couvrir d'autographes des chimistes les plus renommés un exemplaire de l'ouvrage de Gerhardt, qui est ainsi devenu un objet précieux, dont la vente a immédiatement produit une somme élevée.

Enfin, à la séance annuelle du 15 novembre 1856 de la Faculté des sciences de Strasbourg, où Ch. Gerhardt enseignait la chimie, de chaleureux hommages ont été rendus, par M. Daubrée et par M. Oppermann, à son talent et à son caractère, et l'intérêt a été noblement appelé sur les infortunes qu'il laisse après lui.

Nous reproduisons les paroles de M. Daubrée.

Charles Gerhardt, né à Strasbourg le 21 août 1816, avait été destiné par son père à la carrière industrielle ; mais une vocation profonde pour la chimie l'appelait dans une autre voie et le fit triompher des obstacles qui lui en fermaient l'accès. En 1838, il vint à Paris pour se livrer avec ardeur à sa science favorite. Après plusieurs années d'études, il sentit l'utilité de mettre aussi à profit les ressources que présente l'Allemagne, et il se rendit chez le célèbre chimiste qui était alors professeur à l'Université de Giessen. Rentré en France à peine âgé de vingt-cinq ans, il fut bientôt nommé professeur à la Faculté de Montpellier. M. Gerhardt quitta cette chaire en 1848 pour fonder à Paris un laboratoire de chimie pratique et poursuivre en même temps les recherches qu'il avait si heureusement commencées.

Tout en dirigeant les élèves qui venaient se former sous son habile direction, il put trouver le temps et les forces nécessaires de se livrer à ses expériences et de mettre au jour des travaux qui fixèrent de plus en plus l'attention du monde savant. Les découvertes de notre collègue ne furent pas, comme il est arrivé quelquefois dans les sciences d'expérimentation, dues à d'heureux hasards. Des analogies profondes, que son génie d'observateur avait su discerner dans le domaine de la chimie organique, lui servaient de fil conducteur. Comme Jussieu l'avait fait dans le règne végétal, Gerhardt chercha à constituer des familles et des types parmi ces composés si nombreux. L'expérience, qui d'ordinaire devance la théorie, fut souvent simplement appelée dans le laboratoire de Gerhardt à confirmer ses prévisions, et elle confirma en effet d'une manière éclatante les ingénieuses classifications par lesquelles cet éminent chimiste éclairait la chimie d'un jour nouveau.

Après sept années passées ainsi dans la capitale, au commencement de 1855, Gerhardt crut devoir accepter la double chaire de chimie de la Faculté des sciences et de l'École de pharmacie qui lui étaient offertes dans sa ville natale. Nous l'avons tous vu, travailleur infatigable, continuer à côté de ces doubles fonctions la publication du grand traité de chimie organique dont il avait commencé la rédaction il y a deux ans, mais qui est l'œuvre de sa vie entière. C'est au moment où il venait d'écrire la dernière page de cet ouvrage désormais classique, au moment où il allait reprendre avec ardeur ses recherches de prédilection, qu'il fut frappé par un mal foudroyant.

Le jour de ses funérailles était celui du 40[e] anniversaire de sa naissance. Il fut enlevé dans toute la vigueur de l'âge, alors qu'une brillante carrière paraissait encore s'ouvrir devant lui, mais après qu'il avait eu le temps de donner à la chimie une forte et durable impulsion.

Les qualités du cœur de Gerhardt, reflétées par sa mâle et noble figure, étaient à la hauteur de celles de son esprit. Tous les jeunes gens qui ont eu recours à lui savent avec quelle bienveillance il leur prodiguait ses conseils.

Depuis peu de temps notre collègue, déjà membre de nombreuses compagnies savantes, avait été nommé membre correspondant de l'Institut. A la première nouvelle de sa mort, tous les membres de l'Académie des sciences présents à Paris s'associèrent pour appeler la bienveillance du gouvernement sur la famille de leur nouveau confrère.

Son Excellence M. le ministre de l'instruction publique s'était déjà empressé de donner des marques de sa sympathie à la veuve de notre collègue; la réponse qu'il adressa à l'Académie honore à la fois Gerhardt et ce dignitaire bienveillant : « L'Université, dit M. le ministre, frappée en même temps que l'Académie, n'oublie pas non plus qu'elle a sa dette à payer, et il ne dépendra pas de lui que la famille de M. Gerhardt ne reçoive le juste prix des rares services que son chef a rendus à la science. » Nous avons tout lieu d'espérer que ces promesses ne tarderont pas à se réaliser.

Livres nouveaux.

LEÇONS SUR LA PHYSIOLOGIE ET L'ANATOMIE COMPARÉE DE L'HOMME ET DES ANIMAUX faites à la Faculté des sciences de Paris, par M. *Milne-Edwards*. Tome I[er], comprenant : Introduction — Du sang — De la respiration (généralités). 1 vol. grand in-8 de 535 pages. Paris, Victor Masson. 8 fr.

L'ouvrage complet comprendra 8 volumes. Les tomes II à VIII seront publiés par demi-volumes. La 1[re] partie du tome II complètera la respiration et paraîtra en juin 1856.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE L'ŒIL, par *W. Mackenzie*, 4[e] édition, traduit de l'anglais et augmentée de notes par les docteurs *Warlomont* et *A. Testelin*. t. II, fascicules VII et VIII, grand in-8°, pages 1 à 228, vignettes 1 à 20. Prix de chaque fascicule. 2 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. PARIS, 27 FÉVRIER 1857. N° 9.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE NON OFFICIELLE.

Une brochure publiée par un ancien professeur, M. Bersot, et des articles insérés dans plusieurs journaux, paraissent avoir excité des inquiétudes et des doutes sur la pensée du gouvernement au sujet du nouveau système d'enseignement adopté dans l'Université. Ces inquiétudes et ces doutes n'ont aucun fondement. MM. les membres du Conseil impérial, inspecteurs généraux et recteurs ont entendu, à diverses reprises, le ministre de l'instruction publique expliquer, de la manière la plus énergique, son opinion personnelle qui n'a pas varié. Il considère comme téméraire et mauvaise toute tentative qui aurait pour objet la ruine du système actuel, dont l'ensemble répond parfaitement aux besoins du pays. Une expérience de plus de quatre années, en confirmant les bases de l'organisation actuelle, a pu, il est vrai, révéler la convenance de certaines modifications pratiques qui rendront plus facile et plus fécond le régime de nos études universitaires. L'esprit de conservation n'est pas ennemi des améliorations. Qu'on se rassure donc : la ferme intention du gouvernement est de maintenir, de respecter ce régime des études tel qu'il est institué dans ses éléments essentiels, et de continuer ainsi la juste satisfaction donnée à l'indispensable alliance des lettres et des sciences.

I.

Paris, ce 26 février 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DE LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE.

« Le public qui n'a pas l'habitude d'approfondir » les discussions de priorité, a intérêt à connaître » le mécanisme au moyen duquel quelques personnes trouvent moyen aujourd'hui de résoudre » ces questions à leur profit. » J. Guérin, 3e Mémoire *Sur les difformités du tissu osseux.* Juin 1838, p. 55.

Depuis près de vingt ans, la doctrine des sections sous-cutanées a été dans le monde médical, et surtout en France, l'objet de controverses extrêmement animées, de discussions ardentes, trop souvent peut-être entachées de personnalités amères. Un homme d'une grande imagination, auquel personne ne songe à refuser le talent, l'activité et la persévérance, a tout fait pour s'assimiler cette méthode : il a cherché à démontrer que tout ce qui avait été tenté avant lui comptait à peine pour un empirisme sans valeur; que lui seul avait compris des faits acceptés dès la plus haute antiquité. Enfin, absolvant la vraie méthode sous-cutanée de tous les revers ou accidents survenus entre les mains de ses confrères, il en a formellement accusé leur manière de faire, et affirmé qu'après avoir pratiqué lui même et par ses procédés une ***quantité prodigieuse*** d'opérations, il n'avait ***jamais*** rencontré la moindre contradiction à ses doctrines générales.

A l'époque où nous vivons, des assertions aussi catégoriques ne sont point acceptées sans examen, et la forme tranchante dans laquelle elles sont émises y dispose moins encore. Si confiant que soit un chirurgien, il admettra difficilement qu'on puisse pratiquer plusieurs milliers d'opérations (1) dont quelques-unes sont sérieuses et étendues, sans éprouver un seul revers et même un seul accident. Et si une méthode, quelle qu'elle soit, était capable, d'un commun accord, de réaliser un tel prodige, ce n'est pas une récompense, une distinction qu'il faudrait décerner à l'auteur : une statue d'airain ne serait pas de trop.

Déjà dans la dernière séance M. Velpeau, avec tous les ménagements possibles, a beaucoup diminué la part que M. Guérin s'attribue dans l'histoire de la méthode sous-cutanée. Évitant soigneusement toute parole blessante, il a cependant rétabli la vérité d'une manière ferme et explicite; pour notre part, nous adoptons sans réserve le fond de son discours.

De notre côté, nous avons l'intention d'examiner scrupuleusement le discours de M. J. Guérin, et de le suivre pas à pas dans les diverses voies qu'il a parcourues. Étranger jusqu'à

(1) Le 1er décembre 1840, M. Guérin avait pratiqué déjà *plus de* 2,000 opérations sous-cutanées, dont plus de 500 publiquement à l'hôpital des Enfants. Nous reviendrons sur ces chiffres.

présent à toutes ces luttes, nous sommes dans les conditions requises pour l'impartialité la plus rigoureuse. A la vérité, si la rancune était admissible dans les discussions scientifiques, nous pourrions user largement ici du prétendu droit de représailles. A une époque où ce qu'on a appelé la *Jeune École* était traduit devant le Tribunal académique, comme soupçonné de tendances perturbatrices des plus vaines et des plus dangereuses, la *Gazette médicale*, depuis le premier Paris jusqu'au feuilleton, a fort mal mené les novateurs *microscopistes* (*sic*); elle a prodigué le blâme, la négation, le ridicule, à des recherches sur lesquelles ses rédacteurs avaient, je crois, une expérience et une compétence fort contestables. Mais le temps a émoussé ce que cette critique avait d'irritant ; nous ne pensons plus aujourd'hui qu'à la faiblesse des arguments, sans nous rappeler leur minime courtoisie. C'est pourquoi nous considérons comme un devoir impérieux d'être plus équitable envers M. J. Guérin qu'il ne l'a été envers nous. Pour nous éclairer complétement, nous ne nous sommes pas contenté d'écouter avec soin et de méditer son discours ; nous avons dû relire attentivement les nombreux travaux de l'auteur et ceux de ses contradicteurs. Pour nous édifier sur les points historiques, nous avons, autant que possible, eu recours aux textes originaux. Si donc nous commettions quelques erreurs, elles seraient involontaires ; si nous portions quelques jugements erronés, nous serions tout prêt à les désavouer, car, avant tout, nous voulons être sérieux et juste.

Nous commençons par un reproche dont nous pouvons d'autant moins nous dispenser, qu'il nous servira en même temps d'excuse si, par hasard, il s'établissait entre M. Guérin et nous quelque mal entendu. M. Guérin a beaucoup lu les philosophes. Là n'est pas le mal ; mais voulant imiter leur fatal langage, il tombe trop souvent dans des formules nébuleuses. Aussi, à l'audition du discours, nous avons eu beaucoup de peine à suivre le fil des idées, et, à la lecture même, toutes les obscurités n'ont pas été dissipées. Le même défaut se retrouve dans tous les écrits de l'auteur. La profondeur des idées nuit tellement à la clarté, en certains points, que nous avons été plus d'une fois embarrassé, et qu'il nous arrivera sans doute, faute d'intelligence et de subtilité, de rendre infidèlement le sens que l'auteur a voulu donner à son style. Voici quelques exemples. La majeure partie du public qui assistait à la séance n'a certainement pas compris ce que voulait dire « la *ténotomie empirique* et la *ténotomie étiologique.* » Il m'a fallu lire plusieurs mémoires de l'auteur pour être moi même éclairé. Même remarque pour la « *méthode sous-cutanée constituée par elle-même et pour elle-même*, » et aussi pour les *confins de la ténotomie pure.* « A moins d'études approfondies, tout le monde croira qu'il s'agit de ténotomie toutes les fois qu'on coupe un tendon quel qu'il soit et par quelque procédé que ce soit. Le même public trouvera quelque peu ambitieuse la comparaison sous-entendue entre la religion, la politique et la ténotomie ; puis un peu ampoulées « *l'incarnation du principe dans le moyen*, » et la phrase dans laquelle on dit que « *le hasard suggérait à la ténotomie huntérienne quelques tendons comme des obstacles contre lesquels elle trébuchait dans sa marche claudicante et incertaine à travers les obscurités de son diagnostic.* » Ce style est boiteux lui-même à force d'être imagé.

Indépendamment de la ténotomie empirique, de la ténotomie étiologique, il y a la *ténotomie huntérienne.* Or, cette dernière expression me paraît très impropre et très malheureuse. Comme J. Hunter lui-même n'a rien à faire avec la ténotomie, c'est au figuré que l'expression est prise, et cela signifie probablement la ténotomie faite d'après les idées que Hunter avait sur les plaies en général. Or, ce sens est encore mauvais ; car, si j'en excepte quelques mots de Stromeyer et de Delpech qui exigent explication, tout le monde est d'accord pour empêcher la réunion immédiate des deux bouts du tendon divisé, réunion immédiate qui reproduirait la difformité et laisserait nul le procédé opératoire, puisque c'est l'allongement de la partie trop courte, qu'on s'est toujours proposé en coupant les muscles ou les tendons.

L'expression de ténotomie huntérienne est donc très défectueuse, parce qu'elle est inexacte de tous points et engendre la confusion dans une discussion qui ne pèche déjà pas par une clarté excessive.

M. J. Guérin a parlé plusieurs fois de la *vraie méthode sous-cutanée.* Ceci implique l'existence d'une fausse méthode sous-cutanée. La première, absolument vierge d'accidents, c'est celle de l'auteur ; la seconde, qui a produit des phlegmons, des suppurations, des gangrènes!! etc., appartient aux autres chirurgiens passés et contemporains. Comme l'innocence d'une méthode ne suffit pas pour en donner une idée nette, pour la définir, en un mot, l'orateur, en entrant dans le sujet, a intitulé la première partie de son discours : *Origine et* DÉFINITION *de la méthode sous-cutanée.* L'*origine*, c'est l'historique. Nous allons voir comment il a été traité. Quant à la *définition*, que réclamait M. Velpeau l'autre jour, nous l'avons vainement attendue, et nous regrettons que, par une préoccupation singulière, M. J. Guérin ait oublié de nous la fournir simple, courte, précise enfin, telle que l'exigent les lois de la rhétorique. Il aurait fallu définir, non-seulement la vraie méthode, mais aussi la fausse, et d'un seul coup d'œil nous aurions pu apprécier en quoi les conceptions de M. J. Guérin étaient différentes des essais nombreux tentés avant lui. L'auteur a perdu une belle occasion de frapper les esprits par un parallèle nettement tracé et facile à vérifier, et puisqu'il a jugé à propos de mettre en tête de son discours deux paragraphes extraits de Pascal, il trouvera dans le même chapitre, du même auteur, deux pages auparavant, toutes les qualités exigibles dans les définitions, et les règles « qui forment tout ce qu'il y a de nécessaire pour rendre les preuves convaincantes, immuables, et pour tout dire, géométriques. » (Pascal, *De l'art de persuader*, in *Pensées sur la religion*. Éd. Charpentier, 1848, p. 412).

Abordons l'historique. M. Guérin débute ainsi : « Le point de départ de la méthode sous-cutanée, c'est la section des tendons. » Il cite alors Delpech, Dupuytren, Stromeyer et nul autre. Or il me semble qu'après le discours de M. Malgaigne, l'auteur de la vraie Méthode sous-cutanée ne devait pas être aussi bref, à moins de confiner toute cette méthode dans le champ restreint de la ténotomie, ce qui l'amoindrirait beaucoup. J.-L. Petit, Al. Monro, Aitken, Bromfield, John Hunter, Desault, Charles Bell, Brodie, Astl. Cooper, Dieffenbach, Quesnoy, M. A. Petit, Boyer, Récamier, MM. Reybard et G. Pelletan avaient été cités comme ayant, par leurs écrits ou leur pratique, pris part à cette discussion déjà si ancienne de l'action de l'air sur les plaies. De véritables sections sous-cutanées avaient été pratiquées sur des tendons, des capsules articulaires, des veines, des brides inodulaires ; des cavités, avaient été ouvertes, des corps étrangers articulaires extraits, des collections purulentes évacuées à l'abri du contact de l'air ; et la plupart des procédés opératoires aujourd'hui en usage avaient été imaginés et appliqués, moins généralement il est vrai,

Il y avait donc sujet à une large discussion historique et critique qui n'a pas encore été faite dans son ensemble, et que l'Académie aurait certainement écoutée avec le plus vif intérêt. Le silence de M. J. Guérin a été remarqué par tout le monde, et beaucoup se sont dits que sans doute il n'y avait rien à répondre à l'argumentation historique de M. Malgaigne, puisque rien n'était répondu. Beaucoup ont pensé que tous les matériaux de la méthode sous cutanée existaient dans la science, quand M. Guérin songea en 1840 à les colliger et à en montrer la liaison. S'il en était ainsi, il n'aurait revendiqué aucun droit à la découverte et pourrait seulement s'enorgueillir d'avoir vulgarisé des procédés utiles et généralisé des principes isolés.

En 1840, M. J. Guérin disait : « *Je ne me donnerai pas la peine* de rechercher à quel point les rudiments de cette généralisation existent.... certain que d'autres ne manqueront pas de la démontrer pour moi. » En 1857, nous retrouvons dans le silence de M. J. Guérin la même insouciance pour les travaux antérieurs, qu'il traite « d'aperçus vagues, indécis, sans autorité ni généralité. » Nous n'approuvons pas ce dédain superbe, et nous pensons que, lorsqu'en distribuant les rôles on prend celui d'architecte pour laisser à ses devanciers celui de simples maçons, l'équité exige qu'on prouve péremptoirement ses droits.

Cela dit, venons aux origines de la méthode sous-cutanée, et montrons qu'elles sont plus étendues et plus anciennes que l'auteur ne le pense.

Première origine. — Certaines difformités résultent du raccourcissement des muscles et des tendons : tels sont le torticolis et le pied-bot. Ces organes, tendus comme des cordes entre leurs points d'attache, gênent les mouvements par leur *brièveté* ; rien n'est plus facile à apercevoir. L'idée vint qu'en coupant la corde on détruirait l'obstacle, et l'événement justifia la prévision. Isaac Minius, Job-a-Meeckren, Roonhuysen, Tenhaaf, Lorenz, d'après les conseils de Thilenius, etc., coupèrent donc le sterno-mastoïdien et le tendon d'Achille (1) ; mais les procédés employés étaient très simples, trop simples même : une section transversale avec le bistouri ou les ciseaux détruisait la corde musculaire ou tendineuse avec la peau saine placée au-dessus.

Cette opération grossière entraînait nécessairement avec elle plusieurs inconvénients : une plaie large, une suppuration certaine, une cicatrisation lente, une cicatrice difforme, et probablement une amélioration minime : car, en supposant que les deux bouts du muscle divisé s'écartassent primitivement après la section, ils devaient nécessairement adhérer aux deux faces de la plaie, puis être ramenés l'un vers l'autre par la rétraction consécutive du tissu inodulaire interposé. Au tendon d'Achille en particulier, il devait y avoir exfoliation plus ou moins étendue des deux bouts et perte de substance à un organe déjà trop court. Ce n'était sans doute que par l'intermédiaire de la cicatrice, à laquelle adhérait le bout supérieur du tendon divisé, que le muscle continuait à agir sur le pied. Ces reproches que j'adresse à cette méthode vicieuse ne sont point imaginaires ; la guérison mit quarante-sept jours à s'effectuer dans le cas de Lorenz (1784).

On ne tarda pas à s'apercevoir que la section de la peau était au moins inutile, puisqu'elle n'était pour rien dans la difformité, et que le seul but à atteindre était la division de l'organe trop court, c'est-à-dire du muscle ou du tendon. Il avait fallu près de deux siècles pour que cette idée si simple vînt à l'esprit. Enfin, elle fut réalisée, le muscle fut mis à nu, coupé en travers ; l'écartement des bouts s'ensuivit. La peau n'avait subi aucune perte de substance ; elle avait été incisée longitudinalement, c'est-à-dire parallèlement à l'axe du tendon, puis réunie par première intention. C'est Sartorius qui imagina, en 1806, ce perfectionnement. Le résultat ne fut pas merveilleux. La réunion immédiate manqua sans doute, la plaie s'enflamma : il y eut de la suppuration, et le membre conserva de la roideur suivant les uns, suivant les autres il y eut ankylose de l'articulation tibio-tarsienne (1). Il paraît pourtant que la difformité fut corrigée.

Ce procédé est certainement bien inférieur à ceux que nous employons maintenant, mais c'est avec raison qu'on le présente comme un progrès. En effet, si la réunion immédiate réussissait, le *résultat* définitif pourrait être aussi satisfaisant que par la section sous-cutanée. C'est donc le moyen qui est mauvais, et pourtant il paraît avoir réussi à M. Reiche, qui l'aurait pratiqué trois fois (2). Dans deux cas la réunion immédiate faite à l'aide de la suture entortillée réussit, les plaies guérirent par première intention. Dans le troisième cas, *la plaie suppura pendant plusieurs semaines.*

Je passe sous silence pour le moment les opérations de Michaëlis, dont le manuel est resté inconnu. J'y reviendrai à propos de la généralisation de la ténotomie.

J'arrive enfin à Delpech (3). L'illustre chirurgien de Montpellier, disons-le tout d'abord, ne voyait dans la section du tendon d'Achille qu'une ressource très exceptionnelle à opposer seulement aux pieds-bots anciens incurables par l'emploi des machines. En annonçant une opération insolite dont il avait conçu « le plan d'après des analogies, » il semblait prévoir les exagérations et les excès ultérieurs des sections tendineuses dans cette phrase remarquable :

« Nous sommes convaincu par l'expérience des siècles que l'inventeur d'une nouveauté pratique dans les sciences et dans les arts est moins propre qu'un autre à lui donner l'extension dont elle est susceptible sans sortir des limites que la sagesse prescrit. La soif de la gloire, une intempérance d'humanité bien louable en elle même, une sorte de tendresse pour l'œuvre de son imagination, font nécessairement dévier les meilleures têtes. » (P. 148.)

Toujours est-il que Delpech passe pour avoir remis en honneur, en 1816, une opération abandonnée. Peu s'en faut qu'on ne l'en ait donné comme l'inventeur ; et s'il avait voulu s'attribuer l'honneur d'une méthode entièrement nouvelle et d'une conception originale, il aurait sans doute bénéficié longtemps de sa hardiesse. Mais la probité scientifique n'était pas la moindre qualité de ce grand homme ; il nous met donc lui-même sur la voie de sa conception. « La section du ten-

(1) L'historique de ces premiers essais est très imparfaitement tracé dans les auteurs classiques. Les erreurs, les confusions, sont très nombreuses ; ce n'est pas le lieu de rétablir ici la vérité et la clarté : il faudrait pour cela une longue série de citations ; je m'en occuperai un jour.

(1) Voir Bouvier, *Mém. de l'Acad. de méd*, 1838, t. VII, pag. 424. Ch. Phillips, de la *Ténotomie sous-cutanée*, 1841, p. 45. Les auteurs rapportent avec beaucoup de variantes la date de l'opération, ses résultats et jusqu'au procédé opératoire mis en usage. Je ne puis m'arrêter à redresser toutes ces erreurs.

(2) M. Held, qui parle de Reiche, sans citer la source des observations de ce dernier, ni leurs dates, ne connaissait pas l'opération de Sartorius ; car il attribue à M. Malgaigne un procédé qui n'est autre que celui du chirurgien du duché de Nassau, à quelques différences près. — Ch. Held, *Dissertation sur le pied-bot*, thèses de Strasbourg, 20 juin 1836, p. 54. — C'est encore par ce procédé que M. Roux pratiqua la section du sternomastoïdien sur une jeune fille de Nîmes, atteinte de torticolis ancien.

(3) *Chirurgie clinique de Montpellier*, t. Ier, 1823, p. 147.

don d'Achille, dit il (p. 228), était la seule ressource dont on pouvait user: *assez d'exemples* pouvaient nous autoriser à pratiquer cette opération...... Les malades de Michaëlis *n'avaient pas éprouvé d'accidents*, même en ne subissant que des sections incomplètes. Cette remarque nous avait suffi pour adopter sa doctrine. » Ailleurs il avait dit (p. 181): « Il était suffisamment connu, d'ailleurs, que la rupture et la section des tendons, et en particulier du tendon d'Achille, n'étaient accompagnés ordinairement d'aucun accident redoutable. »

Je veux établir, par ces premières citations, que Delpech admettait sinon l'innocuité absolue, au moins la bénignité très grande des *sections*, tendineuses. Je dis des sections, au pluriel, et non pas de la *section;* car cet esprit synthétique éminent, quoique n'ayant qu'un fait par-devers lui, n'hésite pas à dire : « Nous sommes pleinement convaincu aujourd'hui (1823) que cette opération est très praticable *dans toutes les régions* où des tendons s'opposent à l'attitude naturelle des membres, *quelle que soit l'origine de la difformité.* » (P. 231.)

Et maintenant que nous venons d'examiner le but de Delpech, voyons comment il opérait et sur quoi il se fondait pour modifier le manuel opératoire ancien, c'est-à-dire la section simultanée du tendon et de la peau sus-jacente. Les idées de Delpech sur ce point ayant, en général, été mal interprétées par la plupart des auteurs, et par M. J. Guérin lui-même, je crois important de les rétablir ici dans leur véritable jour. D'abord, il rejette la section incomplète de Michaëlis comme insuffisante (p. 230), puis il imagine le procédé suivant : 1° incision cutanée longitudinale de chaque côté du tendon en ménageant la peau qui recouvre la face postérieure de cet organe ; 2° section du tendon d'avant en arrière au moyen d'un bistouri très convexe introduit sous la peau par une des plaies latérales; 3° flexion immédiate du pied qu'on ramene à l'angle droit; 4° application d'un appareil pour fixer le pied dans l'attitude où il était avant la section tendineuse et affronter les deux bouts du tendon; 5° bandelettes agglutinatives appliquée sur la région opérée par-dessus une masse de charpie. Cherchons maintenant dans le texte les idées qui ont présidé aux temps principaux de cette opération, et nous les trouverons explicitement exposées, car nul chirurgien ne fut jamais moins empirique que Delpech, qui donne toujours la raison de ses moindres actes et va lui-même au-devant de toutes les objections.

Pourquoi Delpech ménageait-il la peau? On pourrait croire qu'il cherchait à éviter la cicatrice vicieuse, lui qui avait si bien étudié ce sujet; c'est possible, mais il n'en parle pas. Peut-être se proposait-il d'abréger la cure, mais il ne le dit pas davantage. Il reconnaît lui-même que son procédé est plus difficile à exécuter que la section à ciel ouvert (p. 230); il n'a donc pas cherché à simplifier le manuel ; en revanche, il nous révèle à plusieurs reprises sa véritable et principale intention. « Le tendon d'Achille pouvait être coupé dans son entier, plus ou moins près du talon, même en laissant subsister la peau qui le recouvre, et par conséquent *sans le laisser exposé au contact de l'air* et des pièces d'appareil (p. 181). » Et ailleurs (p. 229) : « Rien de ce qui s'est passé à la suite de notre opération n'a pu nous faire repentir des précautions avec lesquelles nous avons agi. La seule chose qui nous parut sérieusement à craindre était la mortification du tendon. Quoique l'exfoliation d'un tendon découvert ne soit pas toujours la conséquence du contact de l'air, nous l'avions observée fréquemment : *cet agent était au moins un stimulant de plus qu'il paraissait prudent d'éviter*; c'est dans ce dessein que nous avons pratiqué notre opération, de manière à ne point intéresser la peau qui recouvre le tendon. »

Je suis bien surpris que M. J. Guérin n'ait pas remarqué la crainte que Delpech professait en termes si explicites à l'endroit du contact de l'air. Il me paraît de plus commettre une singulière exagération en disant, à propos du résultat: « Le tendon s'exfolia. » On croirait, en effet, d'après cette mention trop concise, que la mortification détruisit une grande partie de l'organe; il n'en fut rien heureusement: la plaie s'enflamma, suppura il est vrai; le pus entraîna, il est encore vrai, des *eschares du tissu tendineux* « que l'on ne » pouvait guère attribuer qu'à une exfoliation superficielle des » nouvelles surfaces résultantes de la section du tendon » d'Achille. » Perte de substance insignifiante qui n'empêcha pas la production de la substance intermédiaire et ne compromit nullement la réussite, c'est-à-dire le redressement du pied et le rétablissement des fonctions, comme M. Bouvier a pu s'en assurer vingt ans plus tard.

La rigueur dans le langage est bien nécessaire, et on commettrait à coup sûr une grande faute si on disait, à la suite d'une résection du genou, que le fémur et le tibia se sont nécrosés parce que les surfaces sciées auraient présenté un séquestre de quelques millimètres.

Pourquoi Delpech, immédiatement après la section, a-t il écarté les bouts du tendon et porté le pied dans la flexion, comme on le fait de nos jours? C'était uniquement comme exploration et pour savoir si le résultat serait satisfaisant.

Pourquoi n'a-t-il pas maintenu cet écartement et, au contraire, a-t-il ramené le pied dans sa position vicieuse, pour affronter exactement les deux bouts du tendon ? Si l'on en croyait M. J. Guérin, c'était pour obtenir la *réunion immédiate* des deux extrémités divisées. C'est pour cela que, par une confusion regrettable, il a annexé à la ténotomie de Delpech l'épithète de Huntérienne. Sans doute M. J. Guérin n'a pas lu complétement le mémoire de Delpech, ou bien il en a mal compris le sens. Retournons aux textes (p. 188): « Nous avions remarqué que dans tous les cas de rupture » du tendon d'Achille, malgré le traitement le plus méthodique et les soins les plus attentifs, *on n'avait jamais » réussi à obtenir une réunion immédiate* entre les deux » bouts du tendon rompu. En effet, on observe constamment, » en pareil cas, d'abord un bourrelet, une sorte de nœud » dans le lieu de la réunion, et dans la suite ce même point » présente un amaigrissement, une sorte de collet où le tendon n'a plus ni la largeur ni l'épaisseur primitive. Il est » difficile de ne pas reconnaître à ces phénomènes la formation *d'une substance intermédiaire* qui lie entre eux les » bouts du tendon... Ces créations organiques intermédiaires (qui se forment dans d'autres points, exemple, après » la fracture de la rotule), ont le plus souvent assez de densité pour partager les fonctions de l'organe primitif. Il nous » parut assez probable que cette interposition d'une substance » intermédiaire, *que l'on ne pouvait éviter par aucun » soin*, pourrait être obtenue à dessein ; que l'on pourrait » même, avec de la prudence, donner à cette organisation » accidentelle plus d'étendue qu'elle n'en acquiert spontanément en la soumettant à une distension permanente » et graduelle avant qu'elle n'eût acquis la solidité dont elle » est susceptible. »

Delpech revient vingt fois sur ce mode de réunion des plaies tendineuses, que les observations de Molinelli, de Clément (d'Avignon) et de Hoin (de Dijon) avaient éclairé déjà

au siècle dernier. Il faudrait transcrire dix pages entières du mémoire que nous analysons pour reproduire tous les passages qui traduisent sa pensée de la manière la plus claire. Partout *il indique* la formation d'une substance intermédiaire qui *fournira* aux frais de l'allongement; nulle part il ne songe à une *réunion immédiate*, dans le sens accordé à ce mot par J. Hunter, par tous ceux qui l'ont précédé et tous ceux qui l'ont suivi: en effet, couper un tendon trop court pour faire souder immédiatement les deux bouts, serait une idée superlativement absurde, dont Delpech est tout à fait innocent et *surtout* incapable. Il prévoit même longuement (p. 182) plusieurs circonstances qui frapperaient sa tentative de stérilité. « La réunion du tendon étant faite, car elle ne pouvait être » problématique, il se pouvait qu'elle (la substance intermé- » diaire) ne se prêtât pas à la distension nécessaire sans des » douleurs trop fortes. La réunion étant faite, la substance » intermédiaire pouvait manquer de la ductilité nécessaire » pour se laisser distendre utilement et au point convenable, » elle pouvait se rompre et se refuser à une réunion nouvelle; » après s'être laissé distendre, elle pouvait ne pas acquérir la » *solidité* nécessaire pour partager les usages du tendon. » Dans tous ces cas, l'opération eût été inutile.

Depuis 1836, on écarte les deux bouts dès que la section est pratiquée, on gagne ainsi beaucoup de temps; mais comme la flexion du pied n'est pas en général portée le premier jour à son maximum, comme les appareils peuvent sans inconvénients n'être appliqués que du deuxième au troisième jour; on fait en résumé, pendant les dernières phases du traitement mécanique, ce que faisait Delpech; on distend la substance intermédiaire, et il vaudrait mieux suivre sa pratique pure et simple, que de s'exposer à la cicatrisation isolée des bouts coupés qui a été par malheur observée plus d'une fois. Je conclus de tout ceci, que M. J. Guérin s'est mépris sur le véritable sens du mot *réunion immédiate*, et que dans tout ceci il n'y a qu'un équivoque. Il semble au reste que Delpech l'ait prévu; car s'il a eu le tort d'employer le mot en question, il se reprend en un passage: « Il nous semble » plus avantageux de mettre la nature à portée de faire une » réunion immédiate *ou plutôt* PRIMITIVE. »

Il m'est vraiment pénible d'insister pour montrer que M. J. Guérin a lu Delpech sous l'influence d'une préoccupation bizarre, mais la vérité me force à en donner une nouvelle preuve. « Le but de Delpech, dit M. Guérin, était de » prévenir la suppuration des plaies cutanées, *en les réunis-* » *sant par première intention;* mais les plaies cutanées » avaient un pouce de longueur; *elles ne se réunirent pas,* » *elles suppurèrent*, et le tendon s'exfolia. » Le texte original va nous montrer combien la méprise est grande: « Dans » l'intention, dit Delpech, de fixer les bouts du tendon dans » la position où ils se trouvaient, de les assujettir dans l'im- » mobilité la plus parfaite et même de prévenir l'engorgement » du tissu cellulaire environnant et de diminuer d'autant son » inflammation, des bandelettes agglutinatives QUI NE SER- » VAIENT NULLEMENT A RAPPROCHER ENTRE ELLES LES LÈVRES » DES DEUX PETITES PLAIES assujettirent une masse de charpie » sur le point de la division en y exerçant une compression » légère. » (Pag. 185.)

Ce passage, qui n'a pas besoin de commentaires, montre en passant que le procédé de Delpech diffère plus qu'on ne le croit, de celui de Sartorius. Si le chirurgien de Montpellier avait mis en usage la réunion immédiate des plaies cutanées, peut-être il aurait réussi; en laissant au contraire ces plaies béantes, il s'exposait nécessairement à la suppuration et s'éloignait plus que Sartorius de la méthode sous-cutanée.

Voici les lumières certaines que fournissent les textes quand on s'impose le devoir de les consulter attentivement: c'est à leur aide qu'on peut discuter et contredire sans animosité et sans passion. Nous continuerons notre exposé historique de cette manière. Il conviendrait peut-être de résumer les premiers essais de la ténotomie; nous le ferons en commençant le prochain article et en examinant la seconde période que nous conduirons jusqu'en 1837, époque où pour la première fois les procédés opératoires de M. J. Guérin virent le jour.

AR. VERNEUIL,
Agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA PARAPLÉGIE CAUSÉE PAR L'ARSENIC, par M. le docteur RAOUL LEROY (d'Étiolles). — (Lu à la Société de médecine le 20 février 1857.)

L'arsenic, comme le plomb, cause des paralysies. Il y a peu d'années l'observation ne s'était pas saisie de ce sujet, et nous avons vu M. Tanquerel mettre en doute des paralysies métalliques autres que celles du plomb.

Depuis quelques années, les cas d'empoisonnement par l'arsenic assez nombreux, et les expériences sur les propriétés de ce métal, ont mis quelques auteurs à même d'observer et de signaler des paralysies, et notamment des paraplégies, consécutives à son absorption.

Nous en trouvons des exemples dans les travaux de M. Orfila sur l'arsenic; dans l'ouvrage du docteur Christison (*A Treatise on Poison*), aussi dans celui du docteur Murray (*Edinb. Med. and. Surg. Journal*, tom. XVIII, p. 9).

Les auteurs allemands ont de même publié des cas de paralysie arsenicale (le docteur Behrend, *Beitraege zur Gerichtl. Arzneikunde*).

J'en rapporte une observation curieuse que j'ai traduite d'après M. G. Thilenius (*Medizin-Chirurgische Bemerkungen*, Francfurt, 1809).

Dans tout le midi de l'Allemagne, et notamment en Bavière, la paraplégie arsenicale est commune, parce qu'on y fait un déplorable usage de l'acide arsénieux.

Une terre ingrate et surpeuplée impose à ses habitants un travail pénible qui amaigrit les femmes de la campagne et altère leur santé. Quand une jeune fille veut un mari, elle recouvre la fraîcheur et l'embonpoint en faisant usage de l'arsenic à petite dose. Les jeunes gens ne laissent pas que d'user aussi de ce moyen.

Il arrive une époque où la tolérance s'établit et entraîne ces malheureux à augmenter progressivement la dose jusqu'à l'empoisonnement. Un phénomène singulier, c'est l'émaciation extrême dans laquelle tombent les individus qui en abandonnent l'usage. Quoique la femme Legorjeu, sujet de notre troisième observation, ne fût pas habituellement exposée à l'arsenic, et qu'elle eût été empoisonnée en une seule fois par une forte dose, elle est morte dans le marasme dix-huit mois après l'empoisonnement, guérie de sa paraplégie depuis huit mois.

M. Montigny rapporte que les Chinois du Nord, pour la

plupart fumeurs d'arsenic, jouissent d'un bel embonpoint et d'une fraîcheur étonnante.

Un chimiste, M. Kopp, s'est occupé de la fabrication de l'acide arsénieux; il a fait part à une société savante d'Angleterre de son procédé économique, et il a ajouté que, pendant l'année qu'ont duré ses expériences, il a augmenté de 20 kilogrammes; dès qu'il a cessé, il a commencé à maigrir, et en dix semaines il est revenu à son poids habituel.

La paraplégie arsenicale est plus rare que la saturnine, seulement à cause du nombre bien moins considérable de gens exposés à l'empoisonnement par l'arsenic. Autrement la paraplégie arsenicale serait beaucoup plus fréquente. La paralysie saturnine se localise presque toujours, soit aux avant-bras, soit dans un seul membre; la paralysie arsenicale, au contraire, a de la tendance à se généraliser; elle s'étend, le plus souvent, aux quatre membres : les membres supérieurs, moins gravement frappés, recouvrent d'abord le mouvement, et la paraplégie bien limitée persiste seule un temps très variable. Une grande similitude de symptômes rapproche ces deux paraplégies. Je ne ferai de la seconde qu'une esquisse rapide pour éviter des répétitions inutiles.

La durée de cette paraplégie arsenicale, dans les quatre cas que je rapporte, a été de quatre, six, sept et dix mois. Elle peut même persister des années.

Dans deux de ces exemples, l'empoisonnement a été produit par une application externe de pâte arsenicale, dans laquelle l'arsenic entrait en trop forte proportion. La paraplégie s'est manifestée dans les premiers jours qui ont suivi l'application du topique.

Lorsque l'empoisonnement a lieu par l'ingestion de l'arsenic, la paralysie suit toujours de très près les troubles primitifs de l'appareil gastro-intestinal.

Elle peut, quand l'empoisonnement n'a pas été très violent, débuter par un affaiblissement qui paraît à des époques variables, quinze jours, un mois. Mais c'est le plus souvent de suite qu'elle se déclare, et aussi caractérisée qu'elle doit l'être pour diminuer progressivement plus tard.

La *sensibilité* qui, dans les paralysies saturnines, reste ordinairement normale, est, dans la paralysie arsenicale, presque toujours modifiée au même degré que le mouvement. Dans les quatre exemples que je relate, elle a été altérée à différents degrés : deux fois complétement abolie, (n°s 2 et 3), deux fois émoussée (n°s 1 et 4).

L'excitation cutanée électrique est sentie incomplétement le long des nerfs se rendant aux extrémités. Les membres deviennent le siége de crampes, de secousses douloureuses, d'engourdissement, de fourmillement.

Leur caloricité réelle et apparente est diminuée (le malade éprouve un sentiment de froid) la main qui les touche est saisie de leur basse température; les membres sont œdématiés, la peau qui les recouvre est d'un aspect blafard.

Un seul caractère distingue cette paralysie de la saturnine : c'est que l'amaigrissement général des membres n'est pas accompagné de l'atrophie des extenseurs. Et cependant les membres affectent la position demi-fléchie qui caractérise si bien la paralysie saturnine.

Le *mouvement* est anéanti, comme je l'ai dit précédemment, sur une plus grande étendue que dans la paralysie saturnine; les membres supérieurs participent à la faiblesse dès l'invasion de la paraplégie. Il en a été ainsi dans les quatre exemples cités, et les bras ont recouvré leurs fonctions longtemps avant les membres inférieurs; ceux-ci perdent ordinairement presque toute propriété de se mouvoir. Chez un malade, la rotation totale du membre était encore possible. La paralysie, chez le quatrième malade, n'était caractérisée que par un affaiblissement notable.

La *vessie* et le *rectum* continuent à fonctionner naturellement, ainsi que dans la paralysie saturnine.

La *contractilité électro-musculaire* persiste, mais un peu atténuée. Les malades des n°s 2 et 4 ont été électrisés.

Le *traitement* est aussi très efficace sur cette paralysie. On peut se borner à employer les moyens qui sont utiles pour débarrasser l'économie de l'arsenic qu'elle contient (1). Tout ce qui a été dit sur le traitement des paralysies saturnines est exactement applicable ici : le malade n° 1 a recouvré le mouvement peu à peu. On a combattu l'empoisonnement par l'émétique, le sel de nitre, les acides minéraux et le café.

On obtiendra un résultat plus prompt, si l'on agit sur les parties paralysées au moyen d'excitants généraux et des excitants spéciaux de la contractilité.

J'ai traduit de Thilenius un exemple (voir n° 2) remarquable surtout par la diversité des moyens employés, notamment « l'électrisation quotidienne faite par secousses » légères et répétées qui ont rendu au membre le mouvement et la transpiration. » Ce langage, tenu en 1790 par un praticien étranger, ressemble beaucoup à celui qu'on tient de nos jours sur les appareils à intermittence.

Cette malade de Thilenius a été soumise à un traitement d'une telle activité, qu'il n'est pas sans intérêt de l'indiquer. C'étaient le foie de soufre en tisane, les diurétiques, les diaphorétiques, les toniques, le fer, la gentiane, les laxatifs, les fomentations et frictions excitantes sur les membres, avec eau-de-vie camphrée et teinture de cantharide, enfin l'électricité.

La femme du n° 3 a recouvré le mouvement à la suite de pédiluves excitants (fourmis bouillies).

Le n° 4, soumis insuffisamment à l'électrisation, a guéri complétement après quarante-six bains sulfureux.

Observations d'empoisonnement par l'arsenic.

Obs. I. — *Empoisonnement par l'acide arsénieux appliqué en pâte à trop haute dose; paralysie des membres supérieurs et inférieurs; les membres supérieurs ont d'abord recouvré le mouvement, puis les inférieurs.*

J'ai pris cette observation à l'hôpital de Pornic, de concert avec mon ami, le docteur Trochon, médecin de l'hôpital.

Lamy était affecté de plaie cancéreuse de la jambe gauche, s'étendant aux muscles et aux os, dont elle avait amené la nécrose et par suite la fracture. M. Trochon, au mois de mai 1854, fit l'amputation circulaire de la jambe au lieu d'élection : elle fut suivie d'une cicatrisation incomplète sur certains points; mais les commissures ayant bourgeonné et pris l'aspect carcinomateux, pour arrêter la marche de cette nouvelle plaie, on employa d'abord contre elle les acides minéraux concentrés, etc.; puis, le malade s'étant refusé à l'usage du cautère actuel, on applique, le 11 avril 1855, la pâte arsénicale du frère Côme; mais le pharmacien, au lieu de mettre 30 centigrammes d'acide arsénieux, par erreur centupla la dose et en incorpora 30 grammes : il y eut immédiatement des accidents très graves d'empoisonnement que l'on combattit par une potion émétisée, du sel de nitre, du café,

(1) Je ne parle pas avec détail des contre-poisons, comme l'hydrate de peroxyde de fer en gelée, à la dose de 1 à 2 kilog., la magnésie décarbonatée, etc., et au début si le poison est encore dans l'estomac, l'émétique.

des sinapismes, de la limonade sulfurique ; les accidents toxiques disparurent au bout de dix jours, mais il restait une paraplégie bien tranchée avec de la faiblesse dans les bras.

J'ai vu ce malade presque cinq mois après l'accident ; le membre inférieur droit et la cuisse gauche étaient d'un blanc mat, un peu œdématisés ; la peau était froide.

La sensibilité était émoussée, le sens du toucher était singulièrement affaibli, et la douleur à l'action du percement et à la piqûre était faiblement perçue sur la continuité des membres.

Le mouvement était presque nul dans la cuisse et le moignon gauches, et dans le membre droit. Et de même que dans la paralysie saturnine, le membre droit était demi-fléchi, la jambe sur la cuisse, le pied fortement étendu sur la jambe, c'est-à-dire le cou-de-pied continuant presque la crête du tibia. Les orteils étaient aussi dans la flexion ; dès que le moignon était soulevé audessus du lit, il se fléchissait sur la cuisse. La faiblesse des bras était caractérisée par de la lenteur et de la maladresse dans les mouvements, et par la position habituellement pendante des mains ; les doigts pouvaient encore serrer faiblement un objet si on laissait la main dans la résolution. Les muscles extenseurs ne paraissaient pas être plus atrophiés que les fléchisseurs ; il y avait maigreur générale ; la vessie et le rectum ont continué à fonctionner naturellement.

Du 15 au 20 septembre, les bras ont recouvré quelques-uns de leurs mouvements.

Le 26, le malade mangeait seul et facilement en tenant son écuelle. Les jambes faisaient quelques progrès.

Le 15 octobre, quand je l'ai vu pour la dernière fois, l'amélioration du côté du mouvement persistait. J'ai su, plus tard, qu'elle n'avait plus fait de progrès sensibles ; il est vrai que la plaie du moignon ayant pris un nouvel accroissement et fournissant beaucoup de suppuration, la constitution s'était détériorée peu à peu et avait présenté l'état cachectique cancéreux.

Cette observation remarquable l'est surtout par l'identité des phénomènes de paralysie musculaire dans l'intoxication et dans la paralysie saturnine.

Obs. II. — *Intoxication par une pâte arsénicale appliquée sur une tumeur du sein; elle est suivie d'abord de paralysie générale, puis, les bras ayant retrouvé le mouvement, la paraplégie seule a persisté. Insensibilité des extrémités, abaissement de température, fourmillements, secousses, immobilité. Foie de soufre à l'intérieur, topique émollient sur la plaie; le mouvement reparaît dans les bras, ablation de la glande avec le bistouri, diurétiques, diaphorétiques, purgatifs, toniques, électricité. Guérison de la paraplégie et de la plaie sans récidive.*

J'ai traduit cette curieuse observation d'après M. G... Thilenius (*Medic.-chirurgische Bemerkungen*, Francfort, 1809).

Le 22 septembre 1790, j'ai reçu une visite de M. Hœsterach (de Niedermors), pour le cas suivant :

Une jeune fille de vingt ans, saine, avait observé, il y a deux ans, une dureté dans le sein gauche qu'elle avait dissimulée et négligée jusqu'au printemps dernier, où survint une douleur qui alla en croissant. Elle avait demandé le conseil du barbier H... à C... ; H... était un misérable ignorant sans aucune connaissance d'anatomie chirurgicale, entre les mains duquel le hasard avait malheureusement placé le *Traité* de Fébur *sur l'arsenic dans le cancer*. Depuis ce temps il tentait de traiter toutes les femmes malades du sein ; il en tua plusieurs, jusqu'à ce que l'autorité en fût instruite. Chez cette demoiselle, il mit en usage une application arsenicale qui (dit le père) fut suivie de douleurs vives, d'ulcération de la plaie ; et, de plus, trois jours après l'application du topique, les bras et les jambes sont devenus froids, insensibles et tellement paralysés, qu'elle ne pouvait ni marcher, ni manger seule ; la fraîcheur avait disparu.

Reconnaissant chez la malade les symptômes de l'intoxication arsenicale, je recommandai, pour la combattre, l'usage du foie de soufre, la diète lactée et de la crème fraîche en cataplasme sur la plaie du sein.

Le 26 septembre, le père m'apporta la nouvelle que la malade ressentait des picotements dans les mains et les pieds, des douleurs dans l'épaule gauche et moins dans le sein dont l'aspect s'est amélioré.

Je recommande de suivre rigoureusement les mêmes moyens.

Le 2 octobre, on porte la malade en voiture à Lauterbach : elle est pâle, d'un teint malsain, quoique encore potelée ; le mouvement des membres est presque nul ; l'appétit est conservé : on la fait manger et on la porte pour satisfaire ses besoins ; l'ulcération du sein est fongueuse. Même traitement : carottes écrasées en cataplasme.

Le 11 octobre, elle revient me voir en voiture ; elle peut remuer plus facilement les bras, saisir avec la main droite et la porter avec peine jusqu'à la bouche. Le sentiment n'y est pas revenu. L'épaule est douloureuse. La tumeur de la glande mammaire est mobile, l'ulcération s'agrandit. Je pratique l'opération tranchante le jour même : il y a peu de sang répandu ; narcotiques, sommeil entrecoupé.

Le 12 octobre, la douleur de l'épaule a disparu ; les secousses douloureuses dans les cuisses et des picotements dans les pieds l'ont remplacée. Diurétiques laxatifs.

Le 18 octobre, mieux général : la plaie donne du pus de bonne nature ; du séné en purgation fait cesser le reste de la fièvre. Diaphorétique, sel ammoniac, infusion d'arnica.

Le 25 octobre, cautérisation de la plaie.

Le 8 novembre, purgation d'aloès ; l'usage du bras est entièrement revenu.

Les jambes sont encore inertes. Les articulations fléchissent comme dans les paralysies (textuel). Arnica, musc. La plaie s'étend. Quinquina et arnica.

Le 28, la malade avance facilement sur les pieds Pansement sec du sein.

Le 1er décembre, assez de force pour tricoter, mais le tact est obtus ; les pieds toujours froids et engourdis ; le pied droit plus paralysé que le gauche, les deux cuisses sont le siége parfois de secousses spasmodiques. Gentiane et fer.

On fait, par jour, plusieurs fomentations sur les articulations faibles avec de l'eau-de-vie camphrée et de la teinture de cantharides.

Le 8 décembre, la malade vient, à l'aide d'un bâton et en chancelant, du faubourg qu'elle habite jusque chez moi. Le tact des doigts teinte comme si elle avait été frottée avec de l'onguent napolitain.

Le 27 décembre, la chaleur est revenue dans les pieds ; la sensibilité du bout des doigts est encore obtuse.

Le 6 janvier, la malade transpire encore abondamment pendant l'électrisation, mais maintenant sur tout le corps ; la marche s'effectue sans bâton ; les mains viennent à bout de tout travail.

Cautérisation de la plaie au fer rouge chaque fois qu'elle se couvre de bourgeons.

Le 30 janvier, dernière cautérisation presque sans douleur, cicatrisation définitive ; de retour chez elle, la malade est bien en tout point.

En 1793, cette jeune personne se marie ; elle a des enfants bien portants, qu'elle nourrit avec le sein droit, sans que jamais il y eut retour de ce mal dangereux et obstiné.

Obs. III. — *Empoisonnement par l'arsenic, paralysie presque complète des membres inférieurs pendant quinze mois. Faiblesse des bras pendant trois mois. Anesthésie cutanée. Bains de fourmis bouillies, la station redevient possible. Amaigrissement progressif. Violentes douleurs abdominales, diarrhée, aménorrhée. Mort dans le marasme dix-huit mois après l'empoisonnement.*

J'ai recueilli cette note auprès de M. Bouvier, et auprès de la malade après sa sortie de l'hôpital.

La femme Legorjeu, trente-sept ans, concierge de la rue de la Victoire, n° 33. Entrée à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Bouvier, le 22 janvier 1850. C'est une des victimes du double empoisonnement commis rue du Vert-Bois et de la Victoire le

1er janvier, avec des gâteaux dans la crème desquels on avait mêlé de l'acide arsénieux (voir *Gazette des Tribunaux*) ; elle avait eu chez elle de violents symptômes d'empoisonnement Quand les premiers accidents ont été conjurés, on s'aperçut que les membres inférieurs étaient paralysés de la myotilité ; ils étaient le siége de secousses douloureuses : à peine pouvait-elle leur imprimer un mouvement de rotation ; les bras étaient un peu faibles.

Le 18 février, elle voulut sortir ; son mari vint la chercher et la mit à terre ; elle s'écria qu'elle ne sentait pas le sol.

Elle rentra le 6 septembre de la même année, pour une pleurésie ; aussi faible des jambes, mais les bras ayant recouvré toute leur force, l'insensibilité au toucher était la même, elle n'éprouvait aucun trouble des organes des sens.

La vessie et le rectum n'avaient pas cessé de fonctionner.

Elle sort le 4 octobre, aussi faible que le premier jour.

Un compère conseille à son mari de lui faire prendre des bains de pieds avec des fourmis bouillies. Le cinquième bain a ramené (à ce que raconte son mari) un peu de mouvement, et la force a augmenté graduellement, jusqu'à rendre la marche possible.

La santé générale étant cependant mauvaise, la maigreur allait en augmentant quoique l'appétit fût conservé. Il survint une diarrhée continuelle accompagnée de violentes douleurs abdominales ; les règles cessèrent ; la malade tomba dans le marasme et mourut ; elle n'a cessé de marcher que quelques semaines avant de mourir.

Les gâteaux arséniés avaient été adressés à la fille Annette Vher, qui demeurait dans la même maison que la femme Legorjeu. Les symptômes d'empoisonnement passés, cette personne a aussi éprouvé, pendant quelques mois, des crampes dans les jambes.

OBS. IV. — *Intoxication arsenicale, affaiblissement des membres inférieurs et supérieurs. Sensibilité émoussée dans les membres inférieurs, fourmillements, abaissement de température, contractilité électrique conservée, sensibilité électrique diminuée. — Guérison après 46 bains et 46 douches pris à Bagnères-de-Luchon.*

L'observation suivante est rapportée dans l'UNION MÉDICALE du 6 juillet 1852.

M. Aran présente à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 9 juin 1852, l'un des deux jeunes gens qui ont été victimes, il y a environ deux mois, d'empoisonnement par l'arséniate de soude. On se rappelle que cet empoisonnement avait été le résultat d'une méprise, et que ces jeunes gens croyaient prendre du tartrate de soude. Celui des deux qui avait commis l'erreur a succombé dans les vingt-quatre heures, et une dame, à qui il avait également donné de l'arséniate de soude, n'est pas encore complétement rétablie. M. Aran présente aujourd'hui le survivant dans le but d'attirer l'attention sur quelques accidents consécutifs qui paraissent offrir un véritable intérêt. A partir du quinzième jour de l'empoisonnement, c'est-à-dire il y a un mois environ, on vit apparaître chez ce jeune homme des phénomènes de paralysie, consistant en un affaiblissement marqué des membres inférieurs Toutefois, cet affaiblissement était plus prononcé dans les membres du côté droit, et principalement dans l'inférieur. Depuis cette époque, la maladie n'a pas fait de progrès ; mais elle a persisté. Ainsi, on peut se convaincre qu'il existe encore une paralysie incomplète des extrémités supérieures et inférieures, et que cette paralysie est toujours plus considérable dans le membre inférieur droit, à tel point qu'il arrive souvent au malade de traîner cette jambe pendant la marche ; il existe également une diminution de la sensibilité dans les membres paralysés.

De plus, le malade éprouve des fourmillements dans les membres inférieurs, mais seulement à partir du genou. Les mêmes phénomènes s'observent dans les membres supérieurs, principalement à l'extrémité des doigts, et cela surtout pendant la nuit. La caloricité, qui dans le principe avait subi une diminution notable dans les membres paralysés, est revenue à son état normal ; la santé générale est bonne. M. Duchenne, de Boulogne, qui a examiné le jeune homme, a trouvé que l'irritabilité électrique persistait et n'était que faiblement diminuée ; que, de plus, l'excitation cutanée électrique n'était sentie qu'incomplétement, surtout le long des nerfs qui se rendent à la pulpe des doigts. Le galvanisme a été appliqué à la peau un certain nombre de fois ; mais jusqu'alors on n'a pas obtenu d'amélioration sensible. Aussi le malade a l'intention de se rendre aux eaux de Baréges. M. Aran ajoute qu'il n'a trouvé dans les annales de la science aucun cas d'empoisonnement par l'arséniate de soude, et dans l'incertitude bien naturelle où il se trouve pour choisir un mode de traitement convenable, il demande à ses collègues ce que l'on pourrait conseiller à ce malade.

Dans la séance du 8 septembre de la même année, M. Aran fait part à la Société de la guérison du malade dont il est question ; il s'est rendu à Bagnères-de-Luchon, où il a pris quarante-six bains et un nombre égal de douches. Après le trente sixième bain, l'amélioration était on ne peut plus évidente. Aujourd'hui il est de retour à Paris. Sa guérison s'est confirmée, et il a pu reprendre ses occupations.

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Sur la présence de l'urée dans un kyste séreux du rein.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien insérer la note suivante dans un des prochains numéros de votre estimable journal.

OBS. — A l'autopsie d'un vieillard qui avait succombé à un catarrhe pulmonaire dans le service de M. Rayer, on trouva sur un des reins un kyste dont on n'avait point soupçonné l'existence pendant la vie. Il était placé à la partie supérieure de l'organe, et s'était développé aux dépens de la substance corticale. Il avait tous les caractères extérieurs d'un kyste séreux. On en fit la ponction, et il s'en écoula 146 grammes d'un liquide limpide à peine citrin, à réaction alcaline, d'une odeur peu marquée, et qui contenait une forte proportion d'albumine. Je résolus de rechercher dans ce liquide la présence de l'urée, et voici comment je procédai.

La liqueur, légèrement acidulée par l'acide chlorhydrique, fut mise à bouillir dans une capsule, et, après quelques minutes d'ébullition, je jetai le tout sur un filtre. Une masse considérable d'albumine coagulée resta sur le papier, tandis qu'il passa à travers le filtre un liquide incolore comme l'eau distillée, et qui devait contenir de l'urée. Cette liqueur fut réunie dans une soucoupe et évaporée au bain-marie. Quand le résidu fut convenablement desséché, je le traitai par l'alcool fort et je filtrai. La nouvelle solution, débarrassée de la plus grande partie des sels étrangers, fut évaporée à son tour ; mais comme elle ne me donna point d'urée cristallisée, je la traitai par l'acide nitrique, et j'obtins des cristaux de nitrate d'urée parfaitement reconnaissables au microscope. Ces cristaux furent redissous dans l'eau distillée, et je les décomposai dans un verre de montre par le carbonate de baryte pur. A la faveur d'une double décomposition, l'urée fut mise en liberté, et, en reprenant par l'alcool le contenu du verre de montre, j'obtins des cristaux d'urée.

Ainsi donc, voilà un kyste du rein dans lequel la présence de l'urée ne peut être révoquée en doute.

Il y a plusieurs années déjà que l'existence de cette substance a été signalée dans le liquide de l'amnios et dans l'humeur vitrée de l'œil. Schlossberger en a rencontré dans le liquide des ventricules cérébraux, Pettenkofer dans la salive, Stas dans le sang placentaire, Nysten et Simon dans la sérosité du péritoine, chez des sujets hydropiques et albuminuriques. L'analogie portait à croire que l'urée devait se trouver également dans le liquide provenant des kystes du rein ; aussi, quoique je n'aie trouvé nulle part d'observations qui en signalent la présence dans ce liquide pathologique, j'aime à croire que le fait n'est pas nouveau. Ce n'est donc point pour en revendiquer la priorité que j'ai publié cette analyse, mais uniquement pour joindre un cas de plus à ceux qui sont déjà sans doute consignés dans la science.

Recevez, etc. GALLOIS.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1857.— PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

L'Académie n'a reçu aucune communication relative aux sciences médicales.

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1857.

Exposé de la méthode sous-cutanée, par M. J. GUÉRIN. (Suite.)

§ III. — *Théorie de la méthode sous-cutanée.* — La théorie de la méthode sous-cutanée, c'est sa raison d'être, sa cause; ce par quoi elle a été inspirée, réglée, assurée et généralisée.

Les plaies sous-cutanées ne suppurent pas; elles doivent ce privilége à l'*absence du contact de l'air*. J'ai dit que le travail de réparation immédiate dont elles sont le siége est le résultat d'un ordre de phénomènes à part, de l'*organisation immédiate* : voilà les deux propositions fondamentales de la théorie, c'est-à-dire deux termes représentés, l'un par une cause mécanique, le *contact de l'air*, l'autre par une cause physiologique, l'*organisation immédiate*.

L'idée de faire jouer un rôle à l'air dans le développement de phénomènes inflammatoires n'est pas nouvelle; mais on l'a vu, l'opinion contraire est aussi ancienne. Mes contradicteurs ne le remarquent peut-être pas assez : la méthode sous-cutanée, quoique émanant de l'idée que le contact de l'air est un agent de la suppuration, n'était pas nécessairement contenue dans cette idée ; ou, si elle s'y trouvait implicitement, il fallait la trouver, l'en dégager. Quoi qu'il en soit du rapport de la méthode avec ce que l'on affirmait ou niait de l'action pathologique de l'air, ce qu'il importe d'établir, c'est le caractère véritable de cette action.

Pour la méthode sous-cutanée, il ne s'agit pas du contact passager ou plus ou moins prolongé de l'air, mais de la communication non interrompue des plaies avec l'atmosphère. Là est la condition absolue du résultat absolu. Ainsi posée, la question est presque résolue.

Hunter n'hésite pas à déclarer que l'air n'est pour rien dans la *différence* des phénomènes propres aux plaies *exposées* et aux plaies *non exposées*. Il ne faut donc pas confondre ces deux choses connexes, mais essentiellement différentes : le fait de la suppuration constante des plaies exposées, et le fait de la suppuration comme résultat de l'action de l'air sur les plaies.

Or, que savait-on de l'action de l'air comme cause de la suppuration des plaies? Il n'y avait à cet égard que des assertions, que des opinions, que des contradictions. Pour établir d'une manière irréfragable que le contact permanent de l'air est l'agent direct de la suppuration, il fallait deux choses : une démonstration expérimentale du fait et une démonstration rationnelle. Or, c'est la méthode sous-cutanée elle-même qui a produit ces deux sortes de preuves.

En effet, lorsque, à l'aide d'un procédé plus parfait, on est parvenu à affranchir constamment les plaies de toute inflammation suppurative, on a doté la théorie d'une véritable démonstration directe, reproduisant à volonté par l'expérience le résultat de l'observation. Mais on a été plus loin. Les suppurations observées à la suite des sections de tendons irrégulières, c'est-à-dire avec un procédé direct, laissant dans beaucoup de cas l'air pénétrer librement et constamment, ces suppurations ont été la contre-épreuve du résultat produit par la méthode régulière. Voilà un second ordre de faits.

Une seconde contre-épreuve est produite par les accidents qui surviennent parfois à la suite d'un contact passager de l'air. En effet, dans plusieurs circonstances, l'entrée d'une certaine quantité d'air dans les plaies sous-cutanées pendant l'opération a suffi pour provoquer l'imminence d'un phlegmon. Une ponction sous-cutanée, en évacuant quelques bulles d'air mêlé à du sang veineux altéré, a arrêté comme par enchantement le travail phlegmoneux.

Mais j'ai à m'expliquer intercurremment sur la portée d'expériences négatives, dont j'ai parlé tout à l'heure. Ces expériences, pour être appréciées convenablement, auraient eu besoin de plus de détails et de détails plus précis; mais nous les jugerons telles qu'on les a relatées.

Et d'abord, on paraît méconnaître l'énorme différence qu'il y a entre la susceptibilité de l'animal, chien ou lapin, et la susceptibilité de l'homme à l'endroit de l'action nuisible de l'air. On sait cependant que la plasticité du sang chez le chien est extraordinaire ; que cette propriété doit déposséder l'action passagère de l'air de tout ou partie de son influence ; et cependant on a raisonné et conclu comme s'il se fût agi de l'homme. Il y a, dans ces expériences, des choses bien plus difficiles encore à comprendre et à admettre. On a parlé d'air insufflé à pleins poumons. Est-ce que par hasard cet air renfermait les mêmes proportions d'oxygène que l'air atmosphérique? On sait pourtant que l'oxygène est un des agents indispensables de la putréfaction, et on verra plus loin qu'il n'est pas moins indispensable au développement de la suppuration. On a ajouté qu'en deux jours la réunion était parfaite. L'auteur paraît avoir confondu deux choses : la plaie extérieure et la plaie sous-cutanée. Pour la cicatrisation de la plaie cutanée, deux jours peuvent suffire ; mais, pour la plaie intérieure, nous ne connaissons pas de résultat aussi rapide. D'après ce que nous avons vu maintes fois, dans nos expériences et chez l'homme, il arrive que la plaie cutanée se ferme et la plaie sous-cutanée suppure ; mais cette suppuration n'arrive que huit à dix jours après l'occlusion de la plaie tégumentaire. Cependant l'auteur des expériences n'a pas semblé préoccupé de ces faits : deux ou trois jours lui ont suffi pour conclure que l'air insufflé n'avait exercé aucune influence. Les remarques qui précèdent et qu'il serait possible de multiplier, suffisent peut-être pour enlever à ces expériences tout le crédit et l'autorité avec lesquels il les a présentées. Je reprends le cours de la discussion.

La démonstration expérimentale du fait de l'influence de l'air comme agent de la suppuration s'est donc accrue et fortifiée des résultats absolus et relatifs de la méthode sous-cutanée. A cette démonstration expérimentale qu'a-t-on objecté de sérieux jusqu'ici ! Deux choses principales : la théorie de Hunter qui, expliquant la chose par la chose, n'explique rien ; et des faits contradictoires ou négatifs, qui n'ont souvent d'autre valeur que celle que leur prêtent l'erreur ou la méprise. Mais l'incertitude que la démonstration expérimentale laisse, la démonstration rationnelle la lève.

Un des procédés de la démonstration rationnelle, c'est l'analyse. A l'action collective de l'air sur les plaies en général, substituons donc l'action de l'air sur chacun des éléments dont se compose la plaie, et l'action de chacun des éléments dont se compose l'air sur chacun des éléments de la plaie.

Le contact de l'air exerce sur les extrémités nerveuses avivées une impression nuisible qui se traduit par la douleur.

Relativement aux vaisseaux, on peut, sans hypothèse, affirmer que la pression directe et sans intermédiaire de la colonne d'air extérieur change et altère les conditions de la circulation capillaire et de l'absorption. J'ai dit quelque part que, quand les plaies sont fermées, les extrémités des vaisseaux divisés résorbent une partie des liquides épanchés, et que, quand l'air pénètre dans ces plaies, cette résorption est empêchée.

Je n'ai rien à dire de l'action de l'air sur les surfaces avivées des plaies si ce n'est que l'analogie permet de considérer cette action comme analogue à celle qui résulte de l'action la plus générale de l'air sur les éléments organiques de la chair : la fibrine, la gélatine, l'albumine. Or, tous les chimistes savent que la soustraction de ces éléments à l'air permet de les conserver longtemps, *et vice versâ*, une libre exposition à ce fluide est la condition certaine de leur altération.

L'action de l'air sur le contenu des plaies n'est pas moins évidente. Cependant, n'a-t-on pas affirmé, qu'à l'exception du pus, l'air n'exerçait aucune influence sur les fluides de l'économie? Il y aurait donc à rappeler les faits déjà connus, qui établissent que le sang, que la sérosité, que tous les liquides normaux de l'économie sont altérables à l'air.

Ai-je besoin de dire que cette action varie suivant que l'air est chaud, froid, pur, corrompu, sec ou humide, mais qu'elle finit toujours par s'exercer; que son essence c'est la putréfaction à tous les degrés. J'ai pu m'assurer, par des expériences variées, que l'altération du liquide est d'autant plus rapide qu'il est plus organisé. Le sang artériel, le sang veineux, la sérosité floconneuse, albumineuse, la sérosité aqueuse, marquent très bien les différents degrés de cette altérabilité. Et puisque c'est le lieu de l'indiquer, j'ajouterai que des différents gaz dont se compose l'air, l'oxygène est celui qui m'a paru exercer l'action altérante la plus marquée; les autres gaz n'y jouent qu'un rôle secondaire. On a la preuve de toutes ces actions en enfermant dans des cylindres clos hermétiquement une certaine quantité de gaz en contact avec les liquides que l'on veut éprouver. Après quelque temps de ce contact on aperçoit dans les couches supérieures des zones d'altération qui marquent le caractère et le degré d'action des gaz. J'ai pu m'assurer, en outre, de nouveau, que la présence des émanations animales dans l'air entre pour beaucoup dans la rapidité de la putréfaction; cette opinion est d'accord avec des expériences plus récentes sur le tamisage de l'air et sur l'action de l'air tamisé sur les plaies.

Cette action différentielle des gaz sur les liquides, je l'ai aussi étudiée sur les différents éléments organiques des plaies. Pour me renfermer dans le fait le plus notoire et aussi le plus incontestable, j'ai constaté que l'oxygène est celui de tous les gaz dont l'impression est la plus douloureuse; après lui l'acide carbonique, l'hydrogène et l'azote.

Il est cas où les solides et les liquides reçoivent ensemble et à la fois l'impression de l'air, et ces cas sont précisément ceux que la méthode sous-cutanée a le plus intérêt à considérer, puisqu'ils forment une bonne moitié de son domaine: je veux parler des cavités closes de l'économie à l'état physiologique et pathologique et des liques normaux et anormaux qu'elles renferment. Or, que sait-on de l'action de l'air dans les plaies pénétrantes de ces cavités?

Posons d'abord, comme loi générale et absolue, que toutes les cavités closes de l'économie, saines ou malades, maintenues en contact avec l'air, s'enflamment et suppurent. Ceci est l'analogue des plaies exposées: on ne contestera pas le fait, mais on contestera la théorie; on alléguera, comme pour les plaies sous-cutanées, l'innocuité d'une certaine quantité d'air injecté dans les plèvres, le péritoine, les articulations; mais la valeur de l'objection est la même: l'action de l'air sur le contenant des cavités est relative comme sur le contenant des plaies; la quantité, le degré, la durée de la cause, mesurent ici comme là des effets relatifs. Ajoutons que l'état de santé ou de maladie des surfaces et des liquides modifie singulièrement encore le résultat. A l'état sain, l'œil est ami de l'air et de la lumière; en pourrait-on conclure qu'atteint d'ophthalmie, il conserve ses sympathies? Je terminerai par quelques remarques relatives à l'action de l'air dans certains cas plus complexes, où son influence s'exerce simultanément sur le contenant et le contenu des cavités. Voici ce que j'ai cru observer dans les épanchements pleurétiques:

Un contact passager d'une certaine quantité d'air sur les plèvres et la sérosité épanchée est presque toujours innocent; un contact prolongé, et à plus forte raison permanent, change le caractère de la sécrétion et altère le fluide sécrété. Dans quelle proportion le contenant et le contenu participent-ils à ce résultat? Voici la succession des faits tels que je les ai observés. La sérosité commence par se troubler; elle devient lactescente, puis opaque, puis purulente: c'est la filiation de sa transformation. Le pus, étant le dernier terme de cette transformation, en est aussi le premier de son altérabilité. Pour avoir une idée, mais une idée seulement de la part collective qu'ont à ce résultat l'organe sécrétant et le produit sécrété, il suffit de se rappeler les différents degrés de transformation par lesquelles passent les plèvres enflammées, depuis la simple injection vasculaire jusqu'à son induration cartilagineuse ou même osseuse.

Mais il est un fait des plus simples que nous avons tous les jours sous les yeux, qui peut à lui seul résumer et compléter cette discussion. Que voyons-nous lorsqu'un vésicatoire a produit son ampoule? Un amas de sérosité aqueuse, limpide d'abord, renfermée dans une simple pellicule épidermique. Que la pellicule soit enlevée, tout change: une douleur vive succède à l'état indolent, et la sérosité, de limpide et aqueuse qu'elle était, passe successivement et graduellement à l'état de sérosité lactescente, purulente, et bientôt à l'état de pus véritable. Parallèlement la surface dermique suit tous les degrés de l'inflammation des plaies exposées, que ces plaies soient la plèvre ou une solution de continuité pratiquée à l'aide de l'instrument tranchant.

Ici j'aurais à m'étayer du résultat d'expériences que j'ai entreprises, il y a plusieurs années, sur le *pansement des plaies par occlusion*. J'ai cru et je crois toujours à la possibilité de ramener artificiellement les plaies qui suppurent à la condition des plaies sous-cutanées qui ne suppurent pas. Les premiers résultats obtenus par cette méthode ont suffi pour me démontrer la justesse du principe, et je les crois de nature à ajouter quelque chose de plus à la démonstration rationnelle de l'action pyogénique de l'air.

Voilà ce que peuvent, pour la démonstration de l'action pathogénique de l'air sur les plaies, l'expérience et l'analyse.

L'air exerce donc une action évidente dans l'acte de la suppuration des plaies, et cette action empêche ou laisse s'effectuer la cicatrisation immédiate, suivant qu'elle est favorisée ou empêchée par une mauvaise ou une bonne application de la méthode sous-cutanée.

Il me reste à démontrer que le travail de réparation qui se fait au sein des plaies sous-cutanées, à l'abri du contact de l'air, est bien un travail à part, un travail d'organisation immédiate, et non le résultat de l'inflammation adhésive. Je l'ai déjà dit, cette distinction n'est pas purement nominale: physiologiquement, elle touche à l'essence même des phénomènes; pratiquement, elle est la base et la raison des grandes applications chirurgicales de la méthode, de sa généralisation pratique. Elle mérite donc d'être discutée.

Dans la première partie de ce travail, j'ai fait ressortir comme caractère fondamental de la méthode sous-cutanée le fait de l'écartement des parties divisées, tendons, muscles, vaisseaux; et l'occupation graduée et successive par le sang et les fluides épanchés de l'espace laissé libre par le retrait de ces parties. Or l'organe, ou la portion d'organe de nouvelle formation qui doit relier ces parties, quelque temps séparées, est-il un produit de l'inflammation ou le résultat de l'organisation immédiate? Mes contradicteurs prétendent que le travail de réparation sous-cutanée est un travail d'inflammation adhésive: on a vu matériellement qu'il n'y a point d'adhésion; reste l'hypothèse de l'inflammation. Quelles preuves en donnent-ils? Aucune. Dans toute plaie enflammée non réunie, il y a suspension du travail d'organisation et de réparation normales, et un certain degré de réaction locale et générale. Or rien de semblable ne s'observe dans les plaies sous-cutanées. A partir du moment où la piqûre de la peau est fermée, il s'établit au sein de la plaie un travail de réparation et d'organisation dont on peut suivre les phases sans interruption, depuis le premier jour, la première heure, jusqu'à son entier accomplissement. A l'extérieur nul mouvement fébrile, nulle agitation, nulle trace de réaction locale ou générale: c'est à peine s'il reste quelque douleur résultant de la division des parties sensibles. A l'intérieur c'est une suite de transformations, qui commencent ordinairement par la résorption d'une partie des liquides épanchés, se continuent par un accroissement gradué et non interrompu de consistance de la substance intermédiaire, d'abord gélatiniforme et se montrant sur les gaines des tendons et des muscles quand celles-ci n'ont pas été complétement divisées, puis se vascularisant, se solidifiant, avec des caractères qui varient suivant la nature et la quantité des liquides épanchés, les tissus qui les fournissent, l'époque où on les observe et une foule d'autres circonstances que nous n'avons pas à apprécier ici. Voilà pour les caractères locaux ou directs de l'organisation immé-

diate. Son caractère indirect, c'est l'absence de toute réaction fébrile locale ou générale.

On peut donc conclure de ces deux ordres de caractères, à savoir : le travail de réparation immédiate et l'absence de toute réaction locale ou générale, que les plaies sous-cutanées ne s'enflamment ni ne suppurent et s'organisent immédiatement.

Ainsi donc l'opposition de la théorie huntérienne se résout :

Dans la négation ou la non-observation d'un fait capital : l'écartement des parties divisées et l'interposition d'une partie de nouvelle formation ; et dans l'allégation d'une hypothèse gratuite, l'inflammation adhésive comme agent de cette formation.

La méthode sous-cutanée, au contraire, se borne à maintenir le fait de l'écartement des parties divisées et à suivre pas à pas le travail de réparation qui s'y fait, sans trouble local ou général, et sans interruption aucune depuis le commencement jusqu'à la fin.

Si je ne me trompe, il y a, entre ces deux théories, toute la différence qui existe entre une hypothèse et un fait. L'Académie en jugera.

Il est d'habitude, lorsque l'on discute l'importance et le degré d'originalité d'une nouvelle invention, d'en attribuer le mérite aux devanciers et de la retrouver tout entière dans leurs écrits. Dans l'espèce, on n'a pas failli à cette loi : personne n'a le droit de s'en plaindre. Mais, dans le seul intérêt de la vérité, n'est-il pas permis de le faire remarquer : la critique qui s'impose le pieux devoir de réclamer, au profit des morts contre les vivants, ne pourrait-elle pas s'empêcher d'avoir deux poids et deux mesures? Si elle a le droit d'exiger des vivants des démonstrations régulières, complètes, définitives, pourquoi se montre-t-elle si convaincue par les moindres assertions des morts : la vérité est la même pour tous. Mais on va plus loin. Dans le récit qu'on fait des vicissitudes d'une idée, on se complaît à citer les conflits d'affirmations et de négations qui lui ont imprimé tout à la fois, comme le sceau d'un double sexe, le cachet de l'erreur et de la vérité ; et lorsqu'il s'agit d'apprécier le travail de celui qui est parvenu à sortir la vérité de sa chrysalide, on ne lui laisse d'autre alternative que d'avoir ressuscité une vieille erreur, ou de s'être emparé d'une vérité méconnue. En bonne logique cependant, comme en bon droit, la négation, qui est le privilége de la critique, devrait-elle être plus exemptée de fournir ses preuves que l'affirmation, à qui elle les impose toutes? Je me borne à cette remarque générale.

Tels sont le fait et la théorie de la méthode sous-cutanée. En limitant ma tâche à la question de principe, je n'ai pas renoncé à continuer l'exposé de la méthode dans ses applications. Je pourvoirai aux besoins de la discussion et surtout aux moindres désirs de l'Académie. Pour aujourd'hui, je m'en tiens à la question de principe.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1857.—PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Pas-de-Calais et de la Creuse, en 1856. — *b*. Divers rapports sur une épidémie de dysentérie, qui a régné, en 1856, dans la colonie de Petit-Bourg. — *c*. Un rapport de M. le docteur *Chalette*, sur une épidémie de fièvre typhoïde, qui a régné dans l'arrondissement de Châlons, en 1856 et 1857. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : — *a*. Une lettre de M. le docteur *Petit*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section d'hygiène. — *b*. Une lettre de M. le docteur *Delenda*, qui sollicite la faveur d'être nommé membre correspondant de l'Académie. — *c*. Un mémoire sur le traitement de la fièvre typhoïde et du choléra, par l'inoculation de la matière variolique, par M. le docteur *Metsch*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Smolensk. (*Commission du choléra et de la vaccine.*) — *c*. Une note de M. *Deschamps* (d'Avallon), sur une nouvelle falsification du lait par l'eau, la cire et la gélatine. (M. Chevallier, *rapporteur.*) — *e*. Un pli cacheté, envoyé par M. le docteur *Tempier*, de Chaparcillan (Isère). — *f*. M. le docteur *Rebouilleau* (de Constantine), fait hommage à l'Académie d'une notice sur la résine de *thapsia garganica*.

— M. *le président* fait part à l'Académie de la mort de M. le docteur *Huet*, membre correspondant au Havre.

Lectures et rapports.

PHARMACIE. — M. *Robinet* donne lecture d'un rapport sur un travail de MM. *Delondre* et *Labarraque*, relatif à l'utilisation des quinquinas de qualité inférieure.

La commission propose de répondre à M. le ministre qu'il y a lieu d'appliquer la loi du 3 mai 1850 à la formule de l'extrait alcoolique de quinquina à la chaux, proposée par les auteurs du mémoire. (*Adopté.*)

CHIMIE APPLIQUÉE. HYGIÈNE. — M. le docteur *Vernois* lit en son nom et au nom de M. Alfred *Becquerel* l'extrait d'un mémoire ayant pour titre : « Analyse du lait des principaux types de vaches, » chèvres, brebis, bufflesses, présentés au concours agricole uni- » versel de 1856. »

Les résultats généraux de ces recherches sont résumés dans les propositions suivantes :

La composition du lait varie notablement selon les pays où on l'étudie. — Pour être dans la vérité, et pour donner des résultats précis, il faudrait indiquer le pays où l'on a observé. — Les quantités de beurre, de caséine et d'albumine sont bien plus considérables dans nos dernières analyses que dans nos premières ; et il y a, évidemment, un antagonisme bien déterminé entre la richesse du lait en caséine et en sucre. — Ces quantités si différentes, selon les pays, confirment les faits déjà observés en France, et qui sont à la connaissance de beaucoup d'agriculteurs, c'est-à-dire la distinction des vaches en vaches *à fromage* et en vaches *à beurre*. — Selon ce que nous avions déjà observé chez la femme, c'est sur l'élément *beurre* que les variations les plus fréquentes et les plus énormes ont eu lieu : d'où il suit que tous les instruments destinés à interroger la valeur du lait, sans préciser quel élément on recherche, et basés sur la constatation des quantités de beurre ou autres matières solides en suspension, exposent à commettre de graves erreurs. — L'étude des quantités d'eau et de sucre est encore le meilleur moyen de juger la pureté du lait. — L'on ne peut, ainsi qu'on l'a fait pendant longtemps, indiquer d'une manière absolue que tel lait est supérieur à tel autre lait ; mais on doit donner le tableau de l'importance de chaque élément constitutif du lait, de manière à établir ainsi pour chaque race la supériorité qu'elle peut avoir, d'après les quantités de beurre, de caséine, de sucre, etc., etc. — De tels renseignements sont bien plus positifs, et éclairent le médecin et l'agriculteur d'une manière bien plus rapide et bien plus certaine. — Pour ne tenir compte que des deux éléments capitaux du lait, le *beurre* et la *caséine*, c'est, d'après nos recherches, la race d'Angus qui tient le premier rang pour le beurre, et la race normande pour la caséine. — Comme rendement moyen du lait, c'est la race hollandaise qui occupe la première place, et la race bretonne, ainsi que quelques sous-races d'Autriche, qui occupent la dernière. — La quantité de la nourriture semble influer d'une manière bien notable sur la quantité du lait, et surtout sur la production exagérée du sucre et de la caséine ; une alimentation modérée paraissant, au contraire, favoriser le développement du beurre et de l'albumine. — En dernier lieu, il serait à désirer que des études comparatives sur le lait, soit chez la femme, soit dans les diverses espèces d'animaux, fussent faites dans le pays même d'origine ; il est probable qu'on trouverait ainsi des différences en rapport avec le sol et les aliments, différences qui, au point de vue physiologique, expliqueraient certainement les variétés que nous remarquons entre la constitution et le caractère des divers peuples. (*Comm.* : MM. Huzard, Blache, Bouchardat.)

Discussion sur la méthode sous-cutanée.

M. *Bouley*. Messieurs, je déclare tout d'abord que je suis de la secte des aérophobes ; aussi n'ai-je pas été médiocrement surpris d'entendre M. Malgaigne et M. Velpeau nier à cette tribune l'influence de l'air sur la réunion des plaies.

M. *Velpeau* (interrompant). Je ne l'ai pas niée.

M. *Malgaigne*. Ni moi non plus.

M. *Bouley*. M. Malgaigne n'a-t-il pas promis une prime d'honneur à celui qui démontrerait à quoi tient qu'une plaie suppure?

M. *Malgaigne*. Oui.

M. *Bouley*. Les aérophiles ont objecté, contre l'action malfaisante de l'air sur les plaies, des arguments et des expériences. Je vais examiner et discuter sommairement ces deux ordres de preuves.

On a dit : Comment l'air, qui est la condition de la vie, pourrait-il être si nuisible aux lésions traumatiques? — Je répondrai que l'air entretient la vie comme il entretient la flamme, c'est-à-dire en détruisant ce qui supporte l'une et l'autre. Son oxygène, introduit dans l'économie par l'acte respiratoire, transforme nos tissus par la combustion de leurs éléments, et il s'opère ainsi, d'une manière incessante, au sein de nos organes, une série de réductions qui ne tarderaient pas à les anéantir, sans la réparation, continuelle aussi, qui vient des aliments. C'est tellement vrai, qu'un animal qui cesse de manger ne tarde pas à perdre une grande partie de son volume et de son poids, et que non-seulement la graisse emmagasinée dans son tissu cellulaire s'oxyde, mais qu'une certaine étendue de la muqueuse digestive se couvre d'ulcérations.

Quant à l'action oxydante de l'air sur la matière morte, il est superflu que j'en parle : elle est trop évidente pour avoir besoin d'une démonstration.

Il est donc incontestable que l'air, mis en communication avec les matières animales, tend à les réduire à des combinaisons plus simples.

Comment donc agit-il sur les surfaces traumatiques? — Une plaie récente se couvre de lymphe plastique ; si elle demeure exposée à l'air, le gaz, en vertu de son affinité pour l'eau, s'empare de la partie la plus humide du plasma et le dessèche.

L'air pénètre-t-il dans l'intérieur d'un kyste, il y produit des phénomènes de putréfaction par la décomposition du contenu liquide, et cette matière putréfiée exerce alors sur le tissu qui l'enveloppe une action malfaisante de la pire espèce. Voulez-vous la preuve de cette influence funeste de la substance animale putréfiée sur les tissus vivants? Pratiquez une incision sur un animal sain, et introduisez dans cette ouverture une portion de chair musculaire en voie de putréfaction, et bientôt vous verrez se déclarer les signes d'une inflammation phlegmoneuse intense, puis la gangrène.

Je dirai donc que l'air est pour les tissus dénudés, dépouillés de leur enveloppe tégumentaire, un agent de dessiccation, de putréfaction, et, par son oxygène, un agent d'irritation.

Ceci est surtout vrai pour les plaies suppurées. Seulement, ici, les surfaces étant recouvertes et protégées par la membrane pyogénique, l'air agit exclusivement sur les liquides sécrétés ; il les transforme, il les altère, il leur communique des qualités de mauvaise nature.

Est-il possible de nier cette pernicieuse influence de l'air sur les liquides de l'économie? On ouvre un abcès ; le pus qui s'en échappe d'abord a une odeur fade caractéristique ; mais le lendemain, quand l'abcès a subi le contact de l'air, le pus est donc d'une odeur fétide qui accuse un certain degré de putréfaction. Plongez-y un stylet ou une sonde d'argent, et vous verrez souvent ces instruments se noircir par l'action d'un sulfure d'hydrogène produit de la décomposition. J'ai toujours observé aussi que la synovie à la suite d'une ponction articulaire, et le sang après l'ouverture d'une tumeur sanguine, ne tardent pas à changer de propriétés et à présenter des signes non équivoques de putréfaction.

Pour démontrer l'innocuité de l'air sur les tissus animaux et sur les plaies, M. Velpeau a invoqué l'innocuité de l'emphysème consécutif à une fracture de côté avec rupture pulmonaire ; et M. Malgaigne a rappelé des expériences dans lesquelles il avait insufflé des chiens à pleins poumons, leur avait pratiqué des incisions nombreuses qui s'étaient cicatrisées par première intention, nonobstant le contact direct et permanent de l'air. Ces preuves ne me paraissent nullement concluantes, et l'interprétation que l'on a donnée à ces faits est très insuffisante.

En effet, l'air introduit dans le tissu cellulaire soit par accident, soit par l'insufflation, reste-t-il bien de l'air atmosphérique? Au contact de nos tissus, n'acquiert il point des qualités nouvelles et n'éprouve-t-il pas des modifications semblables à celles qu'il subit dans l'acte respiratoire? J'ai cherché à résoudre ces questions expérimentalement avec le concours de M. le chef du service de chimie de l'École d'Alfort. Je me suis assuré, par trois expériences sur des animaux insufflés, que l'air introduit dans le tissu cellulaire perd la plus grande partie de son oxygène pour se charger d'acide carbonique ; si bien que, au bout de vingt-quatre heures, cet air, au lieu de 21 parties d'oxygène, n'en contient plus que 4 ou 5 parties, et qu'il trouble fortement l'eau de chaux à cause de la grande proportion d'acide carbonique qu'il renferme. J'ai donc conclu que dans ces expériences le tissu cellulaire agissait à la manière du poumon, et qu'il s'accomplissait là une véritable respiration interstitielle.

En quelques heures l'air insufflé n'a donc plus les propriétés de l'air atmosphérique. Privé de son oxygène, il a perdu, en effet, son influence oxydante ; au lieu d'un gaz réducteur disposé à détruire les tissus par une combustion permanente ou à altérer les liquides par des phénomènes de putréfaction, nous avons un mélange gazeux essentiellement conservateur. Voilà, j'imagine, pourquoi l'air est inoffensif dans l'emphysème général, et pourquoi aussi les plaies pratiquées par M. Malgaigne sur des chiens insufflés n'ont pas suppuré et se sont réunies sans complications. Grâce au milieu chaud et humide où l'air se trouve alors renfermé, il se passe ici, permettez-moi cette comparaison, un phénomène pareil à celui qui se produit dans le procédé de conservation des viandes, qui consiste à plonger dans l'eau bouillante les boîtes de fer-blanc qui contiennent les substances alimentaires, afin de favoriser la combinaison de l'oxygène de l'air emprisonné dans les boîtes avec une partie du carbone des matières organiques, et priver ainsi cet air de toute influence funeste.

Maintenant, que M. J. Guérin me permette de lui adresser aussi une petite objection. Pourquoi donc a-t-il distingué essentiellement la réunion immédiate de Hunter de ce qu'il appelle, dans sa méthode, l'*organisation immédiate?* Quelle différence y a-t-il entre ces deux phénomènes de physiologie pathologique? Pour moi, je n'en vois aucune de radicale, aucune d'essentielle, aucune qui tienne à la nature même du travail organisateur. Dans l'une comme dans l'autre, je vois de la lymphe plastique qui s'épanche d'abord, et qui s'organise ensuite. Seulement, quand les deux bouts de la plaie sont très rapprochés, l'épanchement est moins abondant et l'organisation un peu plus rapide ; quand ils sont très écartés, comme dans le procédé que conseille M. Guérin, il y a plus de plasma épanché et son organisation marche plus lentement. Il n'y a donc là qu'une différence de quantité. Mais le phénomène, le travail de réparation, est absolument identique dans les deux cas. Aussi, rien ne justifie, à mes yeux, la doctrine de M. J. Guérin sur ce point.

M. Malgaigne a planté sur cette tribune le drapeau de Bacon, et il a lancé à la tête de ses adversaires l'épithète de *cartésiens* comme un reproche et presque comme un défi. Je suis étonné que M. Guérin n'ait pas relevé le gant. Ne pourrait-on pas répondre à M. Malgaigne qu'il est lui-même aussi cartésien que Descartes. Car sa philosophie n'est-elle pas tout à fait empreinte de ce caractère du doute scientifique qui fait le fond même du *Discours sur la méthode?* M. Malgaigne n'est-il pas de ceux qui secouent le plus hardiment le joug de l'autorité dans les sciences et qui proclament le plus haut la doctrine du libre examen? Et n'est-ce point là le caractère dominant de l'école cartésienne? Que M. Malgaigne se montre donc plus indulgent pour Descartes ; car m'est avis que si Descartes revivait (et c'est le plus grand éloge que je puisse adresser à notre savant collègue), il ne renierait pas M. Malgaigne.

M. *Velpeau*. Messieurs, j'avais demandé, et peut-être dans un mouvement d'humeur je l'avoue, ce que c'était au juste que la méthode sous-cutanée. Cette question a surpris beaucoup de personnes. Mais celles-là mêmes doivent être moins étonnées, sans doute, aujourd'hui qu'elles savent comme moi, depuis les explications données par M. Guérin, qu'il y a, en vérité, *deux méthodes sous-cutanées* : celle de Delpech, de Dupuytren et de Stromeyer,

qui est l'ancienne, et que j'appellerai méthode sous-cutanée *par première intention*; et celle de M. J. Guérin, qui est la nouvelle, et que je nommerai méthode sous-cutanée *par seconde intention*. Ces dénominations, d'ailleurs, sont empruntées aux caractères respectifs des deux méthodes tels que les a tracés M. Guérin lui-même.

Avant d'aborder le fond même de la question, je répondrai à quelques arguments de M. J. Guérin, qu'il m'importe de ne pas laisser passer sans réplique. Notre collègue m'a reproché de m'être servi d'un mode de raisonnement terre-à-terre qui est de nature à rétrécir tous les horizons et à empêcher la vérité de se faire jour. Je me résigne à ce reproche. Quant à lui, il préfère la méthode plus transcendante de l'induction, avec laquelle, suivant moi, on s'égare assez vite dans les nuages ou on erre dans le vague, si bien qu'on est frappé de je ne sais quel vertige qui vous fait voir et entendre les choses autrement qu'elles ne sont. Aussi, M. Guérin me fait-il dire que l'air n'est jamais nuisible pour les plaies, lorsque j'ai dit qu'il ne fallait pas exagérer la mauvaise influence de ce gaz et lui attribuer tous les accidents qu'on a l'habitude de lui imputer. J'ai dit aussi que l'air ne peut pas, selon moi, pénétrer dans les kystes de l'ovaire, et j'ai repoussé l'explication de sa pénétration donnée par notre collègue : et M. Guérin me reproche d'avoir nié que l'air pût s'introduire dans les cavités accidentelles!

M. Guérin a commencé son discours, dans la dernière séance, par une citation de Pascal dont il s'est autorisé pour établir qu'un fait doit appartenir non pas à celui qui l'a découvert, mais bien à celui qui le féconde et qui en tire tous les fruits qu'il peut donner. C'est une morale que je ne puis guère partager : car c'est absolument comme si un homme fait dérobait une pièce de monnaie à un enfant et cherchait à légitimer ce larcin sur ce que lui saura faire usage de cet argent, tandis que l'enfant ne saura point s'en servir.

Cela dit, passons à l'examen de la méthode sous-cutanée.

A quelle époque remonte son origine précise? Selon M. Guérin lui-même, de 1835 à 1839 on pratiqua un assez grand nombre d'opérations de ténotomie, mais sans idée rationnelle, sans principe bien arrêté : c'est, je crois, en 1840; que la méthode sous-cutanée par seconde intention est formulée d'une manière précise dans la *Gazette médicale*.

En quoi consiste cette méthode nouvelle? et quel est son but? « Contrairement aux prescriptions de Delpech, de M. Stromeyer et de l'École huntérienne, dit M. Guérin, j'avais et j'ai toujours l'habitude, après la section des tendons, d'opérer immédiatement *l'écartement* des deux bouts dans l'étendue de 1 ou plusieurs *centimètres...* » M. Guérin obtient ainsi ce qu'il appelle un travail d'*organisation immédiate*. C'est là une des bases de sa méthode ; c'est même ce qui m'a fait l'appeler sous-cutanée par seconde intention. Mais cette méthode est-elle bien distincte de la méthode sous-cutanée ancienne? Delpech, Dupuytren, Stromeyer, ont cherché, il est vrai, à rapprocher les deux bouts du tendon divisé, et à obtenir la réunion adhésive; mais l'ont-il obtenue? Non. D'ailleurs, n'est-il pas d'observation que, après la rupture du tendon d'Achille, les deux extrémités divisées ne se réunissent jamais bout à bout, quelque effort qu'on fasse pour y parvenir? Un tissu fibreux de nouvelle formation s'organise toujours entre les deux bouts.

Aussi, les chirurgiens ont-ils bientôt reconnu qu'il était impossible de produire la réunion immédiate des tendons après l'opération de la ténotomie : je crois avoir démontré dans le temps que ce genre de réunion n'était pas nécessaire; et, dès 1835, ce principe a été adopté comme une loi générale. A partir de cette époque, la majorité des chirurgiens en était venue à pratiquer même l'écartement des extrémités tendineuses, après la ténotomie. Je me contenterai de rappeler les expériences faites sur ce sujet par M. Ammon à Dresde, par M. Held à Strasbourg; par M. Bouvier et par moi-même à Paris. Sur ce point, la méthode sous-cutanée par seconde intention n'a rien créé; elle n'a rien à revendiquer, rien à réclamer qui lui appartienne. Le travail d'organisation immédiate qu'elle considère comme une de ses acquisitions et de ses bases physiologiques lui échappe aussi, puisqu'il est la conséquence de l'écartement des deux bouts du tendon divisé.

La méthode sous-cutanée par seconde intention reproche à la première des accidents graves, des phlegmons, des suppurations ; tandis qu'elle se flatte de mettre à l'abri de ces dangers. Sans doute, les premières tentatives n'ont pas été fort heureuses : mais, sitôt que Stromeyer apporte à la ténotomie un certain degré de perfection, c'est-à-dire dès 1835 (cinq ans avant l'apparition de la nouvelle méthode), les accidents sont extrêmement rares, et les suppurations deviennent tout à fait exceptionnelles. Ici encore, la nouvelle méthode, je le demande, est-elle bien venue répondre à un besoin, à une nécessité pratique? D'ailleurs, de l'aveu même de son auteur, la sous-cutanée par seconde intention n'est pas à l'abri de tout grief. M. Guérin rappelle un cas suivi de suppuration, et j'en retrouve trois analogues dans la *Gazette médicale* pour l'année 1845.

Jusqu'à présent, ce me semble, les deux méthodes se valent bien.

La sous cutanée par seconde intention se propose d'affranchir la plaie profonde de toute communication avec l'air extérieur. Mais, n'est-ce pas là aussi ce que cherche Delpech dès 1816? Le contact de l'air, n'est-ce pas ce qu'il redoute le plus pour les tendons? et ne le voit-on pas entourer son procédé opératoire de toutes les précautions possibles pour garantir la plaie de cette influence? Mais, comme le fait observer M. Broca dans un remarquable article publié ce matin par le *Moniteur des hôpitaux*, « l'indication de soustraire les plaies au contact de l'air est plus ancienne encore. » Notre jeune et savant confrère me dispense de vous citer ici les noms de tous les chirurgiens illustres qui, depuis la fin du siècle dernier, non-seulement ont formellement posé l'indication, mais encore se sont occupés de réaliser le moyen ou le manuel opératoire de la méthode sous-cutanée, depuis Bromfield et B. Bell jusqu'à M. Stromeyer.

M. J. Guérin objectera qu'il n'y avait là que des faits épars, des données assez vagues et sans lien de doctrine; en d'autres termes, absence de toute méthode. Pourtant est-il permis de dire que tous ces illustres chirurgiens, Delpech, Dupuytren, Ammon, Haime, M. Stromeyer, Dieffenbach, ne savaient ce qu'ils faisaient, agissaient sans principe et sans but, uniquement poussés par un empirisme grossier? Je dirai plus, c'est que dès 1835 la ténotomie a été généralisée à l'égal d'une méthode, et conseillée pour les tendons de toutes les régions, aussi bien que pour le tendon d'Achille. J'ai même enseigné alors que les incisions sous-cutanées devaient être appliquées non-seulement aux tendons, mais encore aux muscles, aux brides fibreuses, qui se trouvent suffisamment isolées de la peau.

Relativement aux dangers du contact de l'air, l'auteur de la sous-cutanée par seconde intention croit avoir établi le premier que ce gaz n'est funeste qu'autant qu'il est en communication permanente et sans cesse renouvelée avec la plaie; mais nous sommes parfaitement d'accord à ce sujet, et je crois avoir développé cette opinion dès l'année 1830. Dieffenbach, Stromeyer, Ammon, Syme, dans les nombreuses sections sous-cutanées qu'ils pratiquent depuis cette époque-là jusqu'en 1839, prennent les précautions les plus minutieuses pour éviter l'accès de l'air. Je sais bien que M. Guérin reproche à cette méthode de ne faire de la section sous-cutanée et de la plaie cutanée qu'une seule et même plaie, qu'une plaie directe et continue : de là, ajoute-t-il, la communication facile de l'air, et son appel incessant au fond de la plaie sous-cutanée. Mais je lui ferai observer que, s'il a pu pénétrer ainsi de l'air dans la plaie profonde pendant l'opération, il est aisé de le chasser par une pression modérée autour de la plaie. Quant à l'entrée de l'air après l'opération, et lorsque les tissus ont été remis en place, elle me paraît tout à fait impossible, car il n'y a plus ni canal par où l'air puisse passer, ni vide où il puisse se loger. Et d'ailleurs M. J. Guérin n'est pas le premier qui ait indiqué un procédé pour éviter le parallélisme des plaies profonde et superficielle. Bromfield, Bell, Desault, pour l'extraction des corps étrangers articulaires, faisaient retirer fortement la peau, soit en bas, soit en haut, avant de faire l'incision, afin que l'ouverture de la peau cessât de correspondre à celle de la capsule. Ce même procédé sous-cutané fut ensuite employé par Boyer pour évacuer le pus des abcès par congestion. La sous-cutanée par seconde intention n'a donc pas raison de s'attribuer le mérite de ce procédé. Elle n'a fait que le modifier

en conseillant de faire un pli qui permet de donner plus d'obliquité et plus de longueur au trajet sous-cutané.

Jusqu'à présent nous avons démontré que la méthode sous-cutanée nouvelle ne différait en rien de la méthode ancienne, si ce n'est par le procédé qui a pour but d'éviter le parallélisme des plaies. La différence entre les deux méthodes ne tiendrait donc plus qu'à un pli. A ce compte, nous serions bien près de nous rencontrer. La sous-cutanée par seconde intention ferait bien de le prendre ainsi, et tout le monde serait d'accord. Car, je le demande à cette méthode, est-il bien juste de s'attribuer le tout quand on n'a que le mérite d'une faible partie de l'invention? Cela me rappelle le trait de ce financier qui, portant un sac vide dans sa main, le remplit avec la monnaie d'autres, et prétendit ensuite que le sac étant à lui tout ce qu'il contenait devait aussi lui appartenir.

M. Guérin a terminé l'exposé de sa méthode par des plaintes sur la tendance qu'on avait trop souvent à dépouiller les vivants en faveur des morts; je crois que le conseil doit être goûté; mais il faut se garder, avec le même soin, je crois, de s'enrichir aux dépens des morts et des absents.

M. *J. Guérin:* M. Velpeau a cru remarquer une contradiction dans ce que j'avais dit ou écrit. Il n'est rien de plus facile cependant que de mettre d'accord les faits exposés dans mes écrits. J'ai déclaré, et j'affirme toujours que jamais il n'y a eu de suppuration dans les opérations de ténotomie sous-cutanée que j'ai pratiquées.

Mais il ne faut pas confondre la ténotomie avec la myotomie. Il y a eu deux phases dans la généralisation de la méthode sous-cutanée. Dans la première, j'ai pratiqué seulement la ténotomie sous-cutanée. J'ai hésité longtemps à appliquer la méthode à la myotomie, que je considérais comme beaucoup plus dangereuse.

Ma première opération de myotomie a été accompagnée de suppuration complète. J'ai alors institué des procédés nouveaux. Dans l'intervalle, j'ai eu l'occasion d'observer un second accident, et de voir que ces accidents tenaient à la présence de l'air pendant l'opération. J'ai rappelé moi-même dans mon discours, il y a huit jours, que des phlegmons imminents avaient suivi la myotomie sous-cutanée et qu'ils étaient à craindre même dans la méthode sous-cutanée bien exécutée. Mais ces faits ne sont pas des exemples de suppuration, mais des phénomènes que la méthode sous-cutanée a conjurés, au contraire. Je crois pouvoir dire, en conséquence, qu'il n'y a aucune contradiction entre mes faits, mes écrits et mes paroles.

M. *Velpeau :* M J. Guérin a cru que j'avais voulu le mettre en contradiction avec lui-même. J'ai trouvé dans un mémoire publié en 1845, dans la *Gazette médicale*, trois observations dans lesquelles il est question de phlegmon, je les ai rappelées voilà tout. M. Guérin vient de dire qu'il n'y a eu de suppuration dans aucun cas, mais que la suppuration était seulement imminente. La rupture accidentelle d'un tendon diffère-t-elle de la section d'un tendon? Il y a la même différence qu'entre une plaie par instrument tranchant et une plaie contuse. Cependant la rupture d'un tendon est quelquefois suivie de suppuration. Je maintiens que la suppuration est possible après l'application de la méthode sous-cutanée, ténotomie ou myotomie. Comment savez-vous que cette suppuration imminente était due à la présence de l'air, et que besoin était de votre ténotome? M. Bouley ne vient-il pas de démontrer que l'air qui séjourne dans les tissus y perd son oxygène et acquiert des qualités conservatrices? Je vous crois un habile opérateur; mais ce que je ne comprends pas, c'est que vouliez rejeter sur les autres méthodes le reproche d'entraîner des accidents nombreux. Vous avez bien des accidents par-ci par-là; on n'en a pas davantage dans la méthode vulgaire. Dès-lors, je ne sens pas la nécessité de faire exactement comme vous. Je dis que la méthode sous-cutanée est une méthode générale du dix-neuvième siècle, qui ne vous appartient ni par ses principes ni par ses bases.

M. *J. Guérin :* J'ai voulu aujourd'hui rétablir seulement la vérité sur un fait présenté comme équivoque; je me réserve de discuter plus tard la question scientifique et de réfuter les objections de M. Velpeau.

La séance est levée à cinq heures un quart.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Hernie obturatrice étranglée, opération, guérison, par Fr.-W. Lorinser.

Obs. — Une femme de soixante-cinq ans, petite, maigre et chétive, en voulant soulever un objet pesant, ressentit dans la région de l'aine gauche une douleur qu'elle comparait à celle d'une rupture. Bientôt il survint des douleurs dans le ventre et des nausées, puis une constipation opiniâtre; au bout de quelques jours, enfin, elle eut des vomissements, d'abord de substances alimentaires, ensuite de matières stercorales. Le onzième jour de la maladie, on constate l'état suivant: Teint pâle, expression de souffrance, joues creusées, yeux assez animés, non caves; réponses vives et promptes, langue un peu sèche, couverte d'un enduit blanc, soif modérée; envies incessantes de vomir. Les vomissements succèdent constamment à des douleurs vives, constrictives dans la région ombilicale: la malade rejette alors un liquide stercoral de couleur brune. Abdomen médiocrement ballonné, sensible au toucher, mais non douloureux; il donne à la percussion un son tympanique; la pression profonde développe des douleurs très vives du côté gauche, au-dessus du ligament de Poupart, près de la symphyse des pubis. Le canal inguinal et le canal crural sont libres et ne présentent rien d'anormal.

En examinant la partie supérieure de la cuisse gauche, on s'aperçoit que l'espace triangulaire compris entre le ligament de Poupart en haut, le long (moyen) adducteur en dedans et les vaisseaux cruraux en dehors, au lieu d'être déprimé comme à droite, est soulevé par une tumeur qui repousse le muscle pectiné en avant; cette tumeur, du volume d'un œuf de poule, se prolonge en haut dans le trou sous-pubien, et descend obliquement en dedans, vers le bord externe du long adducteur (moyen); elle est douloureuse à la pression; ses parois ne sont point tendues, elles sont plutôt souples et élastiques. La peau qui recouvre la tumeur a son aspect normal; la percussion y donne un son *plein, profond, tympanique.*

En portant le doigt dans le vagin, on sent à la face postérieure du trou ovale une tumeur un peu tendue, douloureuse à la pression, qu'il est impossible de déplacer. Les mouvements imprimés à la cuisse développent dans la tumeur des douleurs vives qui descendent le long de la face interne du membre, jusque vers le genou. Pouls médiocrement accéléré; peau chaude et moite.

Le diagnostic, facilité dans ce cas par l'émaciation de la malade, fut: hernie obturatrice; en raison de la durée de l'affection et des résultats fournis par la percussion, on pensa que l'intestin s'était perforé par gangrène et que les gaz intestinaux s'étaient épanchés dans le sac herniaire.

Opération. La malade fut placée horizontalement sur une table à opération, les membres inférieurs étendus, celui du côté gauche dans la rotation en dehors. Un pli fait à la peau qui recouvrait la tumeur, fut traversé à sa base et incisé de dedans en dehors. L'incision qui en résulta avait deux pouces d'étendue; elle commençait un demi-pouce en dehors de l'épine du pubis et se dirigeait obliquement en bas et en dedans. Le chirurgien divisa ensuite dans la même direction le tissu cellulaire sous-cutané et le fascia lata: les muscles pectiné et long adducteur étant ainsi découverts, le premier fut divisé sur la sonde cannelée dans le sens de l'incision de la peau. Au-dessous de lui on trouva une couche celluleuse imbibée de produits d'exsudation et recouvrant le sac herniaire: celui-ci se déchirait facilement et avait une couleur foncée. Ouvert, il donna issue à un liquide en partie séreux, en partie purulent, exhalant une odeur fétide, et mêlé de grumeaux de matières stercorales. Le doigt porté dans la cavité du sac reconnut qu'elle était bornée en haut par la membrane obturatrice, au bord supérieur de laquelle se trouvait l'intestin affaissé et retenu par des adhérences partielles; la base de la tumeur s'engageait dans une fente longitudinale de la membrane obturatrice. Le volume de l'organe hernié était celui d'une petite noix muscade. Derrière l'intestin, à l'angle inférieur de la fente, l'auteur crut sentir les battements de l'artère obturatrice. La situation profonde des parties ne lui permit point de s'assurer de leur état par la vue. Jugeant que l'intestin avait été simplement pincé et que les matières intestinales trouvaient un écoulement facile, il ne débrida point, de

sainte de détruire les adhérences récentes développées entre l'intestin et le trajet du canal obturateur et de déterminer un épanchement de ces matières dans le péritoine. La cavité du sac fut lavée à l'aide d'injections d'eau tiède, puis on y plaça un linge de toile et l'on fit des applications froides. Un lavement d'eau tiède fut administré toutes les demi-heures pendant le premier jour, moins fréquemment les jours suivants : la malade rendit de la sorte des matières fécales en assez grande abondance. Les accidents s'étaient calmés immédiatement après l'opération. L'écoulement par l'anus artificiel, très abondant dans les premiers temps, diminua progressivement, grâce aux bourgeons charnus qui ne tardèrent pas à rétrécir l'orifice de l'intestin. L'appétit revint bientôt, et avec lui les forces de la malade. Au mois d'octobre, l'ouverture accidentelle admettait à peine la pointe d'une aiguille et ne fournissait que trois ou quatre gouttes de liquide par jour. La guérison fut complète au mois de novembre.

La hernie sous-pubienne est très rare. M. Vinson, dans un excellent travail sur ce sujet (*Thèses de Paris*, 1844), en a pu réunir cependant trente et un cas, et M. Roman Fischer (*Beitraege zur Lehre uber die Hernia obturatoria*, in 4°, Luzern, 1856), en recueillant les observations publiées depuis celte époque, en a porté le nombre à cinquante-deux. Mais l'opération de la hernie obturatrice étranglée a été très rarement pratiquée, et quelques auteurs la regardent comme inexécutable ou n'offrant que peu de chances de succès, en raison de la difficulté du diagnostic et du danger de la lésion de l'artère obturatrice. D'autres, au contraire, comme Chelius, regardent cette opération comme facile. H. Cloquet l'a essayée plusieurs fois sur le cadavre ; Dupuytren et A. Bérard sont d'avis qu'elle ne présente point de difficultés insurmontables. Avant le travail de M. Vinson, cette opération n'avait point été pratiquée sur le vivant. Celle que l'on attribue à Arnaud ne peut être rangée parmi les opérations de hernie étranglée. Lorinser ne connaît que celle qui fut exécutée par H. Obré et Gardener, et qui se trouve consignée dans le t. XXXIV des *Med.-chir. Transact.*, 1851. Encore, dans ce cas, l'existence d'une hernie obturatrice ne fut-elle constatée que pendant l'opération : les chirurgiens croyaient rencontrer une hernie crurale. Il en fut de même chez une malade opérée par Bransby Cooper. Le docteur Paul (de Breslau) et le docteur Löwenhardt (de Prenzlau) exécutèrent la même opération sur le cadavre ; la malade du premier avait refusé de se laisser opérer.

Il est à remarquer que, dans le cas de Lorinser, l'intestin n'avait été que pincé par l'anneau constricteur, et que le débridement a été reconnu inutile. La première circonstance a été souvent rencontrée dans les autopsies de hernie obturatrice. Quant au débridement, on a beaucoup discuté sur le sens dans lequel il doit être opéré, pour ne point exposer à la lésion des vaisseaux obturateurs. Quelques chirurgiens, tels que Gadermann, Richter, Sabatier, Boyer, Sanson et A. Bérard, veulent même qu'on déchire plutôt les tissus fibreux qui étranglent l'intestin. M. Vinson donne le conseil de débrider en dedans et en bas, et son avis est celui de la majorité des chirurgiens. (*Wien. med. Wochenschr.*, n° 3.)

Nouvelle méthode pour opérer le strabisme, par M. HOLTHOUSE.

Il est fort question en ce moment de la méthode sous-cutanée et de ses procédés. C'est justement de l'une des applications les plus contestées de la méthode, que M. Holthouse défend aujourd'hui les droits. Il montre par des citations et par des faits que le résultat de la section des muscles pour le strabisme est beaucoup plus parfait quand on l'a exécutée par l'incision sous-conjonctivale.

Il apporte aussi son tribut personnel en faisant connaître un nouvel instrument destiné à cet usage. C'est une sorte de ténotome, dont le manche, assez semblable à celui d'un couteau à cataracte, se termine par une tige terminée elle-même par une petite lame tranchante, droite, formant avec la tige un angle très obtus.

Le manuel opératoire n'offre rien de particulier. La conjonctive étant pincée et l'œil attiré dans le sens opposé à la contracture, on fait une petite incision, avec des ciseaux pointus, à la conjonctive et au fascia oculaire. On introduit par là le ténotome en question, le dos de la lame tourné vers la sclérotique, le bord vers le tendon du muscle à diviser. On sent celui-ci céder au plus léger mouvement en scie de l'instrument, ce dont on s'aperçoit à un craquement très perceptible.

M. Holthouse a répété un grand nombre de fois cette opération. D'après son expérience, ni le ténotome de M. Guérin, dont le bord est convexe, ni celui de M. Brooke, qui l'a concave, ne remplissent sûrement l'objet capital de l'opération, qui est de diviser complétement le muscle, en laissant la conjonctive intacte. Le muscle ne peut être atteint que par une lame tranchante entièrement droite. L'angle obtus, signalé plus haut, sert à faciliter l'introduction du couteau sous le muscle. Enfin, pour mieux protéger la sclérotique, il convient de recourber légèrement la lame à son extrémité. (*The Lancet*, août 1856, p. 130.)

Hydarthrose guérie par la ponction iodée. — Corps étrangers du genou, extraits par la méthode sous-cutanée, par M. JOLY.

Ces faits méritent de compter dans la statistique, vu l'extrême facilité du manuel et l'innocuité parfaite des suites : nous y aurions seulement désiré quelques détails de plus.

OBS. I. Un homme de dix-neuf ans, atteint d'une ancienne hydarthrose du genou gauche, qui rendait la marche impossible, avait été traité sans succès, quoique par des moyens fort actifs. Le 10 décembre 1854, M. Joly plongea dans l'articulation un trocart à hydrocèle, au-dessus du condyle interne du tibia, à travers un pli de la peau, pour éviter l'entrée de l'air. Il sortit 4 à 5 onces (de 120 à 150 grammes) de sérosité citrine, *un peu visqueuse et synoviale*. On injecta ensuite 90 grammes de teinture d'iode étendue de partie égale d'eau. (Repos, applications froides.)

Il y eut une réaction inflammatoire très modérée. M. Joly, trois jours après, s'aperçut que la collection liquide se reformait. Le 15, il fit une nouvelle injection d'iode. Mêmes soins consécutifs.

Depuis lors, l'hydarthrose a complétement disparu. Quinze jours après le malade put quitter l'hôpital, ne conservant qu'un peu de roideur, effet de la longue immobilité.

OBS. II. L'observation de corps étrangers du genou est relative à un domestique, âgé de vingt-deux ans, qui, depuis quelques mois, éprouvait dans le genou gauche des douleurs revenant subitement pendant la marche. Elles le forçaient de s'arrêter, de s'asseoir, et l'avaient par conséquent rendu incapable de continuer ses occupations.

Le genou n'offrait qu'une légère hydarthrose, mais en lui imprimant des mouvements, tout à coup le malade jetait un cri aigu. On reconnut un corps étranger, mobile, anguleux ; il se déplaçait aisément et venait parfois occuper l'intervalle des condyles fémoraux, vers le creux poplité. On le pouvait fixer avec les doigts contre le bord interne de la paroi synoviale, de manière à bien apprécier sa forme et son volume.

M. Joly employa le procédé si ingénieux, si digne d'éloge de M. Goyrand (1), c'est-à-dire que, après avoir incisé à travers un pli cutané la synoviale dans une étendue suffisante pour livrer passage au corps étranger, il le fit sortir, par la pression des doigts hors de la capsule, et l'amena à travers l'incision, sous les téguments de la cuisse, où devenu entièrement inoffensif, il fut abandonné au travail spontané d'enkystement.

M. Joly fut obligé de répéter à deux reprises cette opération sur le même sujet, qui était porteur de deux concrétions. Il ne survint pas le moindre accident. Peu de jours après, le malade quitta l'hôpital entièrement guéri. (*Journal de méd., chir. et pharm. de la Soc. des sciences méd. et nat. de Bruxelles*, décembre 1856, p. 529.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Considérations administratives et médicales sur l'asile public des aliénés de Quimper, par MM. FOLLET et BAUME, médecins, directeur et adjoint. Paris, chez VICTOR MASSON, place de l'École-de-Médecine.

Nous avons accepté une mission difficile en nous chargeant de tenir les lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE au courant des pro-

(1) Nous ne laisserons point passer cette occasion de signaler aux justes distinctions

grès médicaux relatifs à l'aliénation mentale. Mais si cette tâche a ses épines, elle a aussi ses compensations : car chaque jour nous fournit une occasion nouvelle de constater, avec un véritable orgueil, le zèle scientifique et le désintéressement humanitaire qu'apportent, sans exception, nos collègues de la spécialité dans la direction des maisons ou des services dévolus à leurs soins.

Sous ce rapport, nul ne nous a procuré une plus douce satisfaction que le principal auteur du compte rendu dont nous voulons dire quelques mots. Pour qui n'a pu, comme nous, apprécier personnellement l'honorable directeur médecin de l'asile de Quimper, ses éminentes qualités se reflètent tout entières dans ses écrits. Rien de plus touchant que la noble simplicité avec laquelle il raconte les efforts qu'il a faits pour améliorer à la fois la situation matérielle de son établissement et le sort de ses pauvres malades.

Le travail qui nous est soumis ne se renferme point dans les limites d'un rapport annuel. Remontant à l'origine modeste de l'asile, en 1826, il en compare, au contraire, les diverses phases, notamment pendant la période comprise entre 1840 et la clôture de l'exercice 1855.

Dans cet exposé, M. Follet s'est réservé la partie administrative. La partie médicale a été traitée par M. Baume, qui, cette année comme la précédente, s'est acquitté de ce soin d'une manière digne du chef dont le choix a fait de son jeune adjoint un gendre et un ami.

Les données statistiques de M. Follet montrent la toute-puissance d'une prévoyante économie sur la prospérité d'un asile. Celui du Finistère, capable aujourd'hui de recevoir environ 300 malades, s'est constamment agrandi malgré les faibles secours venus du département et la modicité du prix d'entretien, qui, pour chaque journée d'indigent, n'équivaut qu'à 90 centimes. La sévérité des dépenses, l'augmentation du nombre des pensionnaires payants et le produit du travail des aliénés ont surtout contribué à des excédants de recettes qui, indépendamment d'une meilleure appropriation des quartiers existants, ont permis de fonder de nouvelles divisions. Malheureusement, dans ces trois dernières années, en raison de la cherté exceptionnelle des objets de consommation, le maintien de l'équilibre n'a pu être obtenu qu'aux dépens des constructions et de la vêture. Loin de dissimuler cette souffrance, M. Follet signale avec force au conseil général la nécessité d'y porter remède, l'expédient, momentanément admissible, ne pouvant se prolonger sans inconvénients.

Un autre fait très important ressort du rapport de notre savant confrère. Beaucoup de départements, par crainte de trop lourds sacrifices, placent au dehors leurs aliénés. La création d'une maison spéciale eût été moins onéreuse ; c'est ce qu'établit pertinemment M. Follet par des calculs confirmatifs d'inductions déjà émises. En traitant ses malades chez soi, le département du Finistère n'a pas seulement satisfait à de nombreuses convenances ; sa dépense s'est réduite d'un tiers, et de plus il possède aujourd'hui une propriété de 600 mille francs, double en valeur des sommes qu'elle lui a coûtées.

Quant au service médical, le tableau tracé par M. Baume comporte également d'utiles enseignements. L'ensemble des forces convergeant, sous une volonté ferme autant que dévouée, vers un même but humanitaire, prouve une fois encore les avantages de l'unité directoriale dans un fonctionnement qui exige avant tout une complète harmonie.

M. Baume signale un élément nouveau introduit dans l'observation clinique. Il consiste dans des annotations météorologiques constatant, jour par jour, la situation de l'atmosphère, direction des vents, état hygrométrique, hauteur du baromètre, degré de température. Ces recherches ont une date trop récente pour avoir fourni des fruits abondants ; mais il est vraisemblable que, si elles étaient comparativement répétées en tous lieux, elles ne tarderaient pas à conduire, selon l'espoir de l'auteur, formulé naguère par notre rédacteur en chef lui-même, à de précieuses découvertes soit en étiologie ou en thérapeutique.

Nous n'insisterons pas sur les divers points de cet aperçu, plus ou moins conforme aux publications analogues. M. Follet attache une grande importance à l'anatomie pathologique. Toutes les autopsies ont été faites avec un soin minutieux, et quelques-unes ont dévoilé des lésions d'une évidence notoirement caractéristique, notamment chez un individu soumis depuis un mois à une excitation maniaque, et chez qui l'on trouva une exostose interne du crâne comprimant les hémisphères cérébraux.

Les notions sur les asiles d'aliénés n'intéressent pas seulement les médecins aliénistes. Ainsi que le laisse entrevoir M. Follet dans une courte préface, il y a, dans les écrits spéciaux qui les concernent, des enseignements pour tout le monde, pour les magistrats, les conseils généraux, les autorités communales, les familles. A ce titre, nous ne saurions trop engager nos confrères à les méditer non-seulement pour en faire leur profit personnel, mais surtout pour en répandre l'esprit chez tous ceux, quels qu'ils soient, qui peuvent intervenir utilement en faveur des malheureux insensés.

DELASIAUVE.

des corps savants fondés pour apprécier et honorer le vrai mérite, les services de notre habile confrère d'Aix, que nous n'avons pas l'honneur de connaître personnellement, mais dont les titres sont de nature à frapper tous les esprits.

VII.

VARIÉTÉS.

La cour de cassation (chambre criminelle) a décidé dans son audience du 20 février, que le docteur en médecine qui refuse d'obtempérer à la réquisition d'un commissaire de police de constater l'état d'un cadavre, réquisition qui doit être considérée comme faite en cas *de flagrant délit*, encourt les peines de police édictées par l'article 475, § 12, dont voici le texte : « Ceux qui, le pouvant, auront refusé ou négligé de faire les travaux, le service, ou de prêter le secours dont ils auront été requis dans les circonstances d'accidents, tumulte, naufrage, inondation, incendie ou autres calamités, ainsi que dans les cas de brigandage, pillage, flagrant délit, clameur publique ou d'exécution judiciaire, seront punis d'une amende de six à dix francs inclusivement. »

Cet arrêt a été rendu sur le pourvoi formé par le commissaire de police de Morlaix contre M. le docteur Delanégerie.

Correspondance.

M. le docteur B...., à Pots.... Reçu. Sera inséré. Quant à l'article proposé, oui, s'il a des applications bien directes à la thérapeutique.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

COMPTES RENDUS DES SÉANCES ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. 2ᵉ série, t. 1ᵉʳ, année 1854. 1 vol. grand in 8ᵉ de IX-175 p. pour les *Comptes rendus*, 306 p. et 6 pl. pour les *Mémoires*. Paris, 1855, Hamel.

EXCURSION EN CIRCASSIE, par le docteur *Jeannel*. 1 vol. in-18 de 80 pages. Paris, G. Baillière. 1 fr. 25

MANUEL D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE, contenant la *Description* et le *Catalogue du Musée Dupuytren*, par le docteur *Ch. Houel*. 1 vol. gr. in-18 de 850 pages. Paris, G. Baillière. 7 fr.

MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, t. IV, IVᵉ fascicule, pages 451 à 724, fin du tome IV. — Le tome V est sous presse.

RAPPORT SUR LES TRAVAUX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER pendant l'année scolaire 1855-1856, par M. *Ch. Martin*, in-8ᵉ de 12 pages. Montpellier, Jean Martel.

RAPPORT SUR LES TRAVAUX DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE, pour l'année 1855-1856, par le docteur *D. Sauveur*, secrétaire, in-8ᵉ de 16 p. Bruxelles.

TRAITÉ D'ÉLECTRICITÉ, par le professeur *Gavarret*, t. Iᵉʳ de 600 pages avec 280 vignettes dans le texte. 8 fr.

TRAITÉ DES APPLICATIONS DE L'ÉLECTRICITÉ à la thérapeutique médicale et chirurgicale, par le docteur *A. Becquerel*. 1 vol. in-8ᵉ de 384 pages avec 6 fig. Paris, G. Baillière. 5 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 6 MARS 1857. — N° 10.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 1er février au 2 mars 1857.

19. MÉTIVIER, Jacques, né à Bannegon (Cher). [*Des fièvres intermittentes.*]

20. TIXIER, Antonius, né à Ambert (Puy-de-Dôme). [*Essai sur les causes des hydropisies.*]

21. BERGERET, Lazare-Antoine-Philibert, né à S.-Léger-sur-l'Heune (Saône-et-Loire). [*De quelques considérations sur l'inflammation en général, et de quelques faits physiologiques qui s'y rapportent.*]

22. RICHARD MAISONNEUVE, Louis-Augustin-Hippolyte. [*Étude sur la paralysie consécutive au mal vertébral.*]

23. DUPUY, Simon-Pierre-Paul, né à Lamonzie-Saint-Martin (Dordogne). [*Traitement du psoriasis par le baume de copahu.*]

24. COUMÉGELONGUE, Bernard, né à Bernos (Gironde). [*De la pourriture d'hôpital observée à Montpellier en 1855 et 1856.*]

25. LEPELLETIER, Eugène-Émile, né à Coutances (Manche). [*Considérations sur l'étiologie de la fièvre typhoïde.*]

26. COLLIAC, François, né à Penne (Lot-et-Garonne). [*Considérations physiologiques et cliniques sur les modifications du système nerveux chez la femme en couches.*]

27. BOITARD, Aimé-Emmanuel, né au Blanc (Indre). [*De la Brenne au point de vue médical.*]

28. LAGARDE, Charles-Théodore-Ernest, né à Munster (Haut-Rhin). [*De l'abcès du foie observé en Afrique.*]

29. LHUILLIER, François-Prosper, né à Laroué (Meurthe). [*Recherches pratiques sur la nature et le traitement de l'infection purulente.*]

30. DUMONT PALLIER, Victor-Alphonse-Amédée, né à Honfleur (Calvados). [*De l'infection purulente et de l'infection putride à la suite de l'accouchement.*]

31. DUBOUCH, Jean-Philippe-Ernest, né à Auch (Gers). [*Quelques mots sur la taille hypogastrique chez l'homme.*]

32. PILLON, Auguste-Alexandre, né à Paris (Seine). [*Des exanthèmes syphilitiques.*]

33. BILLOIR, Charles-Henri, né à Origle-Verger (Pas-de-Calais). [*De la phlébite utérine puerpérale.*]

FEUILLETON.

Deuxième lettre à M. le docteur Pointe, sur le traitement moral de la folie.

Mon cher Professeur,

Si je ne vous avais pas promis d'appuyer mon opinion et mon expérience relatives au traitement moral de la folie, sur celles de Pinel et d'Esquirol, votre aimable lettre m'en imposerait le devoir.

Je vous ai dit que le traitement moral exerçait une influence incontestable sur les solutions des maladies mentales, que je m'expliquai cette influence par une réaction de la force médicatrice de la nature que l'action morale détermine par l'intermédiaire du système nerveux. Aujourd'hui j'ajoute que cette opinion est celle des deux grands maîtres dont je viens de citer les noms.

En effet, Pinel (*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2e édition, page 406. Paris, 1809) considère l'aliénation mentale comme une maladie devant parcourir ses périodes successives d'intensité, de déclin, de convalescence, et dont l'ordre ne doit point être interverti. De plus, reconnaissant que la nature, dans cette maladie comme dans les autres, tend à guérir et à rétablir dans leur régularité les fonctions de l'entendement, ce grand praticien conseille au médecin, pour seconder les efforts conservateurs de cette nature, d'employer des moyens doux : des bains tièdes, des boissons relâchantes, quelquefois des calmants ou des douches très légères; dans certains cas, une répression énergique mais courte, et toujours des manières bienveillantes, ou l'art heureux de gagner la confiance de l'aliéné, à moins que sa raison ne soit entièrement bouleversée.

Continuateur de la doctrine de son maître, Esquirol admet également que l'aliénation mentale est une maladie. La folie, dit ce praticien, est une affection cérébrale ordinairement chronique, sans fièvre, caractérisée par des désordres de la sensibilité, de l'intelligence, de la volonté (*Des maladies mentales*, t. I, p. 5).

Par suite de cette définition, Esquirol est amené à constater que,

34. Zambaco, Démétrius, né à Constantinople (Turquie). [*De la gangrène spontanée produite par perturbation nerveuse.*]

35. Samalens, François-Gabriel-Vincent, né à Pavie (Gers). [*De la suppression brusque de la menstruation*].

36. Masson, Nicolas-Oscar, né à Beaune (Côte-d'Or). [*De l'occlusion intestinale dans la cavité de l'abdomen, et en particulier de son traitement par l'emploi de la glace.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
Amette.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 5 mars 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DE LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE.

« Puis sont venus les érudits de profession qui » ont réclamé pour les Anglais, les Allemands et » les morts, comme s'il eût été question de la » découverte du Nouveau Monde, ou tout au » moins d'une planète nouvelle. » J. Guérin, 3e Mémoire *Sur les difformités du tissu osseux*, p. 69.

L'illustre théoricien de Montpellier venait de poser les véritables principes de la ténotomie sous-cutanée. Il en étendait logiquement l'application à tous les cas où elle est nécessaire; mais il n'avait su trouver pour l'exécuter qu'un procédé opératoire très imparfait (1).

Pendant ce temps, les deux praticiens les plus justement célèbres du commencement de ce siècle arrivaient au contraire, et presque du premier coup, à une exécution beaucoup plus parfaite, mais sans idée théorique, ou du moins en gardant le silence sur les motifs qui les avaient conduits. J'irai plus loin : ils avaient si peu compris l'importance de leur innovation, qu'ils en étaient encore à une pratique déplorable dans des cas où la ténotomie sous-cutanée aurait trouvé, comme la suite l'a prouvé, ses plus heureuses applications.

Je veux parler d'Astley Cooper et de Dupuytren. La flexion permanente des doigts, causée par des brides sous-cutanées, et le torticolis par rétraction du muscle sterno-mastoïdien, présentent avec le pied bot des analogies extérieures incontestables; dans tous les cas la difformité est causée par un organe trop court, muscle, tendon ou bride fibreuse; l'indication est formelle, il faut couper la corde. Astley Cooper, Delpech, Dupuytren, arrivent simultanément, et chacun dans un cas différent, à ménager la peau : le premier aux doigts, le second à la jambe, le troisième au cou. M. J. Guérin a très heureusement caractérisé ce double fait dans la phrase suivante : « De sorte que jusque-là Delpech s'était préoccupé » d'une idée qu'il n'avait pu réaliser, et Dupuytren, sans se » préoccuper de l'idée de Delpech, avait imaginé le procédé » qui pouvait la réaliser. »

Voyons les choses de plus près. Dans un chapitre sur la luxation des doigts et des orteils, Astley Cooper traite incidemment de la déviation de ces organes et lui reconnaît deux causes : la rétraction des tendons fléchisseurs et de leur gaine, et la rétraction par inflammation chronique de l'aponévrose palmaire. Quand les gaînes sont rétractées, il n'y a rien à faire pour le soulagement du malade; « mais quand la rétraction est due à l'aponévrose et que la bandelette con- » tractée est étroite, on peut avec avantage en faire la division » avec un bistouri étroit, à travers une plaie très peu étendue » des téguments, et placer le doigt sur une attelle pour le » maintenir dans l'extension. » Il mentionne une opération de ce genre pratiquée avec succès sur le pied par son neveu Bransby Cooper. Du reste, pas d'autres détails, pas de raisons théoriques, point de commentaires. C'est le défaut commun à la plupart des praticiens illustres qui, pour le vulgaire, ouvrent la main, mais ferment la pensée.

L'observation de B. Cooper est sans date : je la suppose à peu près contemporaine des opérations de Delpech et de Dupuytren; peut-être on pourrait la croire inspirée de Charles Bell, qui, en 1807, conseille, dans les luxations irréductibles du pouce, de couper un des ligaments avec une aiguille à cataracte. Mais il est bon de noter qu'Astley Cooper condamne formellement cette pratique. « J'ai vu, dit-il, trop » d'accidents résulter de la lésion des tendons et des liga- » ments qui avoisinent ces articulations, pour recommander

(1) J'ai dit, dans l'article précédent, que J. Hunter n'avait rien à faire dans la ténotomie, et on s'en étonnera peut être si on lit divers passages de la discussion mémorable qui agita l'Académie de médecine en 1842. M. Velpeau, en effet, attribua au célèbre chirurgien anglais la première idée de la ténotomie sous-cutanée, en s'en rapportant à un passage de la vie de Hunter par Drewry Ottley, dans lequel il est dit que J. Hunter, s'étant rompu le tendon d'Achille, divisa cet organe sur des chiens avec une aiguille à cataracte, introduite sous la peau à quelque distance du tendon, pour étudier les phases du travail de réunion. Il n'y aurait rien à objecter à cela, si le récit de ces expériences se retrouvait dans le texte même de Hunter. Certes, de telles expérimentations sont tout à fait dans la direction de ses travaux; mais je n'en ai trouvé nulle part l'indication, et dans des questions de priorité aussi brûlantes, les souvenirs d'un apologiste sont insuffisants. (Voir J. Hunter, *Traduct. française*, t. Ier, p. 49, 306, 492, 581.) En lisant ces passages, on verra d'ailleurs combien l'expression de ténotomie huntérienne est impropre.

comme toutes les maladies, la folie a ses trois périodes bien marquées, d'intensité, d'état et de déclin. Elle offre des différences dans la forme, selon qu'elle est continue, rémittente, intermittente; mais chacun de ces trois types a un espace de temps qu'il doit parcourir (*loc. cit.*, t. I, p. 78, 79). Dans la forme intermittente : après quelques mois, quelques semaines, quelques jours, quelques instants, à partir du moment de l'incubation, l'accès éclate, dit Esquirol (*loc. cit.*, p. 80), parcourt ses périodes et se termine par des crises plus ou moins complètes. L'aliénation mentale, ajoute cet auteur (*Terminaisons critiques de la folie*, t. I, p. 337), ne diffère en rien des autres maladies. Comme elles, la folie s'annonce par des signes qui la précèdent et qui la font pressentir; elle a des symptômes qui la caractérisent, une marche qui lui est propre, des périodes d'accroissement, de déclin, un espace de temps qu'elle doit parcourir; enfin les efforts combinés de tout le système tendent à la terminer, soit par la guérison, soit par la mort.

L'aliénation mentale, une fois admise par ces deux praticiens, comme une maladie, écoutons ce que dit Pinel (*loc. cit.*, p. 340). A travers toutes ces modifications dont est susceptible la méthode générale et qui peuvent tour à tour exiger l'usage des antispasmodiques, des évacuants, des toniques, ou de quelque exutoire, on croit toujours voir un principe fondamental autour duquel tout vient se rallier. C'est que dans cette maladie, comme dans beaucoup d'autres, la nature tend à guérir et à rétablir dans leur régularité les fonctions de l'entendement, hors les cas d'idiotie. Il s'agit seulement d'être fidèle aux lois générales de l'hygiène, de seconder les efforts conservateurs et de leur donner le temps de se développer. C'est pour atteindre ce but que le surveillant des aliénés, qui vit sans cesse au milieu d'eux, étudie, dit Pinel (*loc. cit.*, p. 304), avec soin et à toutes les heures du jour, l'objet particulier de leur délire exclusif, sonde les singularités de leur caractère et prépare ou plutôt opère un changement moral si propre à seconder les heureux résultats du traitement physique.

Pinel rapporte un certain nombre d'observations à l'appui de l'influence du traitement moral dans la cure de la folie. Parmi les faits les plus saillants cités par cet illustre médecin, comme effets

» jamais, comme on l'a fait, de les diviser, dans le but de » faciliter la réduction dans les cas rebelles. »

J'ignore comment A. Cooper aurait traité le torticolis et le pied bot; mais j'affirme qu'il ne soupçonnait même pas la ténotomie. Que conseille-t-il, en effet, pour remédier à la déviation des doigts et des orteils, entraînés peu à peu hors de leur position normale par la rétraction du tendon fléchisseur? Rien, ou bien l'amputation de l'orteil, quand la marche est impossible et quand la difformité impose à celui qui en est *atteint* une foule de privations. « Cette opération *semble, au » premier abord*, une ressource bien cruelle, » et, dans un cas, Astley Cooper, consulté, la refusa de peur du tétanos. Un autre chirurgien fut plus hardi : « l'amputation fut faite, » *et la malade s'en trouva bien.* » Encouragé par ce succès, notre chirurgien adopta la même pratique chez une dame qui, par suite de la même lésion, ne pouvait plus prendre l'exercice nécessaire à la conservation de sa santé; le résultat fut tout aussi heureux. (Ast. Cooper, *Traduction française*, 1837, p. 122.)

Du reste, ce moyen très radical était assez généralement *adopté* au commencement du siècle. Boyer ne voit pas d'autre ressource quand la déviation des orteils est très ancienne et très considérable : il fut contraint d'amputer le troisième orteil de chaque pied à un jeune homme de dix-sept à dix-huit ans, que cette difformité héréditaire, du reste, empêchait de marcher. Le résultat fut heureux. Pour être juste envers Boyer, il faut dire que, dans des cas moins invétérés, il avait adopté une pratique plus douce qui présente beaucoup d'analogie avec le procédé de Sartorius, si ce n'est que, la section simple ayant été insuffisante dans un cas, une certaine longueur du tendon fut réséquée (1).

Voici, en quelques mots, ce procédé de section à ciel ouvert que je ne vois pas cité dans l'histoire de la ténotomie. Chez un jeune homme de dix-sept à dix-huit ans, le petit orteil gauche était dévié; son tendon extenseur soulevait la peau du pied et formait une saillie remarquable. Chez une jeune fille de neuf à dix ans, traitée d'un pied bot varus par les moyens mécaniques, le gros orteil était porté en haut par la rétraction de son muscle extenseur, qui entraînait aussi la pointe du pied en dedans. Dans les deux cas, on pouvait ramener l'orteil à sa direction naturelle; mais aussitôt qu'on l'abandonnait à lui-même, il revenait à sa position vicieuse. Boyer pratiqua une incision longitudinale sur le trajet du tendon extenseur, le découvrit, et le coupa transversalement. A l'instant, les deux bouts s'éloignèrent l'un de l'autre et laissèrent entre eux un intervalle considérable qui augmenta encore lorsque l'orteil fut ramené à sa direction naturelle. Cet écartement fut maintenu par un bandage. La plaie fut réunie par les agglutinatifs; au bout de quatre ou cinq jours la cicatrisation était parfaite. L'orteil fut assujetti dans sa position naturelle par le bandage, jusqu'au moment où, sans être soutenu, il put conserver sa nouvelle rectitude. La guérison parut alors complète. Il se forma entre les deux bouts du tendon une *substance intermédiaire* dure et solide qui rendit par degrés à l'orteil sa direction vicieuse, à mesure, sans doute, qu'elle acquérait elle-même une solidité plus considérable. Bref, six mois après, les choses étaient dans l'état primitif. Boyer découvrit de nouveau le tendon et en excisa un pouce et demi. Cette fois la cure fut définitive. Alors l'excision fut employée d'emblée dans le second cas et avec succès. On ne nous dit pas si les mouvements d'extension des orteils persistèrent.

Quoique ces deux opérations de Boyer n'aient pas directement trait à la méthode sous-cutanée, je les ai citées parce qu'elles me suggèrent certaines remarques. J'y vois, la réunion immédiate, appliquée avec succès à la ténotomie à ciel ouvert, puis l'écartement primitif des deux extrémités du tendon coupé, et les précautions prises pour rendre cet écartement permanent, puis la production de la substance intermédiaire, réunissant les deux bouts. Enfin, cela prouve que, malgré l'absence d'inflammation vive et de suppuration, la substance intermédiaire qui s'est organisée immédiatement n'en a pas moins été le siége d'une rétraction consécutive tout à fait analogue à celle dont le tissu cicatriciel est réputé seul capable d'après les idées de Delpech. Stromeyer et Blandin ont chacun signalé un échec dû à la même cause. C'est là un point intéressant de physiologie pathologique qui indique que les réunions immédiates ne mettent pas à l'abri des cicatrices vicieuses, ce que je pourrais d'ailleurs démontrer par bien d'autres exemples.

Boyer met en doute les succès de la section du sterno-mastoïdien dans le torticolis. Il rapporte sans commentaires, et par conséquent sans approbation, la section du peaucier, que Gooch pratiqua avec succès par la méthode ancienne. A l'article PIED BOT, il ne dit pas un mot de la section du tendon d'Achille; et enfin, lui qui réséquait les tendons ex-

(1) Les détails qui suivent sont presque textuellement extraits de Boyer. J'ignore malheureusement la date des opérations. *Traité des mal. chirurg.*, ch. XXVI; *Mal. des articulations*, art. XXIV, § 6; édit. Ph. Boyer, t. III, 1088. Voy. même édit., t. IV, p. 44; t. III, 1080; t. V, p. 430.

---

durables d'une émotion morale, vive et profonde, se trouve celui relaté à la page 351, § 286, et celui qui fait l'objet de la note de la page 352. Mais il faut remarquer qu'il y a eu dans ces deux cas concours d'une action physique : exercice violent dans l'un, peut-être sueur, etc., et hémorrhagie dans l'autre; et qu'on ne nous dit point par quelles oscillations graduées a passé l'organisme pour rentrer dans son état normal.

Ce qui vient confirmer cette proposition, c'est que dans les cas cités par Pinel où le traitement moral paraît avoir eu la plus forte action, on remarque toujours que c'est à partir de la commotion morale que la convalescence ou la grande amélioration commence et qu'*après plusieurs mois passés dans l'hospice*, le rétablissement *se complète* (Pinel, *loc. cit.*, pages 204, 206, 214, 254, 284, 294, 315, etc.).

Placé au même point de vue que Pinel, Esquirol, reconnaissant que la folie a ses périodes successives, doit nécessairement admettre que les crises qui la terminent n'arrivent qu'à la troisième période. C'est, en effet, ce que constate ce savant praticien, quand il affirme qu'il se défie toujours d'une guérison de la folie, lorsqu'il n'a pu observer quelque crise antérieure, et qu'on ne peut pas compter sur une guérison solide, si elle n'est pas précédée par quelque commotion, par quelque crise physique ou morale (Esquirol, *loc. cit.*, t. I, p. 440).

Au nombre de ces commotions ou de ces terminaisons critiques, Esquirol cite la frayeur (*loc. cit.*, t. II, p. 194), la crainte (*loc. cit.*, t. II, pages 188, 193, 195, 216, 217), un stratagème (*loc. cit.*, t. I, p. 474), la persuasion (*loc. cit.*, t. I, p. 472), la satisfaction d'un désir (*loc. cit.*, t. I, p. 473), la colère (*loc. cit.*, t. I, p. 90), les affections morales (*loc. cit.*, t. I, p. 90). Tantôt ces commotions agissent par l'intermédiaire du système nerveux, sur la force médicatrice de l'oganisme, en réveillant ses efforts, en les soutenant et en opérant une réaction nerveuse favorable à la solution de la maladie, réaction *qui dure plus ou moins longtemps* (*loc. cit.*, t. I, pages 473, 474, 90, et t. II, pages 188, 192, 193, 194, 195). Tantôt ces modifications de la sensibilité ne sont elles-mêmes que l'expression d'une modification nerveuse, spontanée ou provoquée,

tenseurs des orteils, rejette formellement la section et l'excision des tendons fléchisseurs de la main dans les cas de rétraction permanente des doigts. « Le succès d'une telle » opération, dit-il, est trop incertain; elle n'a probablement » jamais été pratiquée, et un chirurgien prudent devra tou» jours s'en abstenir. »

En 1822, Dupuytren coupa le muscle sterno-mastoïdien par un procédé qui, malgré les nombreux commentaires auxquels il a donné lieu, et en raison même de ces commentaires, est entouré d'obscurités. Nous possédons, en effet, trois versions fort dissemblables : celle d'Ammon (de Dresde), témoin à moitié oculaire; celle de Coster, tout opposée et appuyée aussi sur le témoignage de plusieurs assistants restés inconnus (1), et enfin celle des élèves de Dupuytren, consignée dans la deuxième édition (1839) de ses *Leçons orales*. Les deux premières, surtout, fort différentes, ayant été recueillies bien avant que les questions historiques aient été soulevées, rien ne peut indiquer d'une manière sûre de quel côté est l'erreur.

La troisième, au contraire, pourrait être soupçonnée de partialité, et voici pourquoi. Elle se trouve, avons-nous dit, dans la deuxième édition des *Leçons orales* publiées en 1839, c'est-à-dire quatre ans après la mort de Dupuytren (8 février 1835), et alors la presse périodique était saisie de la querelle de priorité de MM. Bouvier et Guérin. En lisant avec attention l'article qui la renferme, on y remarque d'abord un luxe d'érudition tout à fait insolite et qu'on n'est pas habitué à trouver dans cet ouvrage. On y reconnaît encore l'intention formelle d'établir la priorité du maître et de décrire un procédé parfait. Or, comme la première édition des *Leçons orales* ne renferme pas la moindre mention de cette fameuse section du sterno-mastoïdien, il est évident que, plus tard, l'article a été rédigé avec des notes, des souvenirs, ou d'après les documents venus de l'étranger, mais sans la coopération de Dupuytren lui-même. On y avance de plus, en trois endroits, que ce chirurgien avait déjà pratiqué la section du sterno-mastoïdien *plusieurs fois* avec succès. Mais on nous laisse ignorer si le procédé sous-cutané avait toujours été employé, ou si, comme Ammon le reproche à Dupuytren, la méthode ancienne, hollandaise ou à ciel ouvert, n'aurait pas été plutôt mise en usage. Tout ceci est donc fort suspect. Je renvoie, pour plus amples informations, aux nombreuses pièces de la polémique de 1838 (1).

Au reste, je n'ai nulle raison d'être plus difficile que M. Guérin lui-même, et puisqu'il considère le procédé de Dupuytren comme un progrès très réel au point de vue de la médecine opératoire, je l'accepte comme tel, sans chercher à savoir si la section a eu lieu d'arrière en avant ou d'avant en arrière, de dedans en dehors ou de dehors en dedans, ce qui importe peu pour la méthode sous-cutanée en général. Je ne chercherai pas davantage à approfondir la question du bistouri boutonné. Je signalerai seulement dans ce procédé les caractères suivants : 1° ponction unique ou double, mais, en résumé, petite, de la peau, sur les côtés du muscle; 2° écartement immédiat et permanent des bouts divisés; 3° pas le moindre accident.

Est-ce à dire pour cela que Dupuytren ait compris la méthode sous-cutanée? Je ne le crois pas. Mais, pour en être plus sûr, jetons un coup d'œil général sur sa pratique dans les cas analogues.

D'abord il ne dit rien de l'innocuité des plaies faites sous la peau, il ne se préoccupe nullement des inconvénients du contact de l'air; il ne paraît adopter la petite incision que pour *éviter une grande cicatrice*, imitant en cela le procédé d'Astley Cooper pour la section du nerf sous-orbitaire. Dans un chapitre fort médiocre sur le pied bot, il parle, ou plutôt ses éditeurs, parlent de la section du tendon d'Achille (t. II, p. 125), mais en quelques mots, et en renvoyant aux travaux de MM. J. Guérin et Bouvier. Delpech n'est pas même cité

A propos de la rétraction des doigts(t. IV, p. 473), Dupuytren, qui connaissait cependant les travaux d'Astley Cooper et le procédé sous-cutané proposé par ce chirurgien, ne prend pas même la peine de le discuter, et il continue à faire au niveau de la face palmaire d'effroyables entailles transversales de *dix lignes d'étendue*, qui représentent fort bien les procédés anciens de section du sterno-mastoïdien et du tendon d'Achille. Une fois, cependant (p. 482), l'annulaire et l'auriculaire étaient simultanément fléchis; après avoir fait l'incision transversale au niveau du premier de ces doigts, Dupuytren, « désirant éviter au malade la douleur d'une nou-

(1) Coster, par parenthèse, intitule cette observation : *Excision d'une partie du muscle sterno-mastoïdien*. Tout en utilisant le texte de Coster, M. J. Guérin donne un tout autre intitulé à l'observation, 3e *Mémoire*, p. 44.

(1) Ammon, *De la ténotomie en général*. — *L'Expérience*, t. Ier, 1837, p. 151. — Ammon, *Parallèle de la chirurgie allemande et française*, 1823. — Coster, *Manuel des opérations chirurgicales*, 1823, p. 156. — J. Guérin, 3e *Mémoire sur les difformités du tissu osseux; Du torticolis ancien*, 1838. — *Gaz. médicale*, 1838. — *L'Expérience*, 1838.

---

véritable phénomène critique : comme une sueur abondante est l'expression d'une modification fonctionnelle de la peau, comme la menstruation est l'expression d'une modification fonctionnelle de l'utérus, etc.

En résumé, il résulte, de l'étude sérieuse des ouvrages de Pinel et d'Esquirol, que l'aliénation mentale est une maladie qui a ses périodes d'invasion, d'état, de déclin, et qui se juge par des crises physiques et morales; que de même que le médecin doit agir de longue main et de différentes manières, sur les diverses fonctions, pour favoriser et amener les crises par la transpiration, les selles, les urines, le flux menstruel, etc., de même il agira sur le système nerveux en occasionnant des secousses morales, en s'adressant à l'intelligence, à la sensibilité, à la volonté, et en laissant ensuite aux efforts conservateurs le temps de se développer.

D'où il suit que, lorsque le traitement moral semble être à l'exemple du traitement pharmaceutique et hygiénique la cause exclusive de la guérison, il n'est comme ce dernier que la cause occasionnelle d'une terminaison préparée et accomplie par les efforts conservateurs de la nature. C'est en ne tenant pas un compte suffisant de cette marche naturelle de la maladie, que quelques médecins trop pressés et trop exclusifs n'ont attribué qu'à un traitement purement moral, c'est-à-dire à un redressement pur et simple des facultés et des opérations de l'âme, le succès dû au concours de la force médicatrice de la nature, modifiée ou non par la pharmacie et par l'hygiène.

Voici un exposé doctrinal de ces grands maîtres qui semble net et positif. Eh bien! croirait-on qu'après avoir émis de semblables principes, Pinel et Esquirol disent qu'il est des cas où la folie cesse *brusquement* à la suite d'une impression morale? Esquirol assure même (t. II, p. 197) « qu'il a vu des maniaques guérir *instantanément* par l'impression qu'ils éprouvent en entrant dans un hospice ou une maison d'aliénés, » affirmation en contradiction formelle avec la nécessité que la folie parcourre ses périodes successives. Étudions maintenant les faits qu'il invoque à l'appui de son opinion; je choisis ceux qui paraissent les plus concluants :

« V.-V. P..., dit Esquirol (t. II, p. 216), âgée de vingt-six ans,

» velle incision, essaya de prolonger la section de l'aponé» vrose en glissant le bistouri transversalement et profondé» ment au-dessous de la peau, du côté du bord cubital de la » main pour arriver à dégager le petit doigt; *mais ce fut » en vain.* »

Dupuytren montre à sa clinique un vieillard de soixante-sept ans (p. 487), puis un étudiant en droit de vingt ans environ (p. 494), dont les doigts sont fléchis d'une manière permanente par une vraie rétraction tendineuse. Des cordes tendues saillantes et dures vont du milieu de la paume de la main jusqu'à la base des doigts rétractés. Il ne songe à faire aucune opération, quoique, à la page 480, il parle, sans indiquer le procédé suivi, de deux cas de section des tendons fléchisseurs, pratiqués par des chirurgiens « estimables d'ailleurs, » et dont l'une faillit faire mourir le malade.

L'observation VI (page 489) est un exemple de section tendineuse pratiquée dans un cas où elle était inutile, puisqu'il s'agissait sans doute d'une flexion permanente de l'annulaire par destruction du tendon extenseur, et que d'ailleurs la peau était elle-même rétractée et l'articulation ankylosée. Cette observation, quoique recueillie par Dupuytren lui-même, est rédigée avec beaucoup de négligence. Elle n'a point de date; l'hôpital où elle a été faite n'est pas indiqué, et grâce à l'emploi du *on* répété à chaque phrase, nous ignorons si Dupuytren a été auteur ou seulement spectateur. Le procédé qui fut employé est pourtant remarquable: « *On* pratiqua » donc la section des tendons des fléchisseurs *en enfonçant » à plat un bistouri* à travers les téguments à la hauteur » du corps de la première phalange, et en dirigeant ensuite » le tranchant vers ces tendons; *on* étendit ensuite le » doigt, etc. » Voici, si je ne me trompe, un procédé de section tendineuse aussi sous cutané qu'on peut le faire dans cette région.

Dans un cas de bride sous-cutanée de la face dorsale de la main ayant succédé à l'ouverture d'un abcès, et déviant le doigt médius (p. 497), Dupuytren met en usage un procédé qu'un chirurgien très distingué de province, M. Goyrand (d'Aix), devait bientôt appliquer à toutes les brides sous-cutanées des doigts, et qui rappelle du reste l'opération que Sartorius avait *pratiquée* sur le tendon d'Achille, que Boyer conseillait pour la section des extenseurs du pied. Il incisa la peau, dans l'étendue d'un pouce environ, parallèlement à la bride, découvrit celle-ci et la réséqua; puis il réunit par première intention la plaie simple qui en résultait. Le dix-septième jour la guérison était complète. On trouve encore ici une réminiscence de la pratique générale de Delpech, c'est-à-dire l'extirpation du tissu inodulaire suivie de la réunion immédiate. Malgré l'exemple donné par Bransby Cooper, Dupuytren, qui cite trois cas de rétraction aponévrotique congénitale des orteils, ne paraît pas songer à les opérer. Enfin, il consacre à son tour un court paragraphe aux déviations des orteils par rétraction tendineuse. « Jusque » dans ces derniers temps, dit il, on avait coutume, dans » une semblable occasion, de *faire la section des tendons* » et celle de l'aponévrose de l'orteil, ou bien de pratiquer » l'amputation dans l'articulation de l'orteil avec les os du » métatarse. Ces opérations entraînaient souvent les accidents » les plus graves, et la mort même en a été quelquefois la » suite. » Dupuytren aurait bien dû nous dire si les sections tendineuses et aponévrotiques partagent cette gravité avec l'amputation, que tout le monde sait être très sérieuse dans cette région; il nous aurait ainsi donné son avis sur les premières. Il préfère préconiser dans ce cas ce que ses éditeurs appellent complaisamment une *nouvelle méthode*. Or, cette nouvelle méthode consiste à n'enlever que les deux dernières phalanges, au lieu de désarticuler l'orteil en totalité.

Ici finit évidemment la première période historique de la ténotomie et de la myotomie, puisque, d'après le vœu exprimé par M. J. Guérin, il faut distinguer ces deux choses avec soin. On trouvera sans doute que j'ai été prolixe dans son exposition; et cependant j'ai encore laissé de côté l'histoire détaillée de la méthode hollandaise et celle des sections ligamenteuses dans les luxations. J'ai examiné scrupuleusement la pratique des quatre plus grands chirurgiens contemporains du commencement de ce siècle: Astley Cooper, Boyer, Dupuytren et Delpech; et je remarque, non sans satisfaction pour les sentiments que je professe, que le seul d'entre eux qui se distingue par des idées synthétiques est aussi celui qui a traité avec le plus d'élévation et de portée le sujet qui nous occupe. C'est en grande partie aux méditations inspirées par les travaux de Delpech que nous devons la renaissance de la ténotomie, comme nous leur devons aussi, pour une large part, celle de l'anaplastie.

Nous sommes heureux de témoigner ici publiquement notre admiration pour le génie de ce grand maître, si misérablement et si prématurément enlevé à la science.

Que trouvons-nous donc dans cette période? D'abord deux méthodes opératoires: l'une grossière, cruelle, non dépourvue de dangers, laissant des traces fâcheuses, et produisant sans doute des résultats assez médiocres; l'autre, plus parfaite au

---

d'un tempérament lymphatique, devient maniaque au mois d'avril 1833. Elle est saignée et baignée chez elle sans succès. Elle entre à la Salpêtrière le 26 mai suivant, dans un état de manie avec fureur et agitation que rien ne peut calmer. Au mois d'octobre, j'applique le cautère actuel à la nuque. Les préparatifs de cette opération l'agitent beaucoup. A peine le fer rouge est-il appliqué sur la nuque qu'à ses cris et à son agitation succède un instant de silence; puis elle verse un torrent de larmes, et depuis lors elle fait chaque jour des progrès vers la guérison, qui est complète au bout de deux semaines. V.-V. P... resta quelque temps encore dans la division des convalescentes, et retourna dans sa famille le 19 novembre de la même année.

» Une fille de vingt ans, d'une taille élevée, d'une constitution robuste, est amenée à la Salpêtrière dans un état très violent de manie. Les moyens ordinairement employés ne changent pas son état; je me décide à appliquer le cautère actuel à la nuque. Tous les préparatifs étant faits, on emploie la force pour tenir la malade. Elle est si effrayée à la vue du fer rouge, qu'elle redouble d'efforts pour s'y soustraire. On la contient par la force; mais aussitôt qu'elle sent le fer approcher, elle fait de nouveaux efforts, se débarrasse des mains des aides, et reste pendant cinq minutes dans un état complet de raison. Elle demande avec calme ce qu'on veut faire d'elle, et prie avec instance qu'on l'épargne. Je consens à différer l'application du fer, à condition que la malade sera désormais raisonnable et tranquille. Elle promet, et tient parole. Au bout de deux jours, elle est transférée dans la division des convalescentes, et *ne tarde pas* à être parfaitement guérie. Elle déclara que la frayeur qu'elle avait eue du fer rouge avait *contribué* à sa guérison. »

Je ferai remarquer que, dans le premier fait, il est dit que la malade verse un torrent de larmes, crise évidemment physique, et qu'elle fait des progrès vers la guérison, qui n'est *complète* qu'au bout de deux semaines; que dans la seconde observation la malade fait des efforts réitérés pour se soustraire à l'action du feu, et qu'enfin, au bout de deux jours, elle passe dans la division des convalescentes, et *ne tarde pas* à être parfaitement guérie. Donc

point de vue opératoire, quoique d'une exécution plus difficile, comprenant plusieurs tentatives qui se rapprochent beaucoup des procédés sous-cutanés les mieux conçus. La guérison devient plus rapide, les cicatrices moins difformes, la dénudation des parties fibreuses et musculaires mieux prévenue, l'exfoliation des premières, l'inflammation suppurative en général plus rares, moins imminentes, le résultat définitif presque assuré.

Comme moyen d'arriver à ces améliorations, trois idées : la réunion immédiate (Boyer, Sartorius), la section sous la peau (Astley Cooper, Delpech), les petites incisions (Dupuytren); et cependant tous ces pas vers le progrès restent isolés et sans lien. L'opération faite par un chirurgien n'ouvre les yeux, ni à lui ni à ses contemporains, sur les avantages du procédé en particulier et des sections musculaires et tendineuses en général (1). Chacun agissait sans tirer de ses œuvres des conséquences plus étendues, et n'avait fait, comme le dit fort justement M. Bonnet (de Lyon), que cette œuvre d'inventeur qui devine ce qui est bien, sans déterminer avec précision les principes dont il était parti (*Traité des sections tendineuses et musculaires*, 1841, introd., p. XI). Dupuytren opérait bien le torticolis et mal les rétractions aponévrotiques. Aussi les deux méthodes marchaient parallèlement, sans que la meilleure détrônât la plus mauvaise. La méthode des sections à ciel ouvert, vivait encore entre les mains de Michaëlis, de Boyer (fissure à l'anus), de Dupuytren, d'Amussat même en 1834 : c'est à son aide qu'une foule d'expériences furent faites sur les animaux par Ammon et les vétérinaires, à une époque très rapprochée de nous. Le procédé de Sartorius était suivi par Reiche, Boyer, Dupuytren, Goyrand. Personne n'imitait Astley Cooper, si ce n'est ce chirurgien, resté inconnu, qui divisait les tendons fléchisseurs avec le bistouri introduit à plat. Aucun traité classique ne parlait de la ténotomie en général, et la question n'avançait pas. Et il ne pouvait guère en être autrement : car, en médecine opératoire, l'idée et le moyen doivent être associés pour que la conception soit parfaite et susceptible de vulgarisation ; et celui qui fait bien sans dire pourquoi laisse toujours à d'autres une part de gloire à recueillir. Les éléments du problème étaient découverts et isolés : rien n'était plus simple que de les associer; ils ne le furent cependant qu'après dix années environ. Et cependant, si quelqu'un avait songé à réunir les essais déjà tentés et les généralités éparses, on aurait pu faire pour cette partie de la chirurgie ce que, dans un concours mémorable, Roux fit pour les résections : on aurait eu l'honneur d'ajouter un chapitre inédit à la chirurgie générale. En effet, voici ce qui avait déjà été exécuté :

(1) Ph. Boyer, édit. des *Œuvres de Boyer*, t. II, p. 951.

Le sterno-mastoïdien, en partie ou en totalité, avait été divisé plusieurs fois. Le peaucier avait été coupé également, et Boyer fendait largement le sphincter anal. Au pied on avait sectionné le tendon d'Achille au moins six fois (Lorenz, Sartorius, Michaëlis (trois fois), Delpech) ; le jambier antérieur (Michaëlis); les extenseurs des orteils (Boyer) ; l'aponévrose plantaire ; à la main, l'aponévrose palmaire et les fléchisseurs des doigts. Michaëlis avait même proposé la section du tendon du biceps huméral.

En fallait-il plus pour commencer la généralisation, et Delpech, d'ailleurs, n'avait-il pas très nettement conseillé de couper les tendons partout où ils gêneraient les attitudes (1) ?

Je serais assez embarrassé pour assigner une date précise à la fin de cette période d'incertitude et au commencement de la période moderne. Les époques historiques ne sont faciles à fixer que pour les découvertes sorties de la tête d'un seul homme, ou remontant aux siècles passés, qui étaient presque complétement remplis par une individualité puissante, comme Guy de Chauliac, Ambroise Paré, J.-L. Petit, Desault, etc. De nos jours il n'en est plus de même : tous travaillent. Les petits préparent le travail des grands, et aussi perfectionnent lentement les vastes conceptions souvent imparfaites du génie. L'histoire doit faire à chacun sa part large ou étroite; et si ce rôle est beau, il n'est à coup sûr pas facile.

Or, la renaissance de la méthode sous-cutanée nous vient de deux sources, l'une étrangère, l'autre française; ce que je vais chercher à démontrer. Quant à la fin de la seconde période, il serait logique de la fixer à l'époque où tous les principes ont été posés, où toutes les applications ont été éditées ou mises en usage, où toutes les méthodes et les procédés ont été décrits ; et comme, à partir de la fin de 1842 environ, je ne vois se produire dans cette direction aucun fait nouveau majeur, ni comme invention, ni comme déduction, je devrais aller jusqu'à ce moment pour épuiser le sujet;

(1) M. J. Guérin, qui refuse à Delpech l'honneur d'avoir *généralisé* la ténotomie, cherche à prouver que ce chirurgien n'en a pas compris la généralisation ÉTIOLOGIQUE (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1842, t. VIII, p. 450). Étiologique ou non, Delpech a conseillé de couper les tendons quand ils s'opposaient à l'attitude naturelle des membres, *quelle que soit l'origine de la difformité*. On appellera cela, si l'on veut, de la ténotomie *empirique*; mais cette distinction, digne de la scolastique, est tout à fait inaccessible à notre intelligence, et, en 1857, nous croyons qu'on a raison de couper les tendons quand l'indication curative l'exige, abstraction faite de l'étiologie.

ces guérisons ne sont point instantanées, comme l'avance Esquirol, contradictoirement aux principes qu'il a posés.

J'aurais pu analyser de la même manière les observations recueillies par Pinel à l'appui de l'influence du traitement moral; mais je me suis borné, pour éviter des longueurs, à renvoyer à l'ouvrage même.

Examinons maintenant si notre propre expérience vient confirmer les principes que nous avons énoncés:

Une jeune fille âgée de vingt-trois ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, réglée à dix-huit ans, née de parents sains, tomba malade à la suite de veilles opiniâtres consacrées à soigner une maîtresse qu'elle affectionnait vivement, et qu'elle eut la douleur de perdre. Elle s'attacha, par reconnaissance, à celui qui avait concouru à prodiguer des soins à cette dame, et tout porte à croire que ce sentiment fit place à une passion naissante, qui, combattue par la crainte de manquer aux devoirs de sa conscience, détermina les premiers égarements de la raison. Au début, menstruation irrégulière, alternative de tristesse et d'exagération outrée des sentiments religieux, accompagnées de quelques aberrations dans l'entendement, et suivies d'une lypémanie profonde. Plus tard, suppression des menstrues, circulation et respiration très lentes, constipation extrême durant plusieurs jours; refus fréquents de sortir de son lit ou de prendre des aliments; la malade paraît sous l'influence d'une terreur secrète. Cet état persista, sans amélioration morale sensible, malgré l'emploi judicieux des bains tièdes et des boissons émollientes. Les règles apparaissaient à des époques irrégulières, avec des bizarreries dans le caractère; elle refusait souvent alors de manger et même de parler. — Un jour, après avoir inutilement employé toutes les voies de douceur et de persuasion pour m'emparer de sa confiance et la retirer de cette mélancolie profonde, on vint m'appeler pour la contraindre à se lever de dessus une pierre sur laquelle elle était accroupie, se refusant à toute espèce d'occupation : un bain tiède prolongé pendant deux heures, et suivi d'une douche légère, obtint de sa part la promesse d'un travail assidu. Quelque temps après, outre l'administration des bains tièdes et de légers laxatifs, outre les promenades

mais, dans la circonstance actuelle, une discussion de priorité étant soulevée, je demande la permission d'établir une limite artificielle uniquement destinée aux besoins de la polémique actuelle, et qui pourrait naturellement disparaître dans un historique général de la question, tel qu'il devra être légué par nous aux générations suivantes. Cette limite sera naturellement la première opération de section musculaire ou tendineuse sous-cutanée pratiquée authentiquement par M. J. Guérin. En effet, si je ne m'abuse, il ne s'agit à cette heure à l'Académie que de la méthode sous-cutanée, comme *méthode opératoire*, et nullement des maladies qui peuvent réclamer son emploi et des travaux théoriques qui ont préparé ses perfectionnements et sa généralisation.

La première opération sous-cutanée pratiquée par M. Guérin date du 2 décembre 1837, si je m'en rapporte aux textes publiés, seule base certaine que je puisse adopter. Cette date, au reste, me paraît facile à justifier, et je m'y tiens, à moins que des documents authentiques ne me démontrent mon erreur.

J'ai admis plus haut deux sources à la ténotomie sous-cutanée. L'une est étrangère. Ammon, qu'il ait vu ou non l'opération de Dupuytren, et qu'il l'ait ou non rapportée fidèlement, ne l'en a pas moins publiée (1823), pendant que, de son côté, Coster la faisait simultanément connaître à Paris.

Mais ses destinées furent bien différentes en France et à l'étranger. Ici, où on lit peu en général, elle tombait dans l'oubli. Là, au contraire, elle se répandait, et, chose singulière, c'était la version de Coster qui était publiée en Angleterre par Charles Averill (1823), en Allemagne par Froriep (1823). Michaëlis l'insérait également dans le journal de Græfe et Walther (1824) (1); et bientôt après Stromeyer (1826 ?), modifiant le manuel opératoire de Dupuytren, de manière à en faire un procédé sous-cutané très convenable, divisait le sterno-mastoïdien chez un garçon de huit ans, et avec un succès complet. Le 26 avril 1836 il renouvelait encore cette tentative sur une femme de plus de cinquante ans, et dans un cas bien plus compliqué. Il coupa d'abord la portion sternale (26 avril), puis la portion claviculaire (26 mai), puis enfin une portion du trapèze (14 septembre).

Dès 1830, d'après les *Leçons orales* (pag. 457), Dieffenbach connaissait l'opération de Dupuytren et la considérait comme simple, avantageuse et destinée à rendre les autres méthodes désormais inutiles. D'après ce passage : « *L'opération fut suivie presque toujours instantanément de succès,* » il paraît évident qu'avant 1830 le chirurgien de Berlin avait plusieurs fois divisé le sterno-mastoïdien par un procédé éminemment sous-cutané.

Les Anglais suivaient l'impulsion. Vers la fin de 1832 un des grands chirurgiens de notre époque, Syme d'Édimbourg, divisa, par un procédé sous-cutané, le sterno-mastoïdien chez un garçon de six ans. Je le répète encore, ces documents publiés bien avant toute discussion de priorité sont très importants pour l'histoire.

Tel avait été le développement de l'essai auquel Dupuytren et ses compatriotes avaient attaché si peu d'importance. Quant au procédé si controversé mis en usage par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, tout ce que j'en peux dire, c'est que : 1° s'il était aussi parfait que le ferait croire la deuxième édition des *Leçons orales*, il a été très bien suivi par les étrangers ; 2° s'il était aussi défectueux que le laisserait soupçonner Coster, il a été singulièrement perfectionné en Allemagne et en Angleterre, remarque qui du reste a déjà été faite par Dezeimeris à peu près dans les mêmes termes.

Mais à Dupuytren seul n'appartient pas l'honneur d'avoir préparé ce progrès remarquable. A Delpech aussi revient une large part. Son *Mémoire sur les pieds bots* (1823), son *Traité d'orthomorphie* (1828), dans lequel l'orthopédie moderne a puisé largement et pratique et théorie, étaient connus et appréciés à l'étranger. Ammon en faisait l'éloge et s'étonnait, s'indignait presque que d'aussi belles idées fussent restées infécondes en France. Stromeyer, qui n'ignorait ni Dupuytren ni Delpech, commentait le dernier vers 1830, modifiait heureusement son procédé, de manière à le rendre véritablement sous-cutané, et pratiquait le 28 février 1831 la section du tendon d'Achille, qu'il répétait ensuite cinq fois encore jusqu'en 1834.

Je dois encore citer ici Dieffenbach : en 1830 il coupa les tendons fléchisseurs de la jambe à un jeune garçon de dix ans, à Charlottembourg ; il fut imité par Stromeyer, et il imita à son tour ce dernier dans le traitement du pied bot. Dieffenbach publia à Berlin, en 1839, une brochure dont le titre

(1) Voir, pour cet historique, Dupuytren, *Leçons orales*, 2e édit., 1839, t. III, pag. 454. — J. Guérin, 3e *Mémoire sur les difformités du tissu osseux*, pag. 71 et suivantes, et *Gazette médicale*, 5 mai 1838. — Dezeimeris, *L'Expérience*, 1838. Je n'ai pas encore eu le loisir de recourir moi-même aux originaux. Je décline donc momentanément la responsabilité des assertions, elle incombe aux auteurs que j'ai cités ici. La vérification sera d'autant plus nécessaire, que j'entrevois dans les dates et dans les textes des contradictions qui dans ce moment m'embarrassent beaucoup. Au reste, pour témoigner de ma bonne volonté, j'accepte particulièrement les citations faites par M. J. Guérin lui-même dans les éclaircissements historiques qui suivent le 3e Mémoire qui traite des torticolis anciens.

---

journalières en dehors de l'hospice, je la fis assister à la leçon de musique : d'abord refus de chanter, que les moyens de persuasion et de patience ne peuvent vaincre ; insistance de ma part, menaces de la douche ; irrésolutions ; elle chante ; on vante la souplesse de sa voix, la présence d'un sexe différent l'encourage et l'excite. Les jours suivants, recherche dans sa toilette, négligée jusque-là ; désir de plaire ; les règles apparaissent, excitation plus grande pendant leur durée. Bains tièdes avant et après l'écoulement de ce flux périodique, continuation des mêmes soins physiques et moraux ; elle travaille à la tapisserie, son humeur sombre se dissipe, elle entrevoit la possibilité de faire son salut dans le monde, réveil des sentiments affectueux. Deux mois se passent dans la convalescence, un ennui violent succède à l'apathie, elle demande avec instance un congé, qui lui est accordé et qui est bientôt suivi de sa sortie.

Catherine, régulièrement menstruée depuis l'âge de seize ans, mariée, est entrée à l'asile d'aliénés d'Auxerre le 13 juin 1839, à quarante-deux ans. Sa constitution est robuste, son tempérament nervoso-sanguin ; elle est issue de parents sains. J'ai appris qu'à la suite de lectures de romans cette femme s'était adonnée à la méditation des vérités religieuses, et avait particulièrement cherché à pénétrer les mystères de la création. Peu à peu son intelligence s'égara sous l'influence de la crainte d'avoir commis un péché d'orgueil, et bientôt après elle s'imagina être possédée du diable, qui, disait-elle, luttant dans sa tête avec l'esprit du bien, finissait toujours par être victorieux. Insensiblement ces idées prirent un empire plus absolu sur son imagination, elle perdit le sommeil, et au bout de deux ans et demi cette femme se porta à des actes de violence sur plusieurs individus, et principalement sur ses enfants, ce qui détermina son mari à la faire entrer dans l'asile.

Le lendemain de son admission, un des médecins de l'établissement envoya à M. le préfet l'attestation suivante :

« J'ai visité le jour de son entrée la femme C... ; elle est triste, pleure continuellement, se croit damnée ; toutes les réponses qu'elle fait se rapportent à cette même idée ; je la regarde comme lypémaniaque ; j'ai su par son mari qu'elle avait aussi penchant au suicide ; sa maladie remonte au mois de septembre 1837. »

seul annonce l'extension considérable qu'il avait donné aux sections tendineuses. Voici ce titre : *Observations d'orthopédie sous-cutanée ou de guérisons de contractures congénitales ou acquises des membres au moyen de la section des tendons et des muscles raccourcis sous la peau.* Il affirme avoir traité déjà par la ténotomie plus de trois cents pieds bots, soixante torticolis, un grand nombre de contractures des bras, des doigts, des pieds et des orteils, des articulations du genou et de la hanche, etc. (1). En faisant même la part de l'exagération, je ne puis me refuser à croire qu'avant la fin de 1837 la ténotomie n'ait été faite un grand nombre de fois par le célèbre chirurgien de Berlin.

Un jeune médecin anglais, W. J. Little, opéré en 1836 par Stromeyer, retourna à Londres y porter la démonstration non équivoque du succès. Il se mit à opérer pour son propre compte, et trouva de nombreux imitateurs en Angleterre et aux États-Unis. Pendant que la même pratique se répandait en Allemagne de tous côtés, M. Bouvier en 1838 décrit avec soin la méthode que pour sa part, conjointement avec M. Duval, il généralisait en France. On ne s'en tient plus au tendon d'Achille et au sterno-mastoïdien : le jambier antérieur, le jambier postérieur, l'aponévrose plantaire, les fléchisseurs du genou, le couturier, le pectiné, le trapèze, les muscles extenseurs et fléchisseurs du gros orteil sont divisés par les procédés sous-cutanés. Certains sujets avaient à eux seuls subi jusqu'à vingt sections, simultanées ou à diverses époques, et cela ne me surprend nullement : il suffisait d'avoir lu le passage de Delpech que je citais dans l'article précédent pour arriver sans efforts à ces opérations multiples. Les chirurgiens étrangers, par le seul fait de leurs lectures et de leur érudition, avaient rapidement compris les ressources très étendues des sections tendineuses, preuve entre mille des avantages que l'on retire en se donnant simplement la peine de lire quelque peu ce que font les autres, et en ne se renfermant pas orgueilleusement dans sa personnalité.

J'ai fait l'exposé rapide de la phase étrangère, j'ai mis de côté et à dessein, pour ne pas scinder le tableau, tout ce qui est relatif au procédé opératoire. Je devrais maintenant montrer comment les étrangers nous ont rendu la ténotomie après nous l'avoir empruntée, très hésitante et très imparfaite encore; mais je préfère examiner maintenant ce qui se passait en France depuis Delpech et Dupuytren jusqu'à la fin de 1837. Dans la phase française, j'aurai à rechercher ce qui nous appartient en propre, et ce qui peut être considéré comme une émanation de la pratique étrangère. Ce coup d'œil rétrospectif sera l'objet d'un prochain article.

(1) Voir Borchard, *Rapport à la Société de méd. de Bordeaux*, dans l'*Expérience*, mai 1840 ; Phillips, *De la ténotomie sous-cutanée*, 1841, p. 46, 102, 176. Suivant cet auteur, Dieffenbach aurait été décidé par l'exemple de Little, à faire la section du tendon d'Achille. Il n'aurait donc commencé ses opérations qu'en 1836. M. Bouvier parle dans le même sens, *Mém. sur les pieds bots*, 1838, dans *Mém. de l'Acad. de médecine*, t. VII, p. 478.

AR. VERNEUIL,
Agrégé à la Faculté de médecine de Paris

Nous avions loué M. Guérin de sa tenue réservée et presque modeste, soit dans sa réplique au premier discours de M. Velpeau, soit dans l'exposé qui sert en ce moment de base au débat sur la méthode sous-cutanée. Nous avons à regretter aujourd'hui qu'il ait provoqué ailleurs, par d'imprudentes allusions, des colères qui, une fois soulevées, devaient naturellement chercher à se faire jour par la voie la plus directe et la plus retentissante, c'est-à-dire par la tribune académique. C'est assurément un bon procédé, à l'égard des corps savants, que d'écarter de leur sein et d'écouler dans la presse la partie amère et irritante des discussions ; mais ce serait trop exiger, d'un membre qui se sent blessé par un collègue hors de l'enceinte, que de lui interdire de se défendre au dedans. Si M. Guérin use d'un droit strict en se donnant deux rôles, un dans la GAZETTE MÉDICALE et un à l'Académie, il ne doit pas oublier que la convenance est ici plus forte que le droit ; et nous doutons d'ailleurs qu'il se félicite de son calcul, après le discours atterrant et la virulente péroraison de M. Malgaigne.

Au milieu de ces tempêtes, nous continuerons à apprécier tranquillement, avec les seules armes de la vérité et de la conscience, les questions d'histoire, de doctrine et de pratique actuellement pendantes. D'anciens souvenirs nous porteraient à exposer avec modération des dissentiments profonds, surtout au point de vue historique, si ce n'était d'ailleurs la règle de notre polémique.

— Au début de la séance, M. Baumès (de Lyon) a fait, sur les diathèses, une communication dont les préoccupations du moment n'ont pas permis de goûter toute la valeur. M. Baumès a soulevé une grande question, que nous comptons traiter quelque jour avec le soin qu'elle mérite.

A. DECHAMBRE.

L'état de C... resta stationnaire jusqu'à la fin de février 1840, où l'on constata plusieurs jours lucides ; la femme C... travaillait à la cuisine ; elle était fort tranquille, espérait guérir, et ne se plaignait de rien. Mais cette amélioration fut passagère, car, dans son rapport du mois de mars, ce médecin écrivait : « Le mieux a duré jusqu'au 7 ou 8 mars, et depuis cette époque elle est retombée dans le même état. »

En avril, C... vit son père et ses enfants ; elle en ressentit une impression mêlée de tristesse et de larmes ; trois jours s'écoulèrent avec calme, mais le quatrième elle retomba dans sa position précédente, ce qui fit penser que l'interrogatoire antérieur à son jugement d'interdiction pourrait produire des impressions fâcheuses sur son imagination, beaucoup trop frappée d'idées lugubres.

En mai, après la nouvelle de la mort de son mari, elle fit plusieurs tentatives de suicide.

En juin, elle subit son interrogatoire, et eut assez d'empire sur elle-même pour répondre avec justesse aux diverses questions qui lui furent posées, ce qui n'est point rare chez les aliénés, surtout dans les cas de monomanie.

Vers la fin de juillet, le médecin de l'asile ne remarqua aucun changement dans l'état de cette malade, qu'il jugea, avec raison, devoir être maintenue dans l'établissement.

Au mois d'août 1840, je constatai la démonomanie, avec penchant au suicide, céphalalgie, insomnie, hallucinations de l'ouïe, de la vue et de l'odorat, etc. J'employai d'abord des procédés doux et bienveillants pour m'emparer de la confiance de C..., et détruire peu à peu ses convictions erronées ; mais voyant que mes visites amicales et mes conversations fréquentes n'obtenaient aucun résultat, je crus devoir abandonner ce mode de traitement, et cherchai depuis ce jour une circonstance favorable pour produire une forte commotion et faire une diversion profonde à ses idées. Cette circonstance ne tarda pas à se présenter. M'apercevant qu'elle aimait à fixer les regards et à voir les personnes qui l'entouraient s'apitoyer sur son sort, je saisis le moment opportun où son délire était le plus intense pour tourner en risée, devant ses compagnes, sa

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Recherches sur les effets anesthésiques de l'amylène, par M. G. Tourdes, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Nous avons, dans le n° 6 de la Gazette hebdomadaire (p. 97), *rapporté les premières expériences faites en Angleterre et en France sur l'emploi de l'amylène comme anesthésique. Le travail que veut bien nous envoyer aujourd'hui M. le professeur Tourdes a l'avantage tout à la fois de contenir tous les renseignements qui peuvent intéresser le chirurgien quant à la découverte de l'amylène, à sa constitution chimique, à sa préparation, à ses propriétés, et d'apporter de nouvelles expériences à l'appui de ses effets anesthésiques. C'est donc une étude complète de cet agent que nous pouvons offrir au lecteur.* A. D.

L'anéantissement de la douleur, dans les opérations chirurgicales, est une des plus magnifiques découvertes des temps modernes ; mais cet immense avantage est contre-balancé par un péril. Sans doute, on s'est exagéré les dangers qu'entraîne l'emploi des anesthésiques qui sont aujourd'hui en notre puissance. Entre des mains prudentes et exercées, ce danger est presque nul, la chance fatale est minime ; elle existe cependant, et elle plane sur chaque opération. En présence d'un bienfait incontestable et d'un péril plus que douteux, le médecin ne peut refuser à ses malades l'application de l'anesthésie. Le chloroforme s'est introduit dans la pratique de tous les jours, et son règne n'est pas près de finir. Il reste cependant à chacun de nous une vague inquiétude et une arrière-pensée. On conserve l'espérance qu'un jour viendra où la science, faisant un pas nouveau, découvrira un agent aussi puissant et plus sûr que ceux que nous possédons aujourd'hui. Il existe toute une série de corps, mine encore inépuisée, qui nous promet ce *type des anesthésiques*, à l'aide duquel le médecin, analysant les fonctions, éteindra à son gré celles dont le silence lui sera nécessaire.

A côté de la recherche de cet anesthésique absolu, une autre étude est encore utile. Chaque anesthésique peut avoir ses indications et ses applications particulières, suivant les âges et les maladies, suivant la nature et la durée des opérations. A tous ces titres l'annonce d'un nouvel agent est accueillie avec l'intérêt le plus vif ; on a hâte, pour ainsi dire, d'apprécier la valeur d'une découverte qui peut être un nouveau bienfait pour l'humanité, et de tous côtés les expérimentateurs se mettent à l'œuvre.

Historique. — L'histoire de l'amylène peut encore se résumer en quelques lignes : cette substance a été découverte par M. Balard en 1844 ; M. John Snow, médecin anglais, a eu l'insigne honneur de reconnaître ses propriétés anesthésiques. Après l'avoir expérimenté sur des animaux et sur lui-même, le 10 novembre 1856, il l'emploie chez deux jeunes gens pour des extractions de dents ; la réussite est incomplète. Le 4 et le 5 décembre, il obtient un succès remarquable dans des opérations légères. Le 13 décembre, on entreprend des opérations plus graves. M. Fergusson pratique l'amputation de la cuisse et l'opération de la taille ; le 10 janvier 1857, M. Snow fait connaître sa découverte à la Société royale de Londres : les opérations étaient alors au nombre de vingt-deux. Voici les principaux faits constatés par l'inventeur : Le temps nécessaire pour produire l'anesthésie a varié de deux à six minutes ; l'amylène était versé sur une éponge ; les doses employées s'élevaient d'une demi-once à trois onces. On n'a observé ni salivation ni nausées. Le coma était moins profond qu'avec le chloroforme. On a quelquefois noté de la rigidité et des mouvements convulsifs. L'intelligence a paru persister chez deux malades, quoique la sensibilité fût éteinte. La respiration et la circulation s'accéléraient. La face devenait turgescente.

M. Smith, médecin accoucheur, réussit à enlever, par l'amylène, la conscience des douleurs qui accompagnent les contractions utérines, en déterminant une anesthésie complète mais fugace. Les contractions conservaient toute leur force. Il produisit, sans aucun inconvénient, l'insensibilité et la stupeur pendant les dernières douleurs de l'accouchement.

A Paris, la découverte de l'amylène a été contrôlée par de nombreux et habiles expérimentateurs. Le Bulletin de thérapeutique, la Gazette hebdomadaire, la Gazette médicale, l'Union médicale, les Archives de médecine, ont déjà publié la relation de ces essais. Quelques difficultés se sont produites au sujet de la pureté de l'amylène ; un chirurgien a d'abord fait usage de l'amylène impur et fétide, qu'on obtient au moyen de l'acide sulfurique. Après quelques insuccès, quelques hésitations inévitables dans une question nouvelle, l'observation paraît avoir généralement confirmé les assertions du médecin anglais.

La pureté de l'agent est la première de toutes les condi-

---

prétendue possession, et lui faire sentir que ses idées vicieuses, imaginaires, manquaient de réalité Je la menaçai de la douche si elle persistait à caresser ses chimères ; au lieu de combiner ses efforts, afin de les chasser graduellement de son intelligence par une sage diversion, et comme elle continuait à délirer dans le même sens, j'effectuai ma menace à l'instant même. Son amour-propre reçut une rude atteinte de ce changement subit à son égard, elle parut consternée. Pendant deux jours C... causa moins de ses idées erronées, mais le troisième elle manifesta son indifférence sur l'emploi de la douche, qui, disait-elle, mettrait un terme à ses souffrances et à ses idées de mourir. Je la fis aussitôt plonger dans un bain tiède, et après qu'elle y eut séjourné trois quarts d'heure, j'ordonnai qu'on lui fît sentir sur la tête la colonne d'eau froide, jusqu'à ce qu'elle m'assurât qu'elle s'efforcerait de ne plus parler désormais de sa possession imaginaire, et d'éloigner son attention de ses idées délirantes en l'appliquant à un travail mécanique. C... promit tout ; je fis cesser la douche ; on la porta dans son lit ; j'eus pour elle les plus grands égards, et prescrivis une potion légèrement antispasmodique. Le lendemain elle se mit à tricoter ; je fis alterner le travail avec de longues promenades en dehors de l'asile comme moyen de distraction, et dans le but de favoriser les sécrétions et le sommeil. Je défendis aux gardiennes de l'entretenir de ses idées délirantes, et je leur prescrivis de la menacer, dans le cas où elle en parlerait la première, de m'avertir, ce qui lui vaudrait une douche.

C'était vers la fin d'août ; les six premiers jours de septembre s'écoulèrent avec calme ; mais le septième, époque peu éloignée de la menstruation, elle se plaignit d'une céphalalgie et d'un bourdonnement d'oreille continuels. J'ordonnai un bain tiède, les règles parurent sans autres accidents qu'une irritabilité plus grande, qui cessa quelque temps après l'écoulement sanguin. Du 6 septembre au 1er octobre il ne survint aucun changement digne d'être mentionné. Continuation des mêmes moyens. Du 1er au 5 octobre, écoulement menstruel, susceptibilité plus grande. Le 10, C... est tout à fait calme ; sur sa demande, j'ai écrit à sa fille de venir la voir ; elle a versé d'abondantes larmes en l'embrassant, lui a donné

tions pour les substances anesthésiques; l'étude pharmaceutique doit précéder l'examen des propriétés médicales. C'est conformément à ce principe que M. Hepp, pharmacien en chef des hospices civils de Strasbourg, a bien voulu s'associer à nos recherches; il a mis à notre disposition de l'amylène pur; il nous a communiqué la notice pharmaceutique que l'on va lire; il a pris part à toutes nos expériences, dont il adopte les conclusions générales, et je constate ici avec reconnaissance son habile collaboration.

Ce travail se divise en quatre parties : 1° l'étude pharmaceutique; 2° les expériences sur les animaux; 3° les observations; 4° le résumé et les conclusions.

I. Notice pharmaceutique.

Origine. — Les eaux-de-vie de marc, les liqueurs qui résultent de l'action du ferment sur la fécule de pomme de terre, possèdent une saveur désagréable, qui provient d'une matière huileuse, connue sous le nom d'*essence de pomme de terre*. On a dérivé de l'essence de pomme de terre un grand nombre de composés, offrant une analogie telle, avec ceux que l'on a obtenus de l'alcool, que les chimistes n'ont pas hésité à regarder cette essence comme un véritable alcool auquel ils ont donné le nom d'*alcool amylique*.

En mettant en contact avec l'alcool amylique des agents de déshydratation, tels que l'acide sulfurique, l'acide phosphorique concentré, les gaz fluo-boriques et fluo-siliciques, le chlorure de zinc en solution concentrée, on obtient un hydrogène carboné, $C^{10}H^{10}$, homologue au gaz oléfiant, auquel M. Balard a donné le nom d'*amylène*. Le chlorure de zinc est celui des corps employés par M. Balard qui exerce l'action la plus nette.

Par l'action de la chaleur et du chlorure de zinc, on décompose l'alcool amylique en trois carbures d'hydrogène inégalement volatils.

Propriétés. — M. Balard a réservé le nom d'amylène au carbure le plus volatil. C'est un liquide incolore, très fluide, d'une pesanteur spécifique de 0,661, à 12 degrés; la densité de sa vapeur est de 2,45 ou 2,68 suivant les auteurs; le point d'ébullition est à 35 degrés.

Voici le tableau comparatif des densités du chloroforme, de l'éther et de l'amylène :

	Chloroforme.	Éther.	Amylène.
Pesanteur spécifique....	1,506	0,715	0,661
Densité de la vapeur....	4,199	2,250	2,450 ?
Point d'ébullition.......	60°	35°,6	35°

Nous donnons, pour la pesanteur spécifique et pour le point d'ébullition du chloroforme et de l'amylène, les résultats obtenus par M. Hepp. Le point d'ébullition de l'amylène avait déjà été fixé à 35 degrés par Frankland, au lieu de 39 degrés, chiffre indiqué par d'autres chimistes.

Le point d'ébullition de l'amylène, inférieur à la température animale, est tel, qu'introduit dans les vaisseaux il s'y vaporise brusquement; il y circule à l'état de gaz, rapidement éliminé par les poumons.

L'amylène est soluble dans l'alcool et l'éther; il est à peu près insoluble dans l'eau.

L'odeur de l'amylène est, suivant l'expression de M. Snow, moins agréable que celle du chloroforme, moins désagréable que celle de l'éther; elle n'est ni piquante, ni irritante, et elle n'excite, en général, aucune répugnance. Elle rappelle de loin l'odeur de l'huile de naphte.

Inflammabilité. — L'amylène s'enflamme avec facilité. Une éponge imbibée de cette substance prend feu rapidement; les vapeurs peuvent même s'allumer à une certaine distance de l'éponge. Il y aura donc des précautions à prendre pour les opérations d'anesthésie qui se feront à la lumière artificielle.

L'amylène brûle avec une flamme blanche, accompagnée d'un peu de fumée. Quand on compare sa flamme à celle de l'éther, qui brûle plus facilement encore, on distingue des teintes un peu foncées et légèrement rougeâtres dans la flamme de l'amylène.

Le chloroforme, au contraire, ne brûle qu'avec beaucoup de difficulté, et en donnant à la flamme une teinte verdâtre.

Congélation. — Un phénomène curieux s'est produit pendant les opérations d'anesthésie à l'aide de l'amylène. L'évaporation de ce corps est tellement rapide, qu'il s'est déposé sur l'éponge de petits cristaux blanchâtres formés par l'amylène congelé. Les cristaux placés sur la langue s'évaporaient rapidement en laissant une sensation d'éther.

Préparation. — La préparation de l'amylène n'offre aucune difficulté. On commence par rectifier l'alcool amylique en le secouant avec de l'eau, pour enlever l'alcool qu'il peut contenir; puis on distille sur du chlorure de calcium, en recueillant le produit au moment où le point d'ébullition arrive à 130 degrés. On mélange dans une cornue parties égales d'alcool amylique et de chlorure de zinc, marquant au moins 70 degrés à l'aréomètre de Baumé; on agite fréquemment pendant que la température s'élève, afin de faciliter la dissolution du chlorure de zinc. La distillation commence ver

des marques de tendresse, et l'a suppliée de la retirer de l'asile. J'ai profité de ce moment si satisfaisant pour l'envoyer à l'atelier des convalescentes, et la faire passer dans les dortoirs où elle a donné l'exemple du bon ordre.

Depuis le 10 octobre jusqu'au 30 novembre, la convalescence s'étant pleinement confirmée, C... obtient sa sortie sur sa demande instante et celle de sa famille.

Après quatorze ans de jouissance d'une bonne santé et de l'usage de ses facultés mentales, C... fut prise, à la suite d'une épidémie cholérique, de craintes imaginaires qui se portèrent d'abord sur sa santé, puis se fixèrent sur son sort à venir. Elle s'imagina de nouveau qu'elle avait commis les fautes qui avaient attiré sur sa tête la malédiction divine; qu'elle était damnée, possédée du diable, etc.

Réintégrée dans l'établissement le 13 janvier 1855, nous constatâmes que cette malheureuse était en proie aux hallucinations de l'ouïe, de la vue, de l'odorat et du goût, avec céphalalgie, insomnie, soif, inappétence, chaleurs d'entrailles, constipation, pouls à 68 pulsations.

Cette femme s'imaginait être possédée du diable; elle l'entendait, il lui apparaissait sous la forme de fantômes, elle en sentait les émanations fétides, et se livrait alors à des actes de violence, à des tentatives homicides qu'elle disait lui être suggérés par l'esprit malin. Cet état était suivi d'intervalles lucides, pendant lesquels elle appréciait très sainement sa situation, la déplorait, et demandait sa guérison avec instance et supplication.

Nous espérâmes que les mêmes moyens qui avaient si bien réussi en 1839 obtiendraient le même résultat. Ils furent, en effet, employés avec le même zèle, la même persévérance qu'à cette première époque, et de plus avec l'avantage que peut procurer une expérience de quinze ans. Mais la période du délire n'était plus la même, ni le système nerveux, ni la force de réaction de l'organisme. Persuasion, diversions, commotions, douleur, crainte réelle, frayeur de la douche, échouèrent complétement; nous fûmes obligés de renoncer à cet arsenal prématuré de la thérapeutique, plutôt propre, dans ce cas, à augmenter le mal qu'à le guérir. Des moyens doux, des bains tièdes, des antispasmodiques,

130 degrés. Le produit de la distillation est un mélange d'amylène, de paramylène et de métamylène, et est rectifié à la température du bain-marie. On ne recueille que la partie la plus volatile, qui est agitée avec son volume d'acide sulfurique concentré; c'est un moyen facile de séparer l'amylène des autres carbures qui se sont produits simultanément. Il suffit de distiller le liquide séparé par l'acide sulfurique dans un appareil sec pour disposer d'un produit irréprochable à l'emploi médical.

L'amylène obtenu par l'action de l'acide sulfurique sur l'acide amylique est d'une odeur repoussante d'urine de chat, due à un composé d'une nature particulière, contenant du soufre parmi ses éléments et dont la séparation est difficile. On obtient, du reste, par l'emploi de l'acide sulfurique peu d'amylène, beaucoup de paramylène, de l'éther et de l'aldéhyde amylique, la température étant portée jusqu'à 160 degrés pendant cette réaction.

La préparation au moyen du chlorure de zinc est encore la plus efficace; mais elle est jusqu'ici dispendieuse, et on n'obtient qu'avec assez de peine les grandes quantités d'amylène que paraît nécessiter l'emploi de ce moyen anesthésique. Ces difficultés ne seront très probablement que passagères, l'alcool amylique ayant en lui-même peu de valeur. Il n'est guère employé que pour la préparation de l'acide valérianique, et dans quelques usines il sert à l'éclairage.

Une expérience faite sur le paramylène a fait reconnaître qu'il ne possédait pas les propriétés anesthésiques de l'amylène.

II. Expériences sur les animaux.

Mode d'expérimentation. — Les expériences ont été faites sur des lapins. On s'est servi d'une bourse de caoutchouc, ayant d'un côté une ouverture ronde, dans laquelle on introduisait la tête de l'animal, et se terminant de l'autre côté par un prolongement de forme tubulaire. Ce prolongement permet à l'air extérieur de pénétrer dans la poche; on peut l'adapter à un tube de verre pour y introduire tel ou tel gaz, ou pour recevoir sous une cloche l'air expiré par l'animal.

On plaçait dans la poche une petite éponge imbibée d'une quantité déterminée d'amylène qui variait de 2 à 4 et 6 gram. Ce mode d'expérimentation permet de faire avec une certaine rigueur l'essai des substances anesthésiques. L'animal est placé dans des conditions toujours semblables; il respire librement, la tête engagée dans la bourse; il faut que le rebord de l'ouverture porte inférieurement sur les mâchoires; si la compression s'exerçait sur le larynx, elle déterminerait un étranglement mortel.

Voici les symptômes que nous avons observés:

Invasion. — L'animal reste d'abord immobile, et il retient sa respiration; bientôt il s'agite, il s'élance, cherchant à se soustraire au péril. Après cette agitation violente et une résistance désespérée, il s'arrête, il chancelle, il tombe sur le flanc. Ce premier effet s'est produit en un temps qui a varié d'une demi-minute à deux minutes et demie; sa moyenne était d'une minute.

Quand l'animal est sur le flanc, il n'est pas encore insensible. En pinçant les extrémités ou la queue, on détermine des mouvements ou même des convulsions.

Ici deux cas peuvent se présenter: ou bien l'animal tombe graduellement dans l'anesthésie, s'affaiblissant peu à peu, ou bien la période anesthésique est précédée par de la roideur et par des mouvements convulsifs.

Roideur générale et tremblement musculaire, voilà les deux phénomènes initiaux les plus fréquents. L'animal pousse quelquefois des cris.

Il s'écoule une ou deux minutes, depuis le moment où l'animal est sur le flanc jusqu'à celui où l'anesthésie est complète.

Sur seize expériences on a noté huit fois cette roideur et ce tremblement des membres, et il est probable que ces symptômes ont existé plus souvent. La roideur et le tremblement étaient quelquefois assez intenses: ces accidents duraient d'une demie à une ou deux minutes, et ils disparaissaient quand l'anesthésie devenait complète.

On peut donc admettre dans l'invasion deux périodes: la résistance volontaire, durant d'une demi-minute à deux minutes; la roideur convulsive avec tremblement, qui se prolonge pendant le même espace de temps.

D'autres animaux, une fois sur le flanc, arrivaient sans roideur convulsive à l'anesthésie.

Nous n'avons pas reconnu par quelles raisons cette période convulsive pouvait alternativement manquer ou se produire dans une série d'expériences faites sur le même animal.

Anesthésie. — L'anesthésie complète s'est établie en un temps qui a varié d'une à quatre minutes; la moyenne était de deux à trois. Quand un animal était soumis à plusieurs amylénations consécutives, dans les dernières il s'abattait plus facilement. En prolongeant suffisamment l'expérience, nous avons obtenu une anesthésie aussi complète que celle que

---

des narcotiques, des toniques laxatifs furent administrés; on promena la malade; des distractions, des consolations morales furent prodiguées, et préparent aujourd'hui la voie à une amélioration progressive, jusqu'à ce que l'à-propos d'une commotion décisive ou d'une crise soit saisi pour ramener encore, s'il se peut, la convalescence.

La première observation est pleine d'intérêt, en ce sens qu'on constate une réaction de la force conservatrice et médiatrice à la suite d'une impression morale, réaction qui se manifeste par des modifications physiologiques et mentales coïncidant entre elles.

La seconde prouve, avec la première, qu'à la suite d'impressions morales favorables, la nature n'arrive à la guérison qu'avec du temps: mais la rechute démontre, en outre, que pour que l'impression morale soit efficace et décisive elle doit être produite pendant une certaine période du délire, alors que la nature est préparée à la solution du mal, et qu'aucun résultat ne peut être obtenu sans le concours de la force vitale.

La brièveté d'une lettre m'empêche de rapporter ici un plus grand nombre d'observations de manie, de monomanie, qui semblent se dissiper *subitement* devant une impression morale, comme on dissipe une erreur par un raisonnement, mais qui, aux yeux d'un médecin très attentif, rentrent dans la catégorie des cas où la nature réagit puissamment sous une influence morale en employant néanmoins toujours un certain temps pour rentrer dans la voie d'équilibre qui constitue la guérison.

Que penser maintenant de l'affirmation de ces guérisons *instantanées*, si ce n'est qu'elles sont en désaccord avec le principe des périodes successives, que l'observation en fait justice, et que l'on peut conclure, sans crainte d'être démenti par les faits, que la folie est dans une de ses conditions essentielles une maladie nerveuse qui doit parcourir successivement ses périodes;

Qu'ici comme dans toutes les maladies, la nature tend à conserver et à guérir;

Que l'indication consiste à agir sur cette force conservatrice et médicatrice avec à-propos et avec mesure par des moyens hygié-

produit le chloroforme : insensibilité absolue, résolution des membres, corps semblable à une pâte molle, que l'on pouvait manier et pétrir à son gré.

Mais la stupeur ne restait pas longtemps à ce degré presque absolu ; elle diminuait promptement, elle se dissipait vite. Quand on enlevait l'appareil, l'animal se réveillait en une ou deux minutes ; l'anesthésie commençait à s'affaiblir au moment même, pour ainsi dire, où on cessait l'action de l'amylène. On n'obtenait pas de ces sommeils prolongés qui succèdent à l'emploi du chloroforme.

Quand la tête de l'animal restait engagée dans la poche où se trouvait l'éponge imbibée d'amylène, l'anesthésie se prolongeait davantage, entretenue par la persistance de la cause ; elle durait plusieurs minutes, suivant la quantité d'amylène employée ; mais, dès que l'évaporation avait raréfié la vapeur, on voyait promptement la connaissance revenir. La roideur et les tremblements qui avaient précédé l'anesthésie reparaissaient fréquemment, quand celle-ci commençait à diminuer.

L'animal se remettait un peu moins rapidement qu'à l'air libre, quand on remplaçait la calotte à éponge par la poche à tube effilé.

On pouvait donc à volonté prolonger l'anesthésie, mais à la condition de ne pas interrompre, ou de ne suspendre que pendant une minute au plus l'action de l'amylène.

Symptômes particuliers. — L'insensibilité s'établissait plus promptement dans les membres postérieurs que dans les antérieurs ; elle y persistait plus longtemps, le train de derrière restait affaibli pendant quelques instants.

Les yeux ont été quelquefois injectés et larmoyants.

La respiration a été souvent laryngée et ronflante ; on entendait un ronchus sonore, qui n'était nullement un signe défavorable. La respiration n'a jamais présenté ce ralentissement notable qu'on observe par l'oxyde de carbone ; elle s'accélérait au début et se ralentissait à peine pendant l'anesthésie ; elle éprouvait presque toujours une accélération notable quand l'animal commençait à se remettre.

Mode de rétablissement. — L'animal se remettait promptement ; le rétablissement était souvent précédé de roideur et de tremblement musculaire. Sur seize observations, on a noté cinq fois au moins ces symptômes. La respiration s'accélérait toujours. Deux ou trois minutes suffisaient pour dissiper l'anesthésie ; l'animal se relevait, et bientôt il pouvait marcher. En dix minutes, le rétablissement était complet, même dans les cas où l'action de l'amylène avait été prolongée pendant une demi-heure.

Innocuité de l'amylène. — L'innocuité de l'amylène résulte des faits suivants : On peut anesthésier le même animal un grand nombre de fois sans que sa vie soit compromise ; le rétablissement est rapide après les épreuves les plus multipliées. On peut épuiser sur un animal, dans sa poche de caoutchouc, les effets de 2, 4 et 6 grammes d'amylène et aller même au delà ; l'animal dort tant que l'anesthésique est en quantité suffisante ; il se remet dès que les vapeurs diminuent ; il revient complétement à lui, malgré les conditions défavorables où il est placé, la tête toujours engagée dans la poche de caoutchouc.

Avec le chloroforme, dans des conditions semblables, la mort est infaillible ; qu'on laisse l'appareil une ou deux minutes après que la stupeur est complète, l'animal a cessé d'exister. L'éther a présenté des résultats à peu près analogues à ceux de l'amylène ; dans un cas cependant où la quantité d'éther était considérable, l'animal a succombé. L'amylène était évidemment beaucoup moins dangereux que le chloroforme, peut-être même que l'éther.

Genre de mort. — Aucun animal n'a péri par les seuls effets de l'amylène, bien que cette substance ait été employée à très haute dose et que son action ait été prolongée. Un lapin a succombé, par suite d'une compression accidentelle du larynx, au moment où il était dans la stupeur. L'asphyxie est facile quand l'anesthésie est complète ; le plus léger obstacle à l'entrée de l'air est rapidement une cause de mort. On trouva sur cet organe une forte ecchymose. Les poumons étaient d'un rouge pâle, parsemés en arrière de quelques extravasations sanguines ; le sang était accumulé dans le cœur droit, distendu par un caillot volumineux et dense qui se prolongeait dans les gros vaisseaux. Un lapin qui avait succombé par l'éther, examiné comparativement, présentait une rougeur pulmonaire très prononcée, avec une forte ecchymose qui envahissait tout un poumon ; le sang était liquide et ne renfermait que quelques caillots diffluents. Le foie avait une teinte plus foncée que dans le cas précédent.

Inflammabilité de l'haleine chargée de vapeurs d'amylène. Peut-on enflammer l'haleine d'un animal anesthésié par l'amylène ? On produit avec facilité ce phénomène quand la substance est injectée dans les veines. Nous avons fait avec M. L. Coze l'expérience suivante : 3 grammes environ d'amylène sont injectés dans la veine jugulaire interne d'un lapin,

---

niques, pharmaceutiques et moraux indiqués et variés par l'expérience.

Cette manière d'envisager l'aliénation mentale et l'importance du traitement moral dans la cure de cette affection est, il me semble, conforme aux doctrines hippocratiques que je vous ai entendu professer dans vos sages leçons de clinique médicale à l'École de médecine de Lyon. Je m'estimerais heureux si elles méritaient l'approbation d'un homme dont j'ai toujours apprécié la science et le caractère.

Agréez, etc., Girard,

Médecin en chef, directeur de l'Asile d'aliénés d'Auxerre.

Erratum. A la première lettre, page 35, au lieu de : variant *entre* chaque quartier, lisez : *selon* chaque quartier.

Congrès d'ophthalmologie. — Les membres du comité de rédaction des Annales d'oculistique ont convoqué à Bruxelles un Congrès d'ophthalmologie, auquel seront invités tous les médecins des divers pays qui cultivent cette branche des sciences médicales ou qui s'y intéressent, et qui se réunira les 13, 14, 15 et 16 septembre prochain, c'est-à-dire immédiatement avant l'ouverture du Congrès des médecins et naturalistes allemands, qui doit se tenir à Bonn du 13 au 25 du même mois.

Le comité d'organisation est ainsi constitué :

MM. Fallot, président de l'Académie royale de médecine de Belgique, président ; Bosch, chirurgien à l'Institut ophthalmique du Brabant ; Hairion, directeur de l'Institut ophthalmique de l'armée à Louvain ; Van Roosbroeck, directeur de l'Institut ophthalmique du Brabant, membres ; Warlomont, rédacteur en chef des Annales d'oculistique, secrétaire général.

Toutes les lettres et communications relatives au Congrès doivent être adressées à M. Warlomont, secrétaire général du Congrès d'ophthalmologie, rue Notre-Dame-aux-Neiges, 27, à Bruxelles.

en dirigeant l'injection du côté du cœur ; l'animal est pris tout à coup d'une roideur convulsive; les yeux se gonflent au point que l'un d'eux, énormément distendu, semble prêt à sortir de l'orbite. Un prompt affaissement succède à cette agitation convulsive. On approche de la bouche un corps en ignition, l'haleine prend feu, et chaque expiration projette une flamme allongée. L'animal ne tarde pas à succomber. Le cœur et la veine cave inférieure renferment les bulles de gaz amylénique qui s'enflamment à l'approche d'un corps en ignition.

Nous avons recherché, avec M. Hepp, si l'haleine d'un animal anesthésié par la méthode ordinaire contenait assez d'amylène pour devenir inflammable. Quand l'animal était plongé dans la stupeur, on substituait à la bourse qui contenait l'éponge amylénée une autre poche de caoutchouc, qui se terminait par un tube de verre très effilé. Deux fois seulement nous avons cru voir une petite flamme se produire à l'approche d'un corps en ignition ; le plus souvent on n'obtenait aucun résultat ; l'air expiré agitait la flamme de l'allumette sans prendre feu.

L'inflammation était rapide lorsqu'on essayait l'air expiré qui traversait l'éponge imbibée d'amylène ; on enflammait à distance les vapeurs qui s'exhalaient de l'appareil ; chaque expiration produisait un jet lumineux.

Injection des vaisseaux. L'injection de l'amylène dans les veines a produit des convulsions, un affaissement subit, l'inflammabilité de l'haleine, une mort assez prompte ; nous avons ensuite examiné les résultats de l'injection dans les artères. Cette étude avait pour but de déterminer un des points d'analogie qui pouvait exister entre l'amylène, le chloroforme et l'éther. On sait, d'après les curieuses expériences de M. Coze, que le chloroforme injecté dans les artères détermine une roideur extraordinaire des muscles, roideur analogue à la rigidité cadavérique. L'éther sulfurique ne produit rien de semblable, les muscles conservent leur souplesse. Quelle que soit la cause de ce singulier phénomène, il était intéressant de rechercher si l'amylène agissait sur les muscles comme le chloroforme ou comme l'éther. L'expérience a été répétée par mon collègue le professeur Michel et par M. L. Coze ; l'injection a été poussée dans l'artère crurale et dans l'aorte descendante ; les membres ne sont pas roidis ; l'amylène n'agissait donc pas comme le chloroforme ; on constatait, au contraire, un nouveau point d'analogie entre cette substance et l'éther.

III. Observations.

Nous avons eu l'occasion d'employer l'amylène à la clinique des maladies des enfants. M. le professeur Rigaud en a fait usage avec succès à la clinique chirurgicale. Voici les détails de ces deux observations.

Obs. I. — Salle 67, n° 37. R., enfant de trois ans, scrofuleux, d'une constitution affaiblie par la misère, entre à l'hôpital le 16 février, atteint d'eczéma chronique avec excoriation de la face, de spina ventosa de plusieurs doigts et orteils, et d'ophthalmie granuleuse ; la paupière supérieure du côté droit commence à se renverser ; elle est couverte de granulations rougeâtres, presque fongueuses. Les cris et la résistance de l'enfant empêchent d'explorer les deux cornées transparentes. On se décide à cautériser les granulations et à anesthésier l'enfant à l'aide de l'amylène (on pourrait dire *amyléner*, *amylénation*). M. le professeur Michel veut bien se charger de cette petite opération.

Nous employons, pour appliquer l'amylène, un cornet de papier très épais, coupé à son extrémité pointue de manière à laisser à l'air un libre passage. Une éponge est fixée par une épingle au fond de ce cornet ; on l'imbibe d'amylène, puis on applique sur la face de l'enfant, au-devant de la bouche et des narines, la partie évasée du cornet.

Le petit malade est à jeun depuis huit heures du matin, précaution nécessaire à cet âge. L'opération commence à une heure vingt-huit minutes. L'enfant résiste, pleure, sans paraître éprouver de répugnance contre l'odeur de l'amylène ; il se débattait bien plus vivement quand on cherchait à lui entr'ouvrir les paupières. Il lutte pendant trois minutes ; l'éponge est imbibée de nouveau à deux ou trois reprises. Tout à coup ses cris diminuent ; ils cessent, et le petit malade devient insensible. On cautérise rapidement un des yeux ; la sensibilité revient presque aussitôt ; l'amylène est appliqué de nouveau à deux ou trois reprises, et l'anesthésie se reproduit ; on profite de cet instant pour cautériser l'autre œil, et en neuf minutes tout est terminé.

L'enfant n'est pas tombé dans ce coma profond qui est si facilement produit par le chloroforme. L'anesthésie n'a pas été jusqu'à la résolution musculaire, résultat inutile pour une opération de ce genre. La sensibilité, la mobilité et la connaissance ont été suspendues à deux reprises pour un instant ; elles ont reparu dès qu'on a cessé l'emploi de l'anesthésique. L'amylénation a suffi pour éteindre la douleur pendant une opération rapide.

Le pouls est resté à 108 avant comme après l'opération ; la respiration, accélérée par la colère du petit malade, ne s'est pas ralentie pendant l'anesthésie. Il n'y a pas eu de nausées. L'enfant s'est remis presque instantanément ; neuf minutes après l'opération, on lui a donné une friandise qu'il a prise avec avidité.

Obs. II. — Le 21 février, M. le professeur Rigaud a employé l'amylène, à la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine, dans un cas d'amputation de doigt nécessitée par une carie. Le malade est un homme d'une quarantaine d'années. M. Rigaud fait usage du procédé suivant :

Une éponge imbibée d'amylène est placée dans une espèce de godet fait avec une compresse doublée de taffetas gommé jusqu'à la moitié de sa hauteur. On verse sur l'éponge 20 à 25 grammes d'amylène, et on applique hermétiquement ce petit appareil sur la bouche et sur les narines du malade. L'odeur de l'amylène ne paraît pas l'impressionner d'une manière désagréable, mais l'effet est lent à se produire. Trois ou quatre fois une nouvelle dose d'amylène est versée sur l'éponge. Au bout de quinze à vingt minutes, une légère contraction se manifeste, accompagnée de quelques frémissements fibrillaires ; l'anesthésie se produit tout à coup ; on enlève la compresse ; l'insensibilité se prolonge pendant dix à quinze minutes, sans qu'on ait besoin de recourir de nouveau à l'amylène. On remarque, pendant cette période de stupeur, que la circulation se ralentit vers la fin de l'opération, que la respiration reste calme, accompagnée d'un léger ronflement, que la résolution des membres n'est pas aussi complète que par le chloroforme. Le réveil du malade est précédé d'un léger tremblement musculaire et d'un peu d'excitation hilariante. Il n'a pas eu de nausées ni de salivation. Le malade dit s'être endormi sans le savoir, avoir rêvé de jeux et avoir entendu une musique passagère ; il ne s'est pas aperçu de l'opération. Il revient à lui promptement. Au bout d'une demi-heure, il marche en éprouvant quelques vertiges, sans céphalalgie. Ces légers symptômes se dissipent très vite, et l'opéré se retrouve dans son état ordinaire. On avait employé 100 grammes d'amylène.

M. Rigaud considère ce premier essai comme très favorable à l'amylène. L'opéré n'a couru aucune espèce de danger ; il n'est pas tombé dans cet état d'oppression et d'asphyxie imminente qui accompagne souvent l'action du chloroforme. L'anesthésie s'est prolongée assez longtemps pour qu'il eût été possible de faire une opération importante, sans renouveler l'application de l'amylène. Ce dernier résultat mérite surtout d'être remarqué.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1857. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

PHYSIOLOGIE. — *Accommodation artificielle ou mécanique de l'œil à toutes les distances*, par M. *Stoltz*. L'auteur rappelle sommairement les expériences qu'il a faites à ce sujet dès l'année 1855. Dans la première expérience, on renverse un peu la tête en arrière; la paupière supérieure étant abaissée sur le globe de l'œil jusqu'à recouvrir environ la moitié de la cornée, on pose un doigt sur le rebord orbitaire au niveau de la commissure externe, sans toucher le globe oculaire, et on tire très légèrement en dehors la paupière supérieure, de manière à la tendre comme un voile qui comprime et aplatit modérément la cornée.

La seconde expérience est l'inverse de la première. L'auteur place un doigt à l'angle externe, un autre à l'angle interne de l'œil, et il comprime transversalement et très modérément le globe oculaire de manière à augmenter un peu la convexité de la cornée.

Dans ces deux expériences on se sert du petit appareil de Muller, qui consiste en deux épingles implantées à quelque distance l'une de l'autre. Dans la première expérience, l'œil aperçoit distinctement l'épingle la plus éloignée; dans la seconde, il voit clairement la plus rapprochée et distingue mal la plus écartée.

De ces expériences M. Stoltz conclut: 1° qu'un changement physique dans la disposition de l'œil est la cause de l'accommodation; 2° que ce changement est la cause unique et indispensable de l'accommodation; 3° que le changement survenu dans la disposition physique de l'œil semble porter presque exclusivement sur la couronne de la cornée. (*Comm.:* MM. Pouillet, Milne Edwards, Cl. Bernard.)

MÉDECINE. — *Mémoire sur l'ulcère contagieux de Mozambique* (*ulcère pianiforme*), par M. *Ph. A. Vinson*, de l'île de la Réunion. — Cette maladie, qui ne se voyait plus dans l'île de la Réunion depuis la suppression de la traite des noirs, est reparue depuis peu, en même temps que les hommes de la côte africaine amenés comme travailleurs libres. Elle est caractérisée par un ulcère de grandeur variable, mais disposé à s'étendre et à acquérir des dimensions considérables, toujours situé aux membres inférieurs, éminemment contagieux, à bords relevés et légèrement fongueux, à centre déprimé ou plat, et sécrétant une matière séro-sanieuse, fétide, abondante, qui pénètre en quelques heures les bandages les mieux faits. Le traitement indiqué pour le pian et la syphilis est aussi le plus efficace pour l'ulcère contagieux de Mozambique: à l'extérieur, les cautérisations répétées à l'aide d'un agent énergique (nitrate acide de mercure), liqueur de Plenck, etc.; à l'intérieur liqueur de Van Swieten; enfin, le pansement avec l'onguent égyptiac. Cet onguent a, de plus, l'avantage d'écarter les mouches, insectes que je regarde comme un des moyens de propagation de la maladie, quand après avoir demeuré plus ou moins longtemps sur un ulcère contagieux ils se transportent immédiatement sur une écorchure ou un ulcère simple. (*Comm.:* MM. Serres, Rayer, Cloquet.)

MÉDECINE. — *Note sur une affection spéciale aux mécaniciens et chauffeurs attachés aux chemins de fer*, par M. *H. de Martinet*. — L'exposition sans abri, sur les locomotives, expose les mécaniciens:

1° A un inconvénient professionnel dont on peut se rendre compte en passant la tête hors des wagons, c'est-à-dire à une trombe d'air froid qui paralyse la respiration, congestionne la face;

2° A une maladie professionnelle développée par l'inspiration des gaz oxyde de carbone, acide carbonique, qui s'échappent du foyer.

Le système nerveux est lésé, les sujets maigrissent, la faculté génératrice s'éteint, le corps est agité de soubresauts, de convulsions; l'intelligence faiblit. Des affusions froides sur le rachis me paraissent être, sous le rapport médical et hygiénique, le moyen principal à employer.

Comme prophylaxie, je voudrais demander aux administrations de réduire le travail des ouvriers en doublant leur nombre; d'adapter aux machines une galerie protectrice dans le genre de celle qui existe à la machine Crampton, soit mieux une galerie vitrée ou un treillage mécanique. Non-seulement il s'agit de la santé de plusieurs milliers d'ouvriers, mais aussi de la sécurité des voyageurs, car la fatigue produite par un long travail et l'exposition à l'air froid paralysent les forces des conducteurs, ne leur laissant pas assez de présence d'esprit pour la conduite de leur machine. (*Comm.:* MM. Serres, Rayer, Séguier.)

PHYSIOLOGIE. — *Ablation successive des capsules surrénales, de la rate et des corps thyroïdes sur des animaux qui survivent à l'opération*, lettre de M. *Philipeaux*. — L'auteur annonce qu'il a pu enlever, non-seulement les capsules surrénales, mais encore la rate et les corps thyroïdes sur deux jeunes rats albinos âgés de un mois. Aujourd'hui, ces animaux, âgés de trois mois, sont tout à fait bien portants quoique privés des capsules surrénales depuis soixante-sept jours, de la rate depuis vingt-six jours, et des corps thyroïdes depuis sept jours. En outre, M. Philipeaux possède un rat mâle vivant depuis quatre mois sans capsules surrénales, et un rat femelle depuis quarante-trois jours, sans aucune modification apparente dans leurs fonctions. La femelle, après l'opération, a été mise avec un mâle et a produit une portée de huit petits qu'elle a élevés. L'auteur maintient donc ses premières conclusions, et ajoute que les animaux peuvent vivre privés à la fois des capsules surrénales, de la rate et des corps thyroïdes, que par conséquent aucun de ces organes n'est essentiel à la vie, et qu'enfin ils ne sont pas chargés de se suppléer réciproquement, comme l'a prétendu M. Brown-Séquard.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 3 MARS 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet: *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1856, dans les départements de la Vendée, de la Dordogne, des Hautes-Alpes, de la Drôme et des Landes. — *b*. Deux rapports de M. le docteur *Dauvin* (de Saint-Pol), sur une épidémie de variole qui a régné, en 1856, dans les communes de Frevillers et de la Comté. — *c*. Un rapport de M. le docteur *Bocamy* (de Perpignan), sur une épidémie de fièvre intermittente qui a régné dans la commune de Salses à la fin de 1856. (*Commission des épidémies*.)

2° L'Académie reçoit: — *a*. Un mémoire de M. le professeur *Tourdes* (de Strasbourg), ayant pour titre: *Recherches sur les effets anesthésiques de l'amylène*. (*Comm.:* MM. Bégin, Velpeau, Jobert, *rapporteur*.) — Voir aux *Travaux originaux*.

Lectures et rapports.

HYDROLOGIE. — M. *O. Henry* lit, au nom de la *commission des eaux minérales*:

1° Un rapport sur une eau minérale ferrugineuse découverte à Pierrefonds (Oise). Cette eau est fournie par une source située à très peu de distance de l'eau sulfureuse destinée à la buvette. Elle offre une grande analogie avec les eaux du même genre de Forges, de la source de Bourdeilh à Plombières, dans lesquelles on trouve à la fois les carbonates de chaux et de magnésie à côté du crénate ferreux, dissous surtout à la faveur d'un léger excès d'acide carbonique, puis quelques sulfates de chaux, de soude, de magnésie, des chlorures alcalins et terreux et quelques principes siliceux peu importants.

La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter, au point de vue médical, l'eau de la nouvelle source ferrugineuse de Pierrefonds. (*Adopté.*)

2° Un rapport sur un produit ocracé naturel fourni par les sources de Vittel. C'est un composé naturel qu'on peut désigner

par la dénomination de produit *ferro-crénaté-manganésien*, dont la nature n'a été modifiée par aucune autre préparation qu'un séchage à une douce chaleur et un tamisage approprié. En l'absence d'un nombre suffisant de faits authentiques qui puissent démontrer l'efficacité réelle de ce produit ocracé, la commission propose de répondre qu'il n'y a pas lieu d'accorder, quant à présent, l'autorisation demandée. (*Adopté.*)

Pathologie médicale. — M. le docteur *Baumès* donne lecture d'un travail *sur les Diathèses*. (*Comm.*: MM. Jolly, Gibert, Trousseau.) Nous reviendrons sur ce travail.

Discussion sur la méthode sous-cutanée.

M. *Malgaigne*. Messieurs, la dernière fois que j'ai eu l'honneur de porter la parole à cette tribune, j'ai déroulé devant vous l'histoire de la méthode sous-cutanée. Je croyais avoir si bien établi l'origine et l'évolution de cette conquête chirurgicale, et avoir si impartialement et si nettement fixé les droits de tous ceux qui y ont coopéré, que je ne m'attendais guère à voir M. Jules Guérin soutenir avec une nouvelle obstination ses anciennes prétentions à la priorité. Mes objections lui ont paru si futiles, sans doute, qu'il n'a pas daigné les relever, les discuter; il s'est contenté d'y répondre bien indirectement par cette phrase de Pascal : « Tel dira une chose de soi-même sans en comprendre l'excellence où un autre comprendra une suite merveilleuse de conséquences qui nous font dire hardiment que ce n'est plus le même mot, et qu'il ne le doit non plus à celui d'où il l'a appris qu'un arbre admirable n'appartiendra à celui qui en aura jeté la semence, sans y penser et sans la connaître, dans une terre abondante qui en aurait profité de la sorte par sa propre fertilité. » Et ce passage a été recommandé à la sagacité de l'Académie. Que signifient donc ces paroles? Elles signifient que le XVIIIe et le XIXe siècle avaient jeté, à leur insu et comme à l'aventure, une bonne semence, et que cette graine choisie aurait été frappée de stérilité si elle n'eût eu la bonne fortune de tomber sur le terrain fertile de M. Guérin, où elle a germé et produit des fruits abondants. Mais, à ce compte, M. Jules Guérin aurait récolté ce qu'il n'avait pas semé! Puisque Pascal venait si bien à son aide, l'orateur aurait dû citer aussi cette autre phrase, que je trouve quelques lignes plus bas : « Mais il arrive bien plus souvent qu'un bon esprit fait produire lui-même à ses propres pensées tout le fruit dont elles sont capables, et qu'ensuite quelques autres, les ayant ouï estimer, *les empruntent et s'en parent.* »

Mais il est probable que ce que nous reproche surtout M. J. Guérin, c'est de n'avoir pas compris sa méthode; et il a raison de s'en plaindre si, depuis quinze ans qu'elle a vu le jour, elle est demeurée méconnue!

Étudions-la donc aujourd'hui telle qu'elle est sortie, dans une des dernières séances, des mains de son auteur.

Or, que trouvons-nous dans la méthode sous-cutanée? L'auteur nous le dit : des principes, un manuel opératoire et des résultats.

1° *Principes :* « Les plaies sous-cutanées ne suppurent pas; elles doivent ce privilége à l'absence de l'air... » — « Il ne s'agit pas du contact passager ou plus ou moins prolongé de l'air, mais de la communication non interrompue des plaies avec l'atmosphère. Là est la condition absolue du résultat absolu. » — « D'après l'expérience, la suppuration n'est produite qu'en vertu du contact permanent ou au moins très prolongé de l'air... Mais si l'on voit ordinairement le contact passager de l'air sans effet, si l'entrée de quelques bulles d'air, pendant l'opération, n'empêche pas ordinairement les plaies de se cicatriser immédiatement, il ne s'ensuit pas et nous n'admettons pas qu'il en soit toujours ainsi. »

2° *Procédé opératoire :* « On fait un pli à la peau; à la base de ce pli on pratique, avec le *ponctionneur*, une ponction qui pénètre jusqu'au tendon; puis on divise le tendon avec le ténotome à pointe et à talon mousses. Après l'opération, on expulse l'air qui a pu s'introduire dans la plaie, et on recouvre immédiatement cette dernière d'un morceau de diachylon gommé, en ayant soin de laisser les deux bouts du tendon écartés. »

Que faisait-on avant l'invention de la méthode sous-cutanée? Écoutez M. J. Guérin! — « Relativement à l'idée, on recherchait la cicatrisation immédiate des plaies tendineuse et cutanée par le rapprochement de leurs surfaces et à la faveur de l'inflammation adhésive. » — « Relativement au procédé opératoire, on ne faisait de la section tendineuse et de la plaie cutanée qu'une seule et même plaie, qu'une plaie directe et continue, à l'aide de la plus petite ouverture possible de la peau. » Comme vous voyez, messieurs, rien de plus différent que les principes et le procédé de l'ancienne méthode et ceux de la nouvelle. Mais aussi quelle différence dans les résultats! Avec les procédés anciens, dit M J. Guérin, l'érysipèle, le phlegmon, la suppuration, l'exfoliation du tendon, la gangrène, l'infection purulente! Avec la méthode nouvelle, rien de tout cela : les tissus se réunissent par *organisation immédiate, sans inflammation adhésive!*

Eh bien! s'il en est ainsi, oui! nous méconnaissions la méthode et ses avantages, et l'Institut s'est montré bien injuste en ne la récompensant pas plus dignement.

Mais la méthode sous-cutanée ne se ferait-elle pas illusion, par hasard? Les principes de la méthode!!! En quoi donc diffèrent-ils de ceux de J.-L. Petit, de Monro, de Brodie, de Delpech, de Stromeyer? et je pourrais ajouter de ceux de M. Held, de M. Alliot et bien d'autres encore qui ont écrit avant M. J. Guérin, qu'il fallait, dans toute opération, préserver, autant que possible, du contact de l'air les tissus entamés. M Guérin répond : « Dans le récit qu'on fait des vicissitudes d'une idée, on se complaît à citer les conflits d'affirmations et de négations qui lui ont imprimé tout à la fois le cachet de l'erreur et de la vérité; et lorsqu'il s'agit d'apprécier le travail de celui qui est parvenu à faire sortir la vérité de sa chrysalide, on ne lui laisse d'autre alternative que d'avoir ressuscité une vieille erreur ou de s'être emparé d'une vérité méconnue. » On a tort de m'adresser ce reproche; je n'ai point posé d'alternative, j'ai dit que la théorie du XVIIIe siècle était fausse; j'ai ajouté que la copie du XIXe était tout aussi fausse : et la chrysalide est encore à sortir!

Le procédé est-il plus nouveau que la théorie? M. Velpeau a surabondamment prouvé que la section sous-cutanée datait d'une époque bien antérieure à M. J. Guérin; mais il a accordé à ce chirurgien d'avoir imaginé le pli cutané, la ponction et l'emploi du ténotome mousse. J'en suis fâché pour M. Guérin, mais cela ne lui appartient pas plus que le reste.

Ammon, en 1823, dit que Dupuytren, dans une opération de ténotomie, fit une ponction à la peau et introduisit un bistouri mousse. Dieffenbach, en 1830, reproduisit le procédé de Dupuytren; et, depuis, il a eu occasion de l'appliquer trente-sept fois. — En 1826, Stromeyer, pour une opération du même genre, fait un pli à la peau et enfonce un bistouri à la base du pli. En 1837, même opération, même procédé. — Held, en 1836, conseille et pratique la ponction, qu'il fait suivre de l'introduction d'un bistouri boutonné. — M. Bouvier, en 1837, ponctionne aussi la peau et se sert d'un ténotome mousse pour couper le tendon.

M. Jules Guérin s'imagine-t-il avoir recommandé le premier toutes sortes de précautions pour mettre les incisions à l'abri du contact de l'air? Stromeyer écrivait en 1832 : « L'indication de faire les plaies extérieures aussi petites que possible pour éviter l'entrée de l'air fut parfaitement remplie. » Held, en 1836 : « Aussitôt après la section, il est bon de fermer la plaie avec le doigt pour empêcher l'introduction de l'air dans le vide laissé par la rétraction des deux bouts (du muscle ou du tendon). » En 1834, M. Alliot pratique l'incision de la peau à deux pouces et demi de distance du tendon, « afin d'éviter l'entrée de l'air. »

M. J. Guérin recommande de recouvrir la plaie d'un morceau de diachylon; Stromeyer appliquait dessus du taffetas d'Angleterre.

M. Guérin veut qu'on écarte les deux bouts du tendon : bien avant lui Dupuytren, Astley Cooper, Dieffenbach, Syme, Duval, ne faisaient pas autrement.

Mais, dira-t-on, la nouveauté de la méthode est dans les résultats! Messieurs, ici l'inventeur de la méthode sous-cutanée semble jeter un défi aux chirurgiens présents et passés. Il prétend qu'avant ses travaux on ne voyait qu'inflammations, suppurations et gangrènes à la suite des opérations de ténotomie. J'atteste que je n'ai

vu rien de semblable dans les auteurs que j'ai parcourus avec soin. J'ai beau recueillir mes souvenirs, je ne trouve aucun accident de ce genre dans les nombreuses opérations de ténotomie que j'ai pratiquées. J'ai interrogé M. Velpeau, M. Nélaton, M. Robert ; je leur ai demandé : Avez-vous jamais vu cela? Ils m'ont répondu : Jamais! Seul, M. Jules Guérin a eu à déplorer des accidents : il en rappelle trois dans son dernier discours. J'affirme que, dans toute l'histoire écrite de la méthode sous-cutanée, on n'en compte pas autant que dans les Mémoires de M. Guérin; et, pour me servir d'une expression de l'auteur, je ne crains pas une dénégation.

Quant à l'*organisation immédiate*, c'est une conception toute cartésienne, c'est une vue de l'esprit, c'est un rêve ingénieux, réalisé pour le besoin de la théorie et pour la consécration de la méthode. Non-seulement cette idée ne s'appuie sur aucune expérience, mais elle est encore démentie par les recherches d'Ammon, de Duval, de Held et de M. Bouvier, qui ont établi que jamais le caillot ne s'organise entre les deux bouts du tendon séparés.

Mais, dira M. Jules Guérin, de quoi se mêle la critique? Qui lui a donné la mission de réclamer contre les vivants au profit des morts? — Je ferai observer d'abord qu'il y a bien des vivants intéressés dans cette affaire. Puis les droits des morts ne sont-ils point sacrés? Et ne serait-ce pas faire preuve d'un défaut de sens moral que de ne pas protester contre la violation des tombeaux et de voir d'un œil indifférent les vivants se parer des dépouilles des morts? Oui, le droit comme le devoir de la critique, c'est de rendre à chacun ce qui lui appartient. Les vrais inventeurs n'ont rien à y perdre. Harvey ne m'a jamais paru si grand que depuis que M. Flourens a restitué à Galien, à Vésale, à Servet, à Colombo, à Césalpin et à Fabrice, la part qui revenait à chacun dans la découverte de la circulation du sang; leurs travaux sont comme les assises de la glorieuse pyramide sur laquelle reste seule dressée l'image d'Harvey!

A quels titres, à quels caractères reconnaît-on la véritable découverte? La vraie découverte, c'est celle qui est toute primitive, sans antécédents, et qui se fait pour ainsi dire d'emblée ; c'est celle qui n'est la propriété que d'un seul homme. C'est ainsi que Pecquet a la gloire d'avoir découvert le réservoir du chyle qui porte son nom.

Puis viennent les découvertes secondaires, qui consistent à trouver : 1° ce qui est déjà dans le domaine public (c'est ainsi que M. Alexandre Dumas passait pour avoir découvert la Méditerranée ; je n'ajouterai pas que quelques mauvaises langues ont fait à M. Jules Guérin l'honneur d'avoir découvert de la même manière la méthode sous-cutanée) ; 2° ce qu'un autre a perdu ; 3° ce qu'un autre n'a pas perdu. Le Code admet que, après trois ans, il y a prescription; mais la pensée ne prescrit jamais, dans les sciences la revendication est éternelle. Celui-là seul s'appellera à juste titre *inventeur*, qui aura fourni l'idée, le but, le moyen et le résultat de la chose nouvelle. A ce compte, qu'il y a peu de véritables inventeurs dans l'histoire des sciences médicales!

Une gloire moins brillante, mais non moins utile, est réservée à celui qui saisit une idée première oubliée ou méconnue, la féconde et lui donne tous les développements pratiques dont elle est susceptible. Mais pour que cette gloire soit complète, il faut au savant ce noble désintéressement qui rend scrupuleusement justice aux devanciers, et ne s'attribue que la part qui lui revient. Il a eu ce double et rare mérite, le chirurgien qui, de nos jours, a doté la science et l'humanité de la précieuse découverte de la lithotritie. Il a proclamé, avec une franchise qui l'honore, que l'idée était en germe dans les travaux de Gruthuisen; et vous savez si, cette fois, l'Institut a dignement récompensé le talent et la modestie de l'inventeur.

Mais la nouvelle méthode sous-cutanée peut-elle s'arroger des droits aussi fondés à notre reconnaissance? A-t-elle enrichi la science de quelque découverte réelle? Nous avons suffisamment démontré qu'il n'en était rien. A-t-elle rendu quelque nouveau service à l'humanité? Pas davantage. Mérite-t-elle seulement le nom de *méthode* qu'elle s'est donné? Assurément, non, s'il est vrai que le propre d'une méthode chirurgicale soit de fournir des applications et d'engendrer des procédés. A la vérité, on se flatte d'avoir étendu la ténotomie, d'avoir généralisé les incisions sous-cutanées. Mais, M. Jules Guérin ignore-t-il que, bien avant lui, l'opération de la ténotomie avait été appliquée, par Ch. Bell aux ligaments, par Stromeyer aux tendons, par Dupuytren aux muscles, par Astley Cooper aux aponévroses et aux nerfs, par Brodie aux veines, par Key aux ganglions, par Alliot aux corps étrangers articulaires? Ignore-t-il, enfin, qu'elle avait été généralisée par Bouvier, Stromeyer, Dieffenbach, Duval, etc.

C'est le cas de dire de la nouvelle méthode sous-cutanée :

> O méthode féconde,
> Qui fit tous ses enfants avant que d'être au monde!

A une autre époque, et devant une autre compagnie savante, deux chirurgiens, Lapeyronie et Lecat, qui croyaient aussi avoir inventé deux procédés nouveaux pour la taille, firent valoir leurs prétentions avec une ostentation superbe. Que fit le rapporteur de l'Académie royale de chirurgie? Il disserta longuement et savamment sur la taille ; mais, dans son travail, Lecat et Lapeyronie ne furent même pas nommés. Dans un temps plus rapproché de nous, l'Académie de médecine infligea une pareille leçon à Dupuytren, qui avait usurpé sur Sabatier ce qu'il appelait sa méthode *bilatérale.*

Abordons maintenant, messieurs, les théories de la méthode sous-cutanée. Quelle est l'idée fondamentale de la méthode? Le danger de l'air pour les plaies; d'où le moyen de les en préserver. Nous ne nions pas que la suppuration ne puisse se produire en vertu du contact permanent ou plus ou moins prolongé de l'air; car nous ne savons pas encore exactement quelle est la cause de la suppuration : mais ce qui nous paraît fort douteux, c'est que quelques bulles d'air suffisent pour produire des accidents graves dans les plaies. Et, d'ailleurs, remarquez à ce sujet les incertitudes, les hésitations de la méthode sous-cutanée: tantôt elle assure que la pénétration d'une faible quantité d'air est chose insignifiante, tantôt elle proclame que rien n'est plus grave et plus compromettant : « Il fallait, dit l'auteur, pour que l'organisation immédiate de la plaie s'effectuât à coup sûr, que la plaie fût évacuée de l'air qui avait pu s'y introduire pendant l'opération. » Mais tout à l'heure, vous affirmiez qu'une très petite proportion d'air était inoffensive, et, d'ailleurs, n'avez-vous pas imaginé la méthode sous-cutanée pour mettre les incisions à l'abri du contact de l'air? Toutes vos précautions sont donc insuffisantes, et votre procédé est impuissant et stérile, puisque vous reconnaissez qu'il permet l'accès de quelques bulles d'air, qu'il faudra chasser ensuite par une douce pression. Mais c'est là ce que je nie encore formellement. Comment voulez-vous que l'air passe à travers une étroite ouverture pratiquée dans des tissus qui reviennent immédiatement sur eux-mêmes et entre lesquels il n'y a pas de vide possible : ce que vous avancez là est physiquement impossible! et ni votre démonstration expérimentale ni votre démonstration rationnelle du fait ne sauraient me convaincre. Vous dites que vous avez entendu quelquefois l'air s'introduire à travers la ponction avec bruit de sifflement très sensible. Vraiment, il n'y a qu'à la méthode sous-cutanée qu'il est arrivé de pareils phénomènes!

Vous faites bon marché de nos expériences; vous n'en tenez même nul compte, parce qu'elles sont négatives ; mais est-ce là un argument sérieux? C'est une manière trop commode d'avoir raison de ses adversaires. Vous êtes le seul qui niez la valeur d'expériences négatives. Sans doute, des expériences de cette nature ne valent rien pour édifier une doctrine ou pour établir un fait ; mais contre une vaine doctrine, contre une fausse doctrine, elles sont toutes-puissantes, puisqu'elles démontrent l'impossibilité du fait fondamental.

Du reste, si ces preuves expérimentales ne vous paraissent pas convaincantes, croirez-vous au moins à celles qui nous sont fournies par l'observation clinique journalière, qui nous montre clairement que les plaies les plus à l'abri du contact de l'air peuvent s'enflammer et suppurer? N'avez-vous jamais vu de l'inflammation et de la suppuration survenir à la suite d'une piqûre, de l'opération de la cataracte, à la suite des fractures simples, des ruptures musculaires? Les tissus ne suppurent-ils pas encore sous une

eschare, qui les protége pourtant contre l'action de l'air? Et puis, comment expliquez vous que les mêmes lésions, toutes choses égales d'ailleurs, une piqûre, une incision, tantôt s'enflamment, tantôt ne s'enflamment pas, suppurent chez les uns, ne suppurent pas chez les autres! Vous parlez des ophthalmies! Mais ne savez-vous pas fort bien qu'il est des conjonctivites qui ne suppurent jamais, quelque exposées qu'elles soient au contact de l'air, tandis que d'autres suppurent quand même, quelques précautions qu'on prenne pour les préserver de cette influence? Vous citez encore l'exemple des vésicatoires qui s'irritent, dites-vous, sitôt qu'on les met à nu et suppurent : mais avez-vous oublié que les vésicatoires suppurent aussi sous l'épiderme et que, pour les faire sécher, on détache la pellicule épidermique et on les expose ainsi à l'action de l'air?

Que dirai-je de vos expériences sur l'action directement altérante des gaz contenus dans l'air et dont vous avez la preuve, dites-vous, « en enfermant dans des cylindres, clos hermétiquement, une certaine quantité de ces gaz en contact avec les liquides à éprouver. »

Ce sont là, sans doute, les fameuses recherches qu'on nous annonçait naguère! Je placerai volontiers ces expériences à côté de celle de Dufouart, qui, ayant soumis des morceaux d'une tumeur à l'action de divers réactifs, concluait qu'on pourrait administrer utilement chez le vivant ceux de ces réactifs qui étaient parvenus à dissoudre ces débris. C'est là encore du cartésianisme tout pur : de pareilles choses ne se discutent pas.

Cela me ramène à une question plus élevée. L'éminent auteur de la méthode sous-cutanée ayant demandé qu'on le suivît sur son terrain, et ayant revendiqué les droits des yeux de l'esprit contre les prétentions des yeux du corps, je me suis emparé de cet aveu, j'ai répondu à cet appel. Je lui ai dit, ce qu'il ne semblait pas connaître, le nom de sa philosophie et de son drapeau, et j'ai déployé le mien. M. Bouley, d'abord, a chaudement pris la défense de Descartes. Ce grand philosophe n'avait pas besoin d'avocat. Autant que M. Bouley, j'admire son génie et je m'incline devant ses belles conceptions. Mais il y a deux hommes dans Descartes : le physicien, le savant qui institue et proclame le doute philosophique, l'esprit de libre examen; et le métaphysicien qui proclame la suprématie de la réflexion sur les sens, de la conscience sur le témoignage des yeux. J'admire le savant qui doute et qui examine avant de conclure; je me défie du métaphysicien qui s'abstrait, qui se replie sur lui-même et qui nous donne ses rêves pour des réalités.

L'inventeur de la méthode sous-cutanée a protesté contre l'épithète de *cartésien*, et non à cette tribune, mais à une autre (car il est certaines choses qu'on ne hasarderait pas devant l'Académie); il a réclamé contre ces qualifications de drapeau, il a traité la philosophie de Descartes de surannée; il a déclaré qu'il n'était pas de ses disciples. Puis il a changé d'avis, et il a dit qu'il s'estimait très heureux de marcher sur les traces de Descartes. A quelques jours de là, il a prétendu que toutes ses idées lui appartenaient en propre et que Descartes n'y était pour rien; il a encore une fois renié son maître. C'est, sans doute, une autre question de découverte et de priorité à résoudre; pour le coup je ne m'en mêlerai pas. Mais écoutez la conclusion de ce bel article :

« Nous ne pensons peut-être pas qu'il faille, pour faire une découverte, tout cet attirail prétentieux et stérile du procédé baconien, ni, pour la démontrer, cette redondance de prétendues preuves qui ne sont utiles ni à ceux qui sont capables de comprendre, ni à ceux qui n'y sont pas aptes. Le charlatanisme scientifique nous est aussi antipathique que le charlatanisme professionnel. — Signé, *J. Guérin!* »

Le charlatanisme! Quel mot, messieurs! Je le ramasse parce qu'on me l'adresse : mais l'Académie me sera témoin que je n'avais point cherché à l'introduire dans cette discussion. Je sais qu'il y a des mots qui brûlent; j'aurais craint de faire crier la chair et les os; j'aurais craint que la cautérisation ne pénétrât jusqu'à la moelle!... Mais je m'arrête!... Si la patiente investigation de l'histoire, si l'étude approfondie de la science, si le désir scrupuleux de rendre à chacun ce qui lui revient, même à Descartes, si tout cela s'appelle quelque part du charlatanisme, eh bien! Pascal, tant de fois cité, nous a appris que les mêmes mots ne signifient pas partout les mêmes choses. Cette sorte de profession de foi n'a rien, d'ailleurs, dont je me sois blessé. Bien plus, je m'y associe de toutes mes forces; et si j'avais un désir à exprimer, ce serait qu'elle figurât désormais comme devise immuable au frontispice de la GAZETTE MÉDICALE!

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1857. — PRÉSIDENCE DE M. DUPARCQUE.

Sur les indications des eaux minérales (1),

par le docteur DURAND-FARDEL.

La thérapeutique n'existe à l'état de science qu'en tant qu'elle repose sur *les indications*. Un empirisme intelligent peut sans doute rendre quelques services; mais à la médecine rationnelle seule appartient la véritable thérapeutique, celle qui s'adresse aux indications. Les médecins les plus instruits et les plus expérimentés peuvent varier sur le choix des moyens à employer dans un cas donné : mais ils ne varieront pas sur les indications. C'est qu'il est toutes sortes de moyens de remplir une indication, tandis qu'il n'existe qu'une sorte d'indication dans le traitement d'une maladie.

Les indications de la médecine thermale n'ont guère été exposées que d'une manière très incomplète et encore à des points de vue fort restreints. Aussi les idées que la plupart des praticiens se font de cette médication ne s'élèvent guère au-dessus de l'idée d'une médication empirique, tour à tour objet d'espérances chimériques ou de défiances exagérées.

Il est possible de mieux faire aujourd'hui. Sans doute, nous sommes très loin de pouvoir établir d'une manière définitive les indications de la médication thermale en général, et de chacun des agents dont elle dispose en particulier. Quelle est d'ailleurs la partie de la thérapeutique qui puisse se vanter encore d'en être arrivée là? Nous pouvons cependant présenter sur ce sujet quelques considérations générales basées sur une expérience suffisante, et propres à servir de guide dans l'usage de cette branche si importante et si puissante de la thérapeutique.

Vous savez combien sont multipliées les sources d'indications dans les maladies. Les unes se déduisent du malade lui-même, de ses conditions d'âge, d'hérédité, de constitution, d'habitudes; les autres de la maladie, de son époque, de son siége, de son étendue, de ses causes surtout; les autres du médicament lui-même. De là d'infinies combinaisons qui feront toujours, de l'étude des indications dans les maladies, un des sujets les plus élevés et les plus difficiles de la médecine spéculative comme de la médecine agissante.

Dans les courtes considérations qu'il m'est permis de vous exposer en ce moment, je vous entretiendrai surtout des indications qui peuvent se rattacher à la constitution de la médication thermale elle-même.

Le caractère essentiel des indications que les eaux minérales sont propres à remplir, est d'être général et de s'adresser à des états constitutionnels ou à des états diathésiques de l'économie. Je ne veux pas dire pour cela que les eaux minérales ne puissent être appliquées à des indications partielles ou locales : qui peut le plus peut le moins. Je veux dire que les indications locales pour lesquelles il nous arrive de les employer, peuvent en général être également remplies par des médications beaucoup plus simples ou d'une autre nature. Tandis que si nous traitons par les eaux minérales un état constitutionnel ou diathésique, nous faisons réellement la médecine propre aux eaux minérales, nous en appelons à leur grande spécialité thérapeutique, nous tentons par leur usage

(1) Cet article est extrait d'un ouvrage sous presse, intitulé : *Traité thérapeutique des eaux minérales*.

ce que nous ne pouvons faire qu'avec beaucoup de difficultés et d'autres moyens.

A quoi donc les eaux minérales doivent-elles cette prérogative considérable de nous fournir les moyens de modifier l'économie tout entière, de manière que l'idée de médication substitutive, altérante ou reconstituante, puisse s'y appliquer par excellence?

Elles le doivent d'abord à la nature et à la complexité de leur propre constitution, qui, alors qu'elle leur permet d'agir sur les phénomènes les plus intimes de la nutrition, multiplie en même temps leurs moyens d'action, et crée sans doute, dans la manière dont elles s'adressent à des organes et à des fonctions différentes, des combinaisons que nous ne pouvons ni analyser ni reproduire. Elles le doivent encore aux modes variés d'administration que l'art met à notre disposition et qui, des eaux minérales bien dirigées, font à la fois un traitement médicamenteux et un traitement hydrothérapique. Elles le doivent enfin aux circonstances du ressort de l'hygiène, déplacement, exercice, distractions, qui accompagnent en général les traitements suivis près des sources minérales.

Lorsque l'on a affaire à une maladie chronique, l'une de celles pour lesquelles la médication thermale est plus souvent invoquée, on se trouve vis-à-vis un double sujet d'étude et d'appréciation : d'abord une maladie particulière tenant sous une forme organique ou fonctionnelle un organe ou un appareil d'organes, et, pour me servir d'un terme scholastique, occupant une place déterminée dans le cadre nosologique ; puis un ensemble de conditions plus ou moins intimement liées à la maladie elle-même, comprenant les questions d'âge, de sexe, de genre de vie, d'hérédité, de causes, etc., et se résumant en général en un état simplement constitutionnel ou en un état diathésique.

La direction du traitement devra surtout dépendre de la part prédominante qui pourra être attribuée ou bien à la maladie locale et déterminée, ou bien au contraire à l'état constitutionnel ou à l'état diathésique, des relations qui les uniront l'un à l'autre, suivant qu'ils se trouveront sous une dépendance mutuelle ou existeront simplement à côté l'un de l'autre.

Permettez-moi de mettre ces principes en exemple, et à propos du *rhumatisme*, comme j'aurais pu le faire sur tant d'autres sujets, de vous soumettre l'application qui doit en être faite au traitement des maladies chroniques.

Si vous ouvrez un des traités sur les eaux minérales que vous avez eus jusqu'ici à votre disposition, vous trouverez le rhumatisme rangé parmi les applications thérapeutiques de toutes les eaux minérales, pour peu qu'elles soient thermales, quelle que soit du reste la nature ou le degré de leur minéralisation.

La confusion qui en résulte porte à douter de l'efficacité de moyens thérapeutiques qui se proposent avec cette apparente banalité, et il semble en effet difficile d'admettre que des agents médicamenteux aussi différents que ceux rassemblés dans la médication thermale se trouvent propres à remplir des indications semblables. On a raison d'en douter. Mais c'est que le rhumatisme peut offrir les indications les plus différentes, les plus opposées même, et lorsqu'on a dit qu'une eau minérale est utile dans le rhumatisme, on n'a pas dit grand'chose : la question est de savoir dans quelles conditions elle peut être appliquée utilement au rhumatisme.

Voyons si les indications spéciales que peut présenter le traitement du rhumatisme trouvent dans les eaux minérales des moyens de se satisfaire, et comment ces moyens peuvent être définis.

On voit souvent des rhumatismes survenir accidentellement chez des sujets de constitution moyenne, et ne persister alors, dans la plupart des cas au moins, que par défaut de soins convenables.

Que ces rhumatismes soient musculaires ou articulaires, ils guérissent à peu près aussi bien avec toutes les eaux minérales, pourvu que celles-ci soient d'une température élevée. La thermalité et les moyens hydrothérapiques, voici ce qu'il leur faut, et comme l'usage interne des eaux minérales n'est guère utile dans les cas de ce genre, la nature de celles-ci demeurera à peu près indifférente.

Mais les rhumatismes ne se présentent pas toujours dans des conditions aussi simples. Le rhumatisme ne se fixe habituellement chez un individu que parce qu'il l'a trouvé dans des conditions favorables à son installation, c'est-à-dire dans des conditions d'organisation anormales.

Ici plusieurs types peuvent se présenter.

Ce peuvent être des individus mous et lymphatiques. Le rhumatisme est moins douloureux alors, mais très opiniâtre, disposé à se fixer sur les articulations, à engorger et épaissir les tissus.

Ici, il faut recourir à des eaux à minéralisation formelle et appropriée. Les eaux sulfureuses et les eaux chlorurées sodiques se présentent alors et répondent à des nuances distinctes, bien qu'elles puissent aussi quelquefois se suppléer les unes les autres.

S'il s'agit d'une constitution très molle et très atonique, d'une forme peu douloureuse du rhumatisme, que l'économie ait besoin d'un coup de fouet, les eaux sulfurées actives seront très indiquées : *Aix en Savoie*, *Schinznach*, *Luchon*, *Baréges*, *Olette*, etc.

Si l'état lymphatique se montre à un haut degré, surtout s'il existe des signes de scrofules, si le rhumatisme tend à se fixer sur une articulation, s'il existe de l'engorgement périarticulaire, alors, bien que les eaux sulfureuses puissent encore rendre des services, les eaux chlorurées sodiques seront préférées : ainsi *Bourbon-l'Archambault* et *Bourbonne*, *Uriage* et *Aix-la-Chapelle*. Ces deux dernières stations présentent la combinaison du soufre avec le chlorure de sodium. Bourbonne et Uriage sont plus énergiques que Bourbon-l'Archambault et Aix-la-Chapelle. On y recourra plutôt quand on aura surtout en vue l'action résolutive. Les autres pourront être préférées s'il y a plutôt lésion fonctionnelle.

Quand je vous ai parlé d'engorgements périarticulaires, je n'ai pas supposé l'existence de tumeurs blanches. Les indications deviennent alors plus délicates. Il faut redouter les eaux sulfureuses, et recourir, si le traitement thermal est opportun toutefois, aux eaux chlorurées sodiques combinées avec les eaux mères, comme on les emploie à *Kreuznach*, à *Nauheim* en Allemagne, à *Salins* en France. Mais alors ce n'est plus le rhumatisme que l'on traite.

Mais il est une forme de rhumatisme tout opposée à celle dont je viens de vous entretenir : elle se montre chez des individus nerveux, excitables. Le rhumatisme est très douloureux, plus souvent mobile, tendant plutôt à se fixer sur le trajet des nerfs que sur les tissus blancs.

Ici les indications sont fort différentes. Le choix se restreint beaucoup plus.

Les eaux sulfureuses seront le plus souvent trop stimulantes ; *Aix en Savoie*, *Baréges*, *Cauterets*, pourront aggraver la maladie ; les eaux chlorurées sodiques fortes, *Bourbon*, *Bourbonne*, *Balaruc*, *Uriage*, seront également contre-indiquées. Vous recourrez, dans ces mêmes classes d'eaux minérales, à des eaux sédatives ou faiblement minéralisées, telles que *Saint-Sauveur* parmi les premières, *Néris*, *Luxeuil*, *Plombières*, parmi les secondes. *Luchon* et *Aix* pourront encore, grâce à certaines sources qui leur permettent de varier à l'infini les degrés de leurs traitements, s'appliquer utilement ici. Mais vous n'y aurez recours encore que dans les moins caractérisés des cas auxquels je fais allusion.

Si les ferrugineux peuvent être utiles, vous préférerez *Luxeuil*, qui vous offrira de précieuses ressources dans ce sens ; si les sulfureux, *Aix-la-Chapelle* vous en présentera, avec des combinaisons plus franchement minérales que *Néris* ou *Plombières*, mais aussi des propriétés plus stimulantes.

Il est encore des rhumatisants chez qui la santé paraît surtout souffrir du mauvais état des voies digestives. Il y a des dyspeptiques chez qui le rhumatisme persiste tant qu'ils sont dyspeptiques. Alors les eaux bicarbonatées sodiques, *Vichy*, *Ems*, leur sont nécessaires. Le rhumatisme reçoit bien de ces eaux minérales, à cause de leur thermalité et de leur action sur la peau, une influence directement salutaire : mais ce n'est pas cela qui le guérit. Ce serait insuffisant. C'est le rétablissement des fonctions digestives. C'est ainsi que Vichy ne réclame nullement les rhumatismes dans sa spécialité, et qu'il est des rhumatismes qui ne guérissent qu'à Vichy.

Je ne vous ai point parlé de la diathèse rhumatismale elle-même : c'est que lors même qu'elle est le plus prononcée, par les carac-

tères de la maladie, les antécédents du malade, l'hérédité, elle rentre toujours dans quelqu'une des catégories que je viens d'énumérer. Seulement elle indique en général un traitement aussi actif qu'il est permis de l'employer dans le cas particulier, par la durée, la minéralisation de l'eau et l'usage des moyens hydrothérapiques.

Je pourrais pousser plus loin encore cette recherche des indications spéciales dans le rhumatisme, indications auxquelles les eaux minérales, avec leurs infinies variétés, trouveront toujours à satisfaire, et auxquelles les procédés hydrothérapiques inhérents à toute médication thermale complète, viennent prêter leurs ressources particulières et non moins variées.

Mais le tableau que je viens de vous présenter, et que je n'aurais qu'à reproduire au sujet de la plupart des maladies qui se traitent aux eaux minérales, suffira pour vous montrer le véritable jour sous lequel la médication thermale doit être envisagée.

Le tort auquel bien peu d'écrits relatifs aux eaux minérales ont échappé, est d'avoir cherché à établir la spécialité de ces eaux sur des maladies déterminées. Ce n'est pas à des praticiens qu'il faut faire remarquer qu'il n'est guère d'indications qui puissent résulter de la place qu'une maladie tient dans le cadre nosologique. Prenez la plus simple en apparence et la plus facile à traiter des maladies aiguës, la pneumonie, et demandez-vous quelle idée précise de traitement vous pouvez attacher à ce seul mot isolé : aucune assurément. Car ici la saignée, si souvent héroïque, devra être funeste ; là triomphera le tartre stibié à haute dose ; ailleurs le vomitif devra se combiner aux émissions sanguines ; ailleurs enfin les vésicatoires et les toniques seuls pourront être employés.

Il en sera surtout ainsi des maladies chroniques.

Je viens de vous montrer des circonstances où les indications dépendent surtout de l'état constitutionnel ou de l'état diathésique qui peut dominer l'organisme. Il en est d'autres où des indications particulières pourront se déduire de la forme symptomatique de la maladie. Ainsi, dans la gastralgie douloureuse, il est une forme où, abstraction faite d'autres circonstances qui peuvent entraîner telles ou telles indications ou contre-indications, les eaux de *Vichy* réussissent en général très bien. C'est la gastralgie par accès ou crampes d'estomac. Mais, dans la gastralgie avec douleur cardialgique fixe et continue, les eaux de Vichy sont plutôt nuisibles, ce qui s'explique par leur forte minéralisation en présence d'un état névropathique actuel. On recourra donc à des eaux moins minéralisées dans la même classe, ainsi *Ems*, *Schlangenbad*, ou bien à des eaux d'une autre classe, mais plus empiriquement désignées, celles de *Plombières*.

Quelquefois les indications se rapporteront surtout à l'âge. Il en sera ainsi dans les scrofules, considérées à l'état simple et sans complications. Les bains de mer sont surtout indiqués dans l'enfance, les eaux mères des salines dans la première enfance, les eaux sulfurées dans la puberté, les eaux chlorurées salines fortes après cette époque.

D'autres fois l'indication commandée par l'état diathésique se trouvera dominée par un état pathologique actuel. Ainsi dans la gravelle urique, les eaux de *Vichy* sont indiquées par l'état diathésique. Mais qu'il existe une irritation catarrhale de quelque point de l'appareil urinaire, des eaux sédatives et d'une tout autre nature devront être préférées : ainsi *Pougues*, *Contregéville*, *Molitx*, etc.

Vous voyez que les indications, en médecine thermale comme sur aucun autre terrain, ne se prêtent guère à des formules simples. Et mieux les eaux minérales seront étudiées, plus elles seront connues, et plus les points de vue relatifs à leurs indications et à leurs contre-indications se multiplieront. Vous ne vous plaindrez pas si les problèmes à résoudre viennent à se compliquer, du moment que les éléments de leur solution seront mis sous vos yeux.

Ces éléments, c'est à un traité méthodique des eaux minérales de les exposer. Bien que ce ne puisse être encore d'une manière très complète, faute de matériaux suffisants, il est possible cependant d'appuyer cette étude sur des données de quelque certitude. Le problème n'est même pas aussi difficile à résoudre qu'il pourrait sembler au premier abord.

Nous avons vu que deux points de vue principaux dominaient les indications des eaux minérales dans le traitement des maladies chroniques.

Le premier est celui de l'état constitutionnel ou diathésique, que l'on suppose, en général, exister, et prendre au moins une certaine part à l'état anormal de l'économie.

L'autre point de vue est celui de la maladie partielle et déterminée, qui existe au-dessous de l'état diathésique ou constitutionnel et dans sa dépendance, ou à côté de lui, ou bien isolément et par lui-même.

A la plupart des états diathésiques ou constitutionnels peut s'opposer une classe particulière d'eaux minérales, ou une condition générale de la médication thermale possible à formuler.

Ainsi il est constant que la diathèse scrofuleuse réclame d'une manière générale les eaux chlorurées sodiques, *Bourbonne*, *Uriage*, *Kreuznach*, *Nauheim*, etc. ; — la diathèse herpétique réclame les eaux sulfurées, *Baréges*, *Luchon*, *Ax*, *Enghien*, etc. ; — la diathèse urique, les eaux bicarbonatées sodiques, *Vichy*, *Ems*, *Vals*, *Saint-Alban*, etc. ; — le rhumatisme, les eaux à température élevée et à installation hydrothérapique complète, *Aix en Savoie*, *Aix-la-Chapelle*, *Néris*, *Chaudesaigues*, etc.

Les maladies de certains appareils organiques s'adressent également à certains groupes faciles à déterminer : ainsi aux maladies catarrhales de l'appareil respiratoire conviennent plusieurs eaux sulfureuses, *Bonnes*, *Cauterets*, *Allevard*, *Enghien*, etc. ; ou bicarbonatées sodiques, *Ems* ou le *Mont-Dore*.

Les maladies de l'appareil utérin, qui, dans quelques circonstances, peuvent être favorablement modifiées par des eaux actives, comme *Vichy* ou certaines eaux chlorurées sodiques fortes, réclament très spécialement des eaux sédatives, comme *Plombières*, et en particulier des sources empruntées à la classe des sulfatées, comme *Ussat*.

Les eaux bicarbonatées sodiques sont très spéciales dans les maladies de l'appareil digestif et de ses annexes...

Dans chacune de ces classes d'eaux minérales, toutes sortes de degrés d'activité se tiennent à la disposition du praticien, pour graduer les traitements analogues, pour se prêter aux conditions variées que réclame la thérapeutique.

Une fois ces spécialisations établies, spécialisations de classes, de groupes d'eaux minérales et d'eaux minérales isolées, on comprend à combien de combinaisons thérapeutiques il est possible d'avoir recours pour répondre aux combinaisons non moins nombreuses que constituent les diverses sources d'indication puisées sur chaque sujet.

La thérapeutique thermale doit donc se traiter exactement comme le reste de la thérapeutique, soumise aux mêmes principes, offrant les mêmes ressources, réclamant la même attention et les mêmes procédés d'analyse. Il faut avouer qu'il y a loin de là à l'incroyable banalité qui préside habituellement à l'usage que l'on fait des eaux minérales. Si, sur ce terrain comme sur celui du reste de la thérapeutique, les erreurs se corrigent souvent d'elles-mêmes, heureusement pour la médecine et pour l'humanité, beaucoup sont funestes, et lorsqu'on a pu apprécier les services que rend la médecine thermale, aussi mal entendue qu'elle l'a été jusqu'ici, on se demande quelle ne deviendra pas l'importance d'une telle médication, alors qu'on voudra bien l'étudier et l'appliquer à propos.

Cependant je ne puis dissimuler que la médication thermale, dans les conditions d'éloignement et d'isolement qui lui appartiennent nécessairement, ne doive présenter toujours certaines difficultés qui lui sont propres. Il en est une, entre autres, dont on ne me paraît pas s'être encore bien rendu compte.

Il peut arriver que, lorsque l'indication d'une eau minérale a paru la plus formelle et la plus sûre, au jugement des plus experts, l'application qu'on en fait trompe toutes les prévisions, et non-seulement ne produit pas les effets attendus, mais en détermine de fâcheux.

Ceci touche à une question dont la solution échappe le plus souvent : c'est celle de la tolérance pour les médicaments.

On voit quelquefois, en effet, par suite de ce que nous appelons *idiosyncrasie*, c'est-à-dire une disposition tout individuelle et impossible à définir, tel ou tel médicament ne pouvoir être toléré par un

individu, et déterminer même des effets opposés à ceux sur lesquels on comptait.

Il n'en résulte pas, en général, de grands inconvénients entre les mains d'un médecin clairvoyant et expérimenté. La répulsion de l'organisme et l'infidélité du médicament sont bientôt reconnues, et il est rare que l'on ne trouve aisément à remplacer ce dernier par un équivalent thérapeutique.

En médecine thermale, il n'en est malheureusement pas de même.

Comme les effets physiologiques des eaux minérales sont généralement peu prononcés, et que leurs résultats thérapeutiques ne se montrent, le plus souvent, qu'avec lenteur, quelquefois même d'une manière consécutive, il peut être difficile d'apprécier d'abord l'opportunité effective d'une médication que l'apparence indiquait. En outre, l'équivalent thérapeutique ne se trouve plus ici à portée, et lorsqu'un malade a parcouru une longue distance pour aller chercher la médication prescrite, l'intolérance fortuite pour la médication acquiert une gravité beaucoup plus grande. On se décide bien plus difficilement à l'accepter, et le médecin lui-même, par un sentiment facile à définir, se laisse aller souvent à insister plus qu'il ne conviendrait sur un traitement dont l'inopportunité ne s'explique pas à ses yeux.

A cette question de la tolérance des eaux minérales, il s'en rattache une autre qui a peut-être avec elle plus d'un point de contact : c'est celle qui a trait à l'époque des maladies à laquelle il convient de recourir au traitement thermal.

Je ne fais pas allusion, en ce moment, au degré d'ancienneté de la maladie ; il est difficile d'établir quelque précepte général à ce sujet : l'opportunité est ici toute relative à la nature de la maladie. Vous savez très bien, d'un autre côté, que des accidents à marche aiguë ne se prêtent guère à l'application des eaux minérales.

Le point de vue que je vais vous exposer est, si je ne me trom e, moins connu, mais d'une importance capitale.

Dans les applications de la thérapeutique, en général, l'époque la plus opportune est celle où les phénomènes morbides que l'on a l'intention de combattre ou d'atténuer sont le plus prononcés.

C'est précisément le contraire en médecine thermale.

La règle suivante peut être considérée comme formelle, et ne souffre guère d'exceptions.

L'époque la plus opportune pour l'application du traitement thermal est celle où les symptômes de la maladie sont le plus effacés ; et si la maladie est à forme d'accès ou d'exacerbations, l'époque la plus éloignée possible des exacerbations passées, ou des accès futurs dans les cas où ceux-ci pourront être prévus.

Cette règle domine entièrement l'opportunité d'application des eaux minérales.

Quelques exemples en feront bien comprendre la portée.

Dans la goutte, le rhumatisme, les névralgies, le traitement thermal sera appliqué le plus loin possible des accès.

Dans les maladies à marche continue, il y a généralement des périodes d'aggravation et des périodes de rémission. Ces dernières devront toujours être préférées pour l'application des eaux minérales.

Je suppose un dyspeptique : vous prescrirez les eaux à l'époque où il digérera le mieux. Dans le catarrhe vésical, on devra les administrer alors qu'il existe le moins de dysurie. Dans le catarrhe pulmonaire, vous choisirez autant que possible les intervalles de retour du catarrhe, et si vous rencontrez une époque de santé en apparence parfaite, ce sera celle où le traitement se trouvera le plus utilement applicable. Si vous voulez traiter une de ces dermatoses qui se montrent et disparaissent alternativement, vous choisirez le temps où elle se trouvera absente. Les maladies du foie, les maladies intestinales elles-mêmes, sont presque toujours aggravées par une température élevée. Cependant c'est en général l'époque la plus chaude de l'année, le mois de juillet, que l'on choisira pour leur traitement : c'est une faute. C'est une pareille faute que l'on commettrait si l'on envoyait des rhumatisants aux eaux par des temps frais et humides, alors que leurs douleurs sont les plus vives.

Il est, du reste, facile de se rendre compte de ceci : il suffit de réfléchir que les eaux minérales ne constituent guère une médication symptomatique. C'est, comme nous venons de l'exposer, une médication qui s'adresse surtout aux conditions générales de l'organisme, que celles-ci renferment la pathogénie de la maladie, ou qu'elles contribuent simplement à l'entretenir.

Or, plus cet objet spécial de la médication se trouvera simplifié, mieux celle-ci remplira l'objet auquel elle est destinée. En outre, l'action *excitante*, inhérente à la plupart des eaux minérales, bien qu'elle ne constitue qu'une partie de leurs modes thérapeutiques, si elle doit être souvent recherchée, n'est pas moins souvent un inconvénient, surtout si elle vient se heurter contre quelque état pathologique actuel.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 6 MARS 1867.

1° Le Docteur de *Pietra-Santa*. Rapport sur un mémoire intitulé : *Des effets de la belladone*, par M. le docteur *Gros*.

2° Rapport de M. le docteur *Costilhes* sur un mémoire du docteur *Hamont de Fasnay : De la médication alcaline appliquée au traitement de quelques affections des femmes*.

3° Rapport de présentation de M. le docteur *Lémanan Deshenais*, par M. le docteur *Dechambre*.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Efficacité de l'iodure de chlorure mercureux contre les eczémas rebelles, par M. le docteur F. ROCHARD.

Nous avons dans le t. III de la GAZETTE HEBDOMADAIRE (p. 172) donné les indications nécessaires sur la composition chimique de l'iodure de chlorure mercureux, sur la formule des pilules, et de la pommade qu'emploie M. Rochard, sur la *poussée* qui résulte principalement de l'application de la pommade, enfin des premières expériences de l'auteur relatives au traitement de la couperose et du *psoriasis inveterata*. Nous résumons ci-après les essais qu'il a poursuivis sur la cure de l'eczéma par la même médication.

Dans le premier des quatre cas rapportés par M. Rochard, l'eczéma était général. Le malade, lymphatique, marié jeune, sujet dans son enfance à des dartres furfuracées, fut atteint à vingt-deux ans, en 1834. Du visage, où il avait débuté, l'eczéma avait promptement envahi le cou, la poitrine, l'abdomen, le dos et la totalité des membres. Aucun traitement n'avait réussi ; les cheveux, les sourcils, les cils, étaient en grande partie tombés, lorsque, de concert avec le médecin ordinaire M. Delanglard, M. Rochard fut appelé à appliquer son traitement.

Il attaqua d'abord le visage d'où étaient partis les symptômes. Une première onction occasionna la rubéfaction de la peau, le soulèvement des écailles et un surcroît d'inhalation séro-purulente dont la dessiccation procura une nouvelle couche squammeuse.

Des phénomènes analogues, mais plus intenses et accompagnés d'une cuisson vive, succédèrent à une seconde et à une troisième opération ; une croûte fendillée, épaisse, dure, formait à la figure comme un masque bizarre.

Sept jours de repos permirent de réitérer la même série d'applications qui fut suivie à son tour de plusieurs autres entrecoupées par de pareils intervalles. Peu à peu, les écailles ayant perdu de leur épaisseur et de leur adhérence, la peau avait, au bout de six semaines, repris son état naturel.

Non moins rapide au cou et aux épaules, l'amélioration se manifesta beaucoup plus lentement au cuir chevelu, surtout au sommet et en arrière, où le suintement était énorme et le détachement des écailles très difficile.

Quant au tronc et aux membres, plus minces et plus sèches, les plaques squammeuses y offrirent moins de ténacité.

Huit mois suffirent à la guérison de cette éruption si étendue et si ancienne, qui n'a point récidivé depuis sept ans.

Chez madame L..., âgée de vingt-huit ans, l'eczéma moins ancien et plus restreint disparut aussi beaucoup plus vite. Il s'était montré à la suite d'une perte utérine qui avait affaibli la malade et occupait des deux côtés l'aisselle, le sein, le cou et l'oreille. Les onctions eurent lieu, comme précédemment, par séries et intermittences. Le traitement a duré quatre mois, et la guérison datant de six ans ne s'est pas démentie.

L'acuité n'est point une contre-indication au traitement.

M. E..., âgé de quarante ans, jouissait d'une bonne santé habituelle lorsque, en 1844, et sous l'influence d'une contention intellectuelle soutenue, ses bras, ses mains et ses jambes se recouvrirent de plaques squammeuses qui s'effacèrent en quelques semaines. En 1850, le mal envahit de nouveau les jambes et surtout les mains, les doigts et les poignets. En raison des vives démangeaisons dont il s'accompagnait, on s'était borné aux bains et aux topiques émollients, ce qui n'avait point empêché l'éruption d'arriver jusqu'aux coudes.

Toute la surface, rouge, tuméfiée, est criblée ou de petites vésicules blanchâtres, ou d'excoriations versant un ichor abondant à travers des croûtes épaisses et adhérentes. Le traitement fut à la fois externe et interne. M. Rochard fit prendre chaque jour deux pilules d'iodure chloro-mercureux conjointement avec un sirop dépuratif, et opéra seulement les onctions sur les doigts, les mains et une partie de l'avant-bras. Les jambes guérirent spontanément. Aux bras, la région onctionnée se modifia après plusieurs applications; mais, à mesure que l'affection cédait en cet endroit, elle semblait acquérir au-dessus une plus grande intensité. Poursuivie dans ce dernier retranchement, elle ne tarda pas à y être vaincue. Depuis six ans la santé est parfaite.

Le quatrième cas est tout récent. Au mois de mars de l'an passé, Trillas, ouvrier chapelier, trente et un ans, contracte une bronchite dans le cours de laquelle ses membres supérieurs et inférieurs se recouvrent de larges plaques d'eczéma rubrum; la tuméfaction est forte, le suintement et la démangeaison considérables. Entré à l'hôpital Saint-Louis le 19 avril, il y est soumis, par M. Hardy, à des bains d'amidon et des cataplasmes de fécule, et à une tisane purgative. Sous l'influence de ce traitement, il y eut des alternatives de soulagement et de recrudescence. Le malade sortit de Saint-Louis le 5 juillet, affaibli et non guéri.

A quelques jours de là, au contraire, l'éruption ayant fait des progrès, M. Rochard entreprit la cure. Trois seules applications, séparées chacune par huit jours de repos, rendirent à la peau, rouge, luisante et épaissie des surfaces altérées, son éclat et sa souplesse.

On suit, pour ainsi dire, le mécanisme de la curation. La *poussée*, suivant l'expression de M. Rochard, activant le travail des vésicules, élimine avec la matière excrétée les germes malfaisants qui entretiennent l'éruption. Cette interprétation, il est vrai, rappelle les veilles théories de *dépuration*. Mais les explications modernes sont-elles plus satisfaisantes? La dérivation ici ne saurait être invoquée, puisque le médicament agit sur place. N'y aurait-il là, comme le veut M. Cazenave, qu'un simple effet substitutif? Si cela était, pourquoi ne serait-il pas produit par tout autre moyen irritant?

D'autres raisons, majeures, militent encore, selon M. Rochard, en faveur d'une expulsion dépurative : c'est, d'une part, que, très abondante tant que le mal est intense, l'exhalation séro-purulente déterminée par l'iodure chloro-mercureux, qui d'ailleurs ne se fait que sur les parties malades, diminue et cesse avec la résolution des accidents; et, d'autre part, que la matière de cette sécrétion est constamment identique avec celle fournie naturellement par la maladie elle-même, pus, sérosité ou squames, selon qu'on a affaire à une acné, à un eczéma ou à un psoriasis. Ajoutons que le traitement remédie à la souffrance générale.

La répercussion a été objectée. Cet inconvénient, qu'on peut redouter des médications agissant par suppression directe du mal, n'est pas possible avec un remède qui, loin de retenir au dedans les principes morbides, les force, attirés vers le derme, à sortir par les voies excrétoires. *Causa sublata tollitur.*

Sa supériorité sur les dérivatifs dépendrait même de cette attraction locale. Les purgatifs, en effet, ne réussissent pas toujours, par les déperditions qu'ils suscitent, à entraîner les principes nuisibles. De là leur fréquente insuffisance ou la chance des récidives opposée à l'efficacité absolue et définitive de la médication expultrice. En certains cas, ils pourraient être indirectement fâcheux en prévenant l'essor des poussées périphériques.

L'effort tout spécial que nous venons d'indiquer justifie, du reste pleinement la dénomination d'*épispasique*, appliquée tout récemment par M. Rochard à la méthode qu'il emploie. Le mot ἐπίσπασις signifie, en grec, *action d'attirer sur*. Il est applicable, car il caractérise ce qui se passe : l'appel sur le lieu même de la matière morbifique et son évacuation au dehors.

Pour notre compte, sans préjuger une question qui divise les plus habiles théoriciens, nous avons toujours été porté à croire à la spécificité d'un certain nombre de maladies. Qu'est aujourd'hui la gale sans l'acarus? Le virus syphilitique ne se dissimule-t-il pas sous plusieurs variétés de pustules et de taches? Combien d'affections cutanées en particulier ne peuvent pas être ainsi subordonnées à des causes latentes? Si c'étaient des phlegmasies simples, les antiphlogistiques assurément prévaudraient; les moyens les plus puissants sont, au contraire, des agents énergiques et spéciaux; quelle preuve plus péremptoire? (*Moniteur des hôpitaux*, 20 septembre et 7 octobre 1856.)

Traitement de l'anévrysme par manipulation;
par M. Fergusson.

Nous avons déjà parlé de ce mode de traitement (n° 1, p. 3); nous y revenons avec plus de détails, afin de mieux mettre le lecteur en mesure de se former une opinion. On sait que l'auteur exerce une malaxation sur la tumeur anévrysmale afin de la vider des concrétions fibrineuses qu'elle contient, et d'engager tout ou partie de celles-ci dans l'orifice opposé de la tumeur, ou dans l'artère elle-même, qui sera par là oblitérée. En réfléchissant aux cas de guérison spontanée des anévrysmes, M. Fergusson avait depuis longtemps conçu la pensée qu'elle s'accomplissait de cette manière, et il projetait d'en tenter lui-même l'exécution, lorsqu'une occasion favorable s'offrit en février 1852. Il s'agissait d'un anévrysme de l'artère sous-clavière droite. Connaissant bien tous les dangers des modes de traitement en usage, il procéda de la manière suivante : le pouce fut appliqué sur le sac, qui avait à peu près le volume d'un œuf; et, après l'avoir vidé, par la pression, de son contenu, il rapprocha les deux faces opposées et les frotta l'une contre l'autre. Immédiatement le pouls fut supprimé dans tous les vaisseaux desservis par l'artère, et le malade eut des éblouissements et une faiblesse. Au bout de six ou sept heures, la circulation se rétablit; mais l'auteur répéta, le jour suivant, la même manœuvre. Elle eut le même effet sur la circulation du bras, mais aussi peu durable. Cependant ce ne fut pas avant sept ou huit jours que l'on put constater de nouveau le pouls dans les artères de l'avant-bras. La tumeur diminua graduellement de volume. De plus, les collatérales, telles que la sus-scapulaire, la cervicale transverse, se dilatèrent peu à peu, ce qui confirma l'idée que la guérison faisait des progrès. Au bout de sept mois, la tumeur ayant alors beaucoup diminué, le malade eut un accès de fièvre accompagné de douleurs torturantes dans le siége du mal, qui l'enleva en peu de jours. La dissection apprit que l'artère axillaire était oblitérée, et que la tumeur s'était soudainement étendue dans la direction du plexus nerveux de l'aisselle; ce qui explique les vives douleurs des derniers jours.

Un second cas tout semblable par la nature de l'affection a encore été observé par l'auteur. Des phénomènes entièrement analogues suivirent la manipulation. Mais la tumeur finit par disparaître moins de deux ans après cette opération.

Ainsi que cela a été dit dans la discussion qui suivit cette communication à la Société médico-chirurgicale de Londres, le procédé de M. Fergusson, et il en convient lui-même, ne doit être conseillé qu'en l'impossibilité d'user des autres moyens curatifs. Il ne serait donc applicable qu'aux anévrysmes où, soit la ligature, soit la compression, ne peuvent être établies entre le cœur et la poche mor-

bide. Or, ces anévrysmes sont, en général, volumineux ; il n'est pas indifférent de s'exposer à rompre par cette pression la paroi, souvent très mince, de leur sac.

D'ailleurs, le progrès de la maladie, dans le premier des cas cités, a changé, il est vrai, de direction ; mais il n'en a pas moins persisté. Dans le second, le long intervalle écoulé entre l'opération et la cure permet-il de regarder celle-ci comme l'effet bien avéré de l'intervention de l'art? (*Dublin Medic. Press*, novembre 1856, p. 340.)

Statistique de vingt-six cas de hernie crurale étranglée; par M. BIRKETT.

L'auteur avertit judicieusement que ce ne sont pas là des cas *choisis;* qu'il les présente, au contraire, en masse, tels qu'ils se sont offerts à son observation.

Dans de pareils relevés, ce que le lecteur va chercher de prime abord, c'est le chiffre de la mortalité. Ici elle est de moitié : treize décès sur vingt-six opérations.

M. Birkett dresse un compte minutieux des diverses causes qui ont pu contribuer à amener un résultat fatal. Il note comme tel le voyage du patient de chez lui à l'hôpital, la constitution, l'état de prostration où l'étranglement l'a réduit, le volume de la tumeur, les moyens déjà employés pour obtenir la réduction, l'état du canal intestinal (principalement de la portion située au-dessus du siége de l'étranglement). Nous ne nous arrêterons point à ce calcul, qui ne porte que sur les éléments secondaires de la mortalité. Qu'un sujet, par exemple, soit plus ou moins faible, que ses intestins soient plus ou moins altérés, ceci ne constitue pas le point de départ, ce n'est qu'un effet toujours subordonné à la violence et à la durée de l'étranglement, et ce serait perdre son temps que de mettre en ligne de compte ces conséquences, bonnes tout au plus à expliquer l'événement après coup.

Une notion, pour nous plus importante, ressort de ce tableau. Sur 26 opérés, le sac fut ouvert 12 fois et laissé intact 14. Or des 12 malades de la première série, 7 succombèrent, et 6 seulement des 14 de la seconde. Ceci montre, d'abord, que ce débridement de l'anneau seul a suffi le plus souvent, puis que ce mode de pratique donne des résultats cliniques réellement supérieurs. M. Birkett pose à cet égard quelques sages préceptes. Il recommande d'essayer toujours la réduction sur le sac mis à nu, après avoir débridé l'anneau, mais avant d'ouvrir le sac. Parfois la réplétion de celui-ci par de la sérosité met obstacle au succès de cette manœuvre. Il faut alors lui donner issue par une incision, mais sans débrider le collet. Dans d'autres cas, c'est la présence de l'épiploon enveloppant l'intestin qui entrave la réduction; ou bien encore l'intestin adhère au sac, ou enfin ses parois gorgées de fluides ne lui permettent pas de rentrer. Dans ces divers cas, l'incision du sac devient nécessaire; mais il est évident qu'on ne l'exécute pas alors pour remédier à la constriction provenant du collet du sac, mais seulement parce que les viscères mis à découvert subiront plus directement l'effet des pressions destinées à les réduire. (*The Lancet*, 8 et 22 novembre 1856, p. 505 et 561.)

Moyen de prévenir les cicatrices de la variole, par M. DUVAL.

Nous nous bornons à mentionner le mode de traitement indiqué par l'auteur, n'ayant pas eu l'occasion de l'expérimenter.

« Voici, dit M. Duval, le *modus faciendi* du traitement que j'emploie. Il s'agit, soit au début de la maladie, soit vers le troisième ou quatrième jour de l'éruption, de prendre de l'ammoniaque ordinaire, c'est-à-dire à 25 degrés centigrades, et d'y tremper un masque en toile de lin ou de coton. Ce masque, bien entendu, présente des ouvertures pour les yeux, le nez et la bouche ; de chaque côté, des cordons, correspondant aux angles externes des cavités orbitaires et aux commissures externes de la cavité buccale, sont cousus derrière la tête. Après avoir trempé ce masque dans l'ammoniaque, je le mets sur la figure du patient et le laisse quatre minutes, en avertissant, comme on le pense, mon malade de tenir les yeux fermés, et de porter à sa bouche et à son nez un mouchoir, ce qui lui permettra de respirer librement. Les quatre minutes écoulées, j'enlève le masque qui a produit une rubéfaction assez forte pour faire avorter, au bout d'un certain temps, ou les élevures papuleuses, ou les boutons varioleux, lesquels entrent en suppuration avant d'avoir commencé leur travail d'ulcération. Je remplace immédiatement le masque ammoniacal par un autre que je trempe dans un liniment oléo-calcaire. Ce dernier masque doit être changé au moins cinq fois par jour pendant quatre jours. On voit alors la période de dessiccation commencer et s'achever sans que les pustules laissent jamais de cicatrices.

» Je dois ajouter que mes malades n'ont point eu d'érysipèles de la face ni de fortes démangeaisons. » (*Moniteur des hôpitaux*, 1856, n° 25.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'hygiène publique et privée, par MICHEL LÉVY. 3e édit., 2 vol. in-8. Chez J.-B. Baillière. Paris.

En voyant annoncer la troisième édition du *Traité d'hygiène* de M. Michel Lévy, beaucoup de personnes ont pu croire que cette publication nouvelle n'était qu'une simple réimpression des deux éditions précédentes. En effet, le soin avec lequel l'auteur avait composé son ouvrage, qui se trouve entre les mains de tout le monde, comme il appartient à un livre devenu promptement classique, ainsi que le peu d'années qui se sont écoulées depuis la seconde édition, autorisaient à penser qu'il restait bien peu de choses nouvelles à dire sur ce grand et beau sujet : l'hygiène publique et privée. Mais il n'en est point ainsi. Non-seulement l'auteur a voulu faire profiter le public de quelques résultats nouveaux auxquels la science est arrivée, mais encore il a entendu faire bénéficier celle-ci des événements glorieux à la fois et douloureux qui se sont accomplis en Orient, et que sa haute position l'a mis à même d'observer et d'étudier ; car il peut dire avec toute raison :

Quæque ipse miserrima vidi
Et quorum pars magna fui.

C'est donc un ouvrage presque entièrement remanié, et nouveau en quelques parties, que nous avons à examiner et à faire connaître à nos lecteurs : tâche agréable pour nous, puisque nous avons beaucoup à louer sans pour cela cesser d'être juste et même sévère.

On peut dire, en général, que l'hygiène est véritablement le triomphe de la médecine, puisque son action bienfaisante, se faisant sentir sur les populations en masse, a pu produire dans l'espace de soixante-dix ans à peine ce résultat magnifique, d'élever la durée moyenne de la vie humaine de vingt-neuf à trente-sept ans. Sans doute les progrès de l'économie politique et même de la thérapeutique rationnelle ne sont pas complétement étrangers à ce résultat; mais il est bien évident que c'est à l'hygiène qu'il est dû pour la plus grande partie. C'est qu'en effet l'hygiène est appuyée sur des bases plus fixes, plus positives que toutes les autres branches des connaissances médicales. Depuis un certain nombre d'années, les sciences dites exactes ont émis avec quelque outrecuidance la prétention d'imposer à la médecine leurs méthodes, leurs explications et leurs théories. Cette prétention a même eu le pouvoir de se manifester, pour ainsi dire, d'une manière officielle dans l'organisation de l'enseignement. Mais il n'est pas un praticien qui n'ait été à même de se convaincre du peu de fondement d'une pareille vue ; et la raison en est bien simple : les sciences exactes ont pour objet l'étude de la nature morte ou abstraite, comment leurs méthodes pourraient-elles être applicables à la nature vivante, intelligente ? A Dieu ne plaise, toutefois, que nous songions à nier les services rendus par ces sciences à diverses branches de la médecine ! Ces services sont patents, nous sommes les premiers à le reconnaître ; mais leur rôle en médecine se borne à être pour celle-ci des instruments et rien de plus ; elles ne peuvent prétendre à dominer notre art.

L'hygiène, plus que toute autre partie des connaissances médi-

cales, a mis à profit les secours des sciences exactes. On peut même dire que sans leur aide l'hygiène serait dans l'enfance, et cela est facile à comprendre. En effet, elle s'occupe beaucoup moins de l'homme, considéré en lui-même et isolé, que des rapports obligés qu'il entretient avec tout ce qui l'entoure. Or, ces *circumfusa*, ces *ingesta*, ces *applicata*, ces *percepta*, etc., tombent directement dans le domaine de la chimie, de la physique et des mathématiques; et c'est là précisément ce qui fournit à l'hygiène cette base fixe, positive, qui donne à ses applications une portée que ne peuvent avoir les autres branches de la médecine.

M. Michel Lévy s'est servi avec une grande habileté de ces éléments précieux pour marquer ses inductions au coin d'une exactitude rigoureuse. Les résultats obtenus par les calculs statistiques, par l'analyse chimique et par les observations de physique et de météorologie qu'il a rassemblés dans son ouvrage, sont innombrables et seront longtemps la mine la plus riche et la plus féconde que puissent fouiller fructueusement ceux qui se livrent à des recherches particulières. Aussi le traité d'hygiène, tout en conservant son caractère d'unité classique et même de monographie de l'hygiène, peut à bon droit être considéré comme une véritable encyclopédie de la santé, ou au moins comme une collection précieuse de la plupart des documents relatifs à l'homme social ou isolé, fourni par les sciences physiques et mathématiques.

Ce caractère de méthodisme positif que l'auteur a voulu imprimer à son livre n'est pas un seul instant démenti depuis la première jusqu'à la dernière page. Bien des sujets cependant, qui ont trait à l'hygiène, auraient pu lui donner l'occasion d'en sortir pour le faire entrer dans des matières psychologiques et traiter des questions de philosophie médicale plus ou moins attrayantes. La tendance actuelle des esprits semblait l'y inviter, et personne assurément n'aurait pu y apporter plus d'élévation d'idées, plus de saine érudition, plus d'idées précises que lui Plusieurs, peut-être, lui feront un reproche de ne pas avoir abordé ces questions, qui touchent soit à l'éducation publique et privée, soit aux rapports du moral avec le physique et à leurs réactions réciproques, qui ont tant d'influence sur la santé. Quant à nous, nous estimons qu'il a bien fait de s'en abstenir. Sans vouloir nier la part considérable qu'il faut faire, comme direction de la pratique médicale, aux doctrines philosophiques, nous pensons que le plan d'un traité d'hygiène ne comporte pas cette sorte de discussion. Les esprits, d'ailleurs, ne sont point mûrs encore pour ces questions élevées. Le rôle de la génération actuelle nous paraît être de recueillir et de préciser les faits et les observations; plus tard, d'autres viendront à qui incombera la tâche de les systématiser. Aujourd'hui, quoi qu'on fasse, quoi qu'on dise, c'est l'analyse qui règne en souveraine: la synthèse aura son tour.

M. Michel Lévy n'était certainement pas homme à reculer devant de pareilles questions, s'il avait jugé opportun de les discuter. Mais c'est la pente évidente de son esprit d'aller droit à l'utilité pratique. Tout ce qui pourrait le détourner de ce but, il le laisse de côté sans regret, et il est assez maître de lui-même pour ne jamais se laisser aller à des études doctrinales, quelques charmes qu'elles aient, si leur utilité actuelle est contestable.

On peut dire, sans crainte de blesser les autres auteurs qui ont écrit sur l'hygiène, que l'ouvrage de M. Lévy a été le point de départ d'une véritable régénération de cette branche de la médecine. Lorsqu'il parut pour la première fois, en 1844, il n'existait à proprement parler aucun travail d'ensemble sur ce sujet. Sans doute, l'enseignement de Hallé avait déjà mis beaucoup d'ordre dans les matériaux épars de tous côtés et avait jeté les bases de la méthode qui devait être si féconde entre les mains de M. Lévy. Mais tout en rendant justice aux travaux de ce professeur, on peut affirmer qu'il n'avait fait qu'une esquisse au lieu d'un tableau, un plan au lieu d'un traité. C'était beaucoup déjà pour le temps, et nul doute que, s'il eût vécu davantage, il eût perfectionné son œuvre. M. Michel Lévy a profité de ces études; il a fait le tableau; il a écrit le traité complet. Reliant entre eux tous les faits et les observations qui existaient isolés, dans un état de morcellement peu propre à les rendre profitables, il les a réunis scientifiquement, et par une coordination rationnelle et didactique, il en a fait un ensemble aussi satisfaisant pour l'esprit qu'avantageux pour la pratique. Nous tenons à faire ressortir ce mérite spécial de l'œuvre de notre auteur : s'il n'a pas créé la science de l'hygiène, on peut dire au moins que c'est lui qui l'a rendue classique.

Il est juste d'ajouter que la carrière parcourue par M. Michel Lévy, et la haute position à laquelle ses éminents services l'ont fait arriver, ont merveilleusement concouru à l'accomplissement de son œuvre. Quelle expérience personnelle, en effet, peut être comparée à la sienne sous le rapport principalement de l'hygiène publique ? Il a successivement parcouru les différents grades du service de santé de nos armées, et dans la paix comme dans la guerre, sous des latitudes et des climats divers, il a suivi ces masses d'hommes souvent plus éprouvées par les maladies épidémiques que par le feu des ennemis. Quel enseignement plus précieux que celui-là pour un esprit observateur et sagace ? Bien des pages de son livre contiennent les résultats précieux de cette observation et nous apprennent aussi que malheureusement les nécessités stratégiques viennent souvent contrarier les prescriptions de l'hygiène. On peut considérer, comme une formule de l'expérience de l'auteur, ces quelques mots profonds et vraiment éloquents que nous extrayons de son ouvrage : « Il n'y a d'utile, de puissant en campagne que l'hygiène : sans elle la médecine n'est qu'une lugubre agitation; sans elle le chirurgien voit échouer toute son industrie de méthodes et de procédés; sans elle, l'administration s'ingénie vainement, et les ressources qu'elle accumule n'empêchent pas le développement des épidémies meurtrières. » Puis viennent, à l'appui de ces paroles, des chiffres plus concluants encore. On voit que les commandants d'armée pourraient parfois tirer un grand profit des enseignements de notre auteur.

Nous avons remarqué que M. Michel Lévy est entré avec bonheur, beaucoup plus avant que ses devanciers, dans certains sujets qui touchent de très près à la pathologie. C'est ainsi qu'arrivant aux limites extrêmes de l'hygiène, il a étudié les habitudes morbides, l'imminence morbide, la convalescence, l'inanition, l'insuffisance alimentaire. En outre, sortant pour ainsi dire de sa spécialité professionnelle, il a étudié à des points de vue nouveaux les professions et la salubrité des villes, la conservation, l'abondance et la disette des substances alimentaires. Mais un chapitre que nous avons lu avec un intérêt tout particulier est celui dans lequel il est traité des épidémies. Dans un article récemment publié par la GAZETTE HEBDOMADAIRE, nous avons examiné déjà plusieurs des questions qui se rattachent à l'infection, à la contagion et à l'épidémicité; nous n'y reviendrons pas ici. Mais comme M. Michel Lévy a étudié ce sujet important plus complétement que les autres auteurs, nous allons analyser brièvement son travail.

Nous constatons d'abord qu'il place la fièvre jaune au nombre des maladies infectieuses engendrées par le miasme palustre. Si nous en faisons la remarque, c'est que ce classement peut donner lieu à des rapprochements qui, sans être dans la pensée de l'auteur, induiraient à des conséquences doctrinales importantes. Ensuite, après avoir mentionné les effets pernicieux des exhalaisons animales, il cherche à expliquer pourquoi la plupart des ouvriers qui travaillent les matières animales sont indemnes des affections qu'on attribue généralement à leurs émanations. Il en donne quatre raisons : la première, c'est que tous les organismes ne sont pas aptes à recevoir l'impression du miasme animal; la seconde, c'est que l'habitude peut neutraliser l'action de ce miasme; la troisième, c'est que la force de constitution et le régime combattent cette action; la quatrième, enfin, c'est que le travail à l'air libre ou la ventilation empêchent le foyer d'infection de se développer. Mais nous devons l'avouer, si nous trouvons cette dernière raison excellente, les trois premières nous semblent presque complétement dénuées de la valeur qu'on veut leur attribuer ici; et, sans nous arrêter à développer cette remarque critique, nous demanderons au savant auteur la permission de lui soumettre une explication satisfaisante, à notre sens, du fait qui l'embarrasse. En effet, les matières animales sont surtout nuisibles lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes dans des conditions favorables à la fermentation putride. Mais si, par un travail quelconque, on arrête cette fermentation, soit en les remuant, soit en les dépeçant ou en les di-

visant, soit en dénaturant leur putridité, elles perdent beaucoup de leurs qualités nuisibles. Cette remarque, que nous n'avons vue produite nulle part, nous paraît cependant expliquer très bien l'immunité dont jouissent, au milieu des émanations animales, les tanneurs, les boyaudiers, les équarrisseurs, les garçons d'amphithéâtre, etc. Dans leurs ateliers, les débris animaux sont constamment travaillés, remués, changés de place, et la fermentation putride ne s'y développe pas ou ne s'y développe qu'avec mesure et lenteur. Il nous semble bien que c'est là le principal motif pour lequel ces ouvriers ne sont point atteints par l'action du miasme animal.

M. Lévy regarde avec raison l'encombrement comme un foyer d'infection. Mais à cet égard il n'appuie pas suffisamment peut-être sur la distinction essentielle entre l'encombrement des malades et celui des hommes sains, car leurs conditions d'insalubrité sont loin d'être semblables. Il différencie parfaitement l'infection de la contagion, la première ayant lieu par le rayonnement d'un principe qui se dégage d'un foyer commun, et la seconde ayant pour condition essentielle l'élaboration morbide d'un principe spécifique virtuellement doué du pouvoir de transmettre l'affection qui l'a engendré. Mais ici, malheureusement, les sciences exactes font défaut et n'ont point réussi jusqu'à présent à saisir les miasmes ou les émanations spécifiques. Aussi tout est vague et incertain dans la contagion de maladies telles que la fièvre typhoïde, la scarlatine, la coqueluche, etc., et il n'est pas étonnant que beaucoup de médecins ne veuillent voir là que des faits d'épidémicité. M. Lévy, tout en reconnaissant les difficultés de la question, admet la contagion et donne d'excellents motifs à l'appui de sa manière de voir. Il déclare, d'ailleurs, que la contagion n'a rien d'absolu ni d'inévitable dans la plupart des cas; et il fait des distinctions très rationnelles sur le plus ou le moins de facilité de transmission. Cet article est parfaitement traité, et l'auteur se maintient dans une modération raisonnée très propre à lui concilier les adhésions des hommes qui n'ont pas de parti pris.

Passant ensuite à l'étude de l'endémicité, M. Lévy signale rapidement les principales maladies permanentes attachées aux diverses localités du globe, et arrive à l'examen des épidémies proprement dites. Après avoir défini le génie et les constitutions épidémiques, il étudie d'abord les causes de ces fléaux, l'influence des saisons, des localités et de leur altitude, des climats, des latitudes, des disettes et des famines; puis il aborde leur mode de propagation et d'extension, et il exprime nettement la pensée que c'est dans la direction des cours d'eau et de leurs bassins qu'il faut chercher principalement l'explication de la marche des épidémies, parce que ce sont eux qui règlent en partie le mouvement des voyageurs et les échanges du commerce. Il combat l'hypothèse de l'épidémicité et déclare qu'on ne doit s'y arrêter que par voie d'exclusion. Il signale des faits nouveaux relatifs à l'acclimatement des hommes dans les foyers épidémiques, et rappelle à cet égard ce qui s'est passé à l'armée d'Orient, qui a été sous tant de rapports un inépuisable sujet d'étude. Ensuite, il fait la part de la civilisation dans la diminution des épidémies, et il n'a pas de peine à prouver par des faits historiques incontestables que la fréquence et l'intensité de ces maladies se sont amoindries dans des proportions considérables. Enfin, il étudie la réaction des épidémies sur le mouvement de la population et démontre par des calculs statistiques que la mortalité, qui est la suite de la plupart d'entre elles, ne dépasse guère celle qui résulte de ces mêmes maladies régnant à l'état sporadique. Il faut cependant excepter de ces calculs les destructions causées par la peste et le choléra.

L'article suivant est consacré à la prophylaxie hygiénique des épidémies. Les moyens conseillés par l'auteur se résument dans les suivants : combattre la misère, aérer les habitations, disséminer les malades, et faire exécuter sévèrement les règlements de grande et de petite voirie Il fait ressortir ensuite la sagesse des mesures adoptées par la conférence internationale de Paris en 1851, et attire l'attention sur quelques faits de préservation spécifique qui n'ont pas été suffisamment étudiés.

On voit, par cette courte analyse, avec quel soin M. Lévy épuise les questions; mais c'est en lisant son livre qu'on peut se convaincre de la richesse de son érudition, de la justesse de ses vues, de la sûreté de son jugement et de l'étendue de ses recherches. Il a résumé lui-même l'hygiène en deux mots : Moralité, aisance; nous croyons que le caractère général de son excellent ouvrage peut également se résumer ainsi : Exactitude rigoureuse dans les données, utilité pratique dans les déductions. Tout en se préoccupant de la forme littéraire, ce qui est le propre d'un esprit distingué et de bon goût, l'auteur ne lui a jamais rien sacrifié de ce qui appartient à la précision scientifique. On pourrait sans doute critiquer certains points de détail et même relever quelques erreurs historiques; mais ces quelques taches sans importance réelle n'ôtent rien au mérite essentiel de l'ouvrage et aux qualités éminentes que nous avons essayé de mettre en relief.

D[r] René Briau.

VI.

VARIÉTÉS.

— M. le baron Thénard, membre de l'Institut, et plusieurs de ses illustres collègues, ont eu la pensée de fonder, sous le titre de Société de secours des Amis des sciences, une Société dont ce titre indique suffisamment le but utile et honorable. Ce projet a rencontré de suite de nombreux adhérents, qui se réuniront aujourd'hui jeudi, 5 mars 1857, pour constituer la Société et nommer les président, vice-président, secrétaire et trésorier, discuter et arrêter les statuts.

— Un arrêté du préfet de la Haute-Garonne institue plusieurs médecins et pharmaciens cantonaux dans ce département. Dans la plupart des cantons il est établi plusieurs circonscriptions, à chacune desquelles se trouve attaché un médecin.

Pour toutes les Variétés, A. Dechambre.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

Annuaire de l'instruction publique pour l'année 1855, rédigé et publié par *Jules Delalain*, imprimeur de l'Université, 1 vol. in-18 raisin de 415 pages. Paris, Jules Delalain. 3 fr.

De l'insolation, de ses dangers et de la nécessité en Afrique d'adopter l'usage d'un couvre-nuque pour garantir complétement le soldat contre l'ardeur du soleil, par le docteur *L. Scoutetten*, in-8° de 31 pages. Metz.

La médecine et les médecins, philosophie, doctrines, institution, critiques, mœurs et biographie médicales, par *Louis Peisse*, 2 vol. in-18 de 450 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 7 fr.

Médecine préventive ou organisation du service sanitaire, par *J. Panel*. 1 vol. grand in-18 de VII-305 pages, avec 1 planche. Paris, Chamerot. 3 fr.

Table analytique générale des matières contenues dans le *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, pour les trente premières années (30 vol. 1826-1855), suivie d'une table des comptes rendus, discours, etc., d'une table des membres du bureau et d'une table des membres de la Société et des présentateurs; par le docteur *Jules Bouteiller*. 1 vol. in-8° de X-341 pages. Paris, Victor Masson. 7 fr.

Beitræge zur Lehre von den Knochenbruechen (fractures des os), par le docteur *Middeldorpf*, in-4° de X-150 pages avec 5 pl. Breslau, 1853, Trewendt et Granier.

Untersuchungen ueber die Textur des Rueckenmarks und die Entwickelung seiner Formelemente, par *F. Bidder* et *C. Kupffer*, in-4°. Leipzig, chez Breitkopf et Härtel. 8 fr.

Zur Architectur des Menschenschædels, nebst geometrischen Originalzeichnungen von Schædeln normaler und abnormer Form (Architecture du crâne de l'homme), par *J.-Ch.-G. Lucas*, gr. in-fol. Francfort, chez Keller. 32 fr.

On the Pathology, Symptoms and Treatment of Ulcer of the Stomach (Sur la pathologie, les symptômes et le traitement des ulcères de l'estomac), par *M. Brinton*, in-8°. Londres, chez Churchill. 7 fr.

On Scarlatina, its Nature and Treatment (Sur la scarlatine), par *J.-B. Brown*, in-12. Londres, chez Churchill. 4 fr. 25

Regolamento sulla prostituzione per la citta di Torino. In-8° de 25 pages.

Sulla dottrina dei contagi e delle malattie contagiose considerata ne suoi rapporti colla publica preservazione. Commentarii del doctor *Angelo Bo*, parte prima. Grand in-8° de 103 pages. Gênes, Pagano.

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. | PARIS, 13 MARS 1857. | N° 11.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

NAPOLÉON, par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français, à tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Considérant les services éminents que Gay-Lussac a rendus à la science et à l'industrie par ses travaux et ses découvertes,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. Une statue en bronze sera élevée à Gay-Lussac dans la ville de Paris.

Art. 2. La famille de Gay-Lussac est autorisée à prendre à sa charge les frais de ce monument.

Art. 3. L'emplacement de la statue sera désigné ultérieurement.

Art. 4. Notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 26 février 1857.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, ROULAND.

NAPOLÉON, par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français, à tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'article 1er du décret du 9 mars 1852;

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. Il est créé au Muséum d'histoire naturelle une chaire de physique végétale.

Art. 2. M. Georges Ville est nommé professeur de physique végétale au Muséum d'histoire naturelle.

Art. 3. Notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 4 mars 1857.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, ROULAND.

Par arrêté en date du 3 mars 1857, sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Strasbourg, et attachés en cette qualité :

A la 3e section, médecine proprement dite, M. le docteur HECHT ;

A la 4e section, chirurgie proprement dite, M. le docteur BOECHEL.

Cette décision ne sera définitive qu'après l'expiration du délai de dix jours accordé aux concurrents pour se pourvoir devant le ministre, conformément aux dispositions de l'article 24 du statut du 20 décembre 1855, contre les résultats dudit concours.

— Par arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 5 mars 1857, M. Dumas, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le 2e semestre de la présente année scolaire, par M. Henri SAINTE-CLAIRE DE VILLE, docteur ès sciences, maître de conférences à l'École normale supérieure.

M. Le Verrier, professeur d'astronomie physique à la même Faculté, est également autorisé à se faire suppléer, pendant le même semestre, par M. SERRET, docteur ès sciences.

M. HÉBERT, docteur ès sciences, directeur des études scientifiques à l'École normale supérieure, est chargé, pendant le 2e semestre de la présente année scolaire, du cours de géologie de la Faculté des sciences de Paris.

PARTIE NON OFFICIELLE.

On se rappelle que M. le baron de Trémont a légué par testament, à chacune des Facultés de droit, de médecine et des sciences de Paris, une somme de mille francs, pour être distribuée annuellement, à titre d'encouragement, à un ou deux de leurs élèves.

Pour favoriser de la manière la plus conforme aux intentions de M. le baron de Trémont l'accomplissement de ces dispositions si généreuses, M. le doyen a fait afficher l'avis suivant dans l'intérieur de la Faculté de médecine. Nous le reproduisons, pour lui donner le plus de publicité possible :

« M. le baron de Trémont a légué, par testament, à la Faculté de médecine de Paris, une somme de *mille francs*, pour être distribuée annuellement, à titre d'encouragement, à un ou deux étudiants *distingués et sans fortune.*

» Ceux de MM. les étudiants qui désirent se porter candi-

dats pour ce prix sont invités à se faire inscrire au secrétariat de la Faculté.

» Les inscriptions seront reçues tous les jours, de onze heures à deux heures.

» Le registre sera clos le 1er avril 1857. »

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

I.

Paris, ce 12 mars 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DE LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE.

« De quoi s'agit-il en effet? de faire connaître, dans ce qu'elle » a de caractéristique et de véritablement original, une méthode » chirurgicale nouvelle; de la prendre à son point de départ, de » la suivre dans ses développements, de la dégager des obscurités » qui la couvrent encore aux yeux de certaines personnes, de » distinguer avec impartialité et sincérité la part qui, comme dans » toutes les découvertes, appartient aux pressentiments des de- » vanciers, de celle qui revient à celui qui l'a révélée et constituée; » de faire en un mot cette embryogénie de la pensée qui part des » premiers linéaments de l'idée pour arriver à l'établissement » complet d'une vérité viable et définitive... » J. Guérin, *Acad. de médecine*, 17 février 1857.

Nous avons fait voir, dans l'article précédent, comment la publicité donnée à une observation de Dupuytren et aux idées de Delpech avait suffi pour vulgariser la ténotomie à l'étranger, et amener dans la pratique de cette opération les perfectionnements les plus importants. Il nous reste à examiner ce qui se passait en France pendant cette période; mais, pour cela, il convient de prendre les choses de plus haut. L'orthopédie est d'origine assez moderne, elle n'a acquis un caractère scientifique qu'en s'appuyant sur des données anatomiques et physiologiques, avant lesquelles elle appartenait plus aux artisans qu'aux médecins. Les recherches tératologiques aidèrent beaucoup à ses progrès. Or, chacun sait que l'étude sérieuse des monstruosités et des difformités ne remonte guère au delà du siècle dernier.

Cependant, en pareille occurrence, l'empirisme thérapeutique a toujours précédé la connaissance exacte des lésions, de leur origine, de leur vraie nature; les charlatans maintenaient et *guérissaient* les hernies avant de savoir les distinguer les unes des autres, avant de savoir seulement par où elles passaient; les oculistes se sont distingués par des exploits analogues; les rebouteurs *rhabillaient les membres*, réduisaient les luxations et les fractures, malaxaient les entorses, sans savoir même le nom des os cassés et des articulations violentées. L'ignorance humaine aidant, la lutte entre les acrobates praticiens et les médecins à diplômes s'est perpétuée longtemps, et par malheur elle n'est pas encore éteinte sur toute la ligne.

L'histoire des applications de la mécanique à la chirurgie n'est pas encore écrite, et les origines en seront difficiles à exhumer; mais ce travail montrera certainement les empiétements et les prétentions excessives des spécialistes ignorants, et aussi leur outrecuidance vivace, jusqu'au jour où les vrais chirurgiens, sortant de leur somnolence insouciante, s'aviseront de contrôler les réclames et de juger à leur juste valeur les succès bruyamment annoncés.

Le premier conflit sérieux entre l'orthopédie et les grandes sociétés savantes, me paraît dater de 1822. On faisait grand bruit en Angleterre des lits à extension dans le traitement des déviations du rachis. La Société royale de Londres ouvrit un concours sur cette question : *De la valeur des moyens mécaniques dans le traitement des difformités de la colonne vertébrale.* La récompense offerte était le prix fondé par la munificence de John Hunter. L'appel fut entendu, les résultats fructueux. Shaw et Bampfield écrivirent chacun sur la matière un ouvrage sérieux; puis parurent en Angleterre et en Allemagne un grand nombre de travaux importants. On peut dire que, dès cette époque, l'orthopédie fut mise à l'ordre du jour en Europe, et que, grâce à l'impulsion donnée, le traitement des difformités, aujourd'hui assez avancé, fit désormais partie de la thérapeutique chirurgicale. A peine s'il a fallu trente ans pour écrire ce grand chapitre.

Notre littérature médicale prit aussi ses fleurons Je ne citerai que les ouvrages de Jalade Lafond et de Delpech (1), qu'on peut regarder, pour me servir d'une expression de M. J. Guérin, comme « le fondateur de l'orthopédie scientifique (2). »

Le 26 juillet 1830, notre Académie des sciences suivit l'exemple de la Société royale de Londres, proposa pour sujet de prix la question suivante :

« *Déterminer, par une série de faits et d'observations* » *authentiques, quels sont les avantages et les inconvé-* » *nients des moyens mécaniques ou gymnastiques appli-* » *qués à la cure des différentes difformités du système* » *osseux.* »

Ce programme était développé dans des propositions complémentaires. Le prix devait être décerné en 1832 : trois fois la question fut remise au concours, et ce ne fut qu'au 1er avril 1836 que ce concours fut clos. Le prix était magnifique et consistait en une médaille d'or d'une valeur de 10,000 francs. L'Académie fut généreuse : elle donna deux récompenses, l'une de 10,000 francs, l'autre de 6,000.

Douze mémoires furent adressés, deux seulement furent distingués. Les auteurs étaient MM. J. Guérin et Bouvier : le premier présentait seize gros in-folio manuscrits, le second neuf fascicules de même format et de même volume.

Ce fut une lutte mémorable. Aussi le rapporteur n'hésitait pas à dire « qu'on trouverait dans les fastes académiques » assez peu d'exemples de concours supérieurs à celui-là, » et il avait raison. Il faisait d'ailleurs observer que, le programme de l'Académie fixant depuis six ans l'attention des médecins sur ce point de la science, il devait en résulter nécessairement un progrès réel au double point de vue de la doctrine pathologique des difformités et de leur thérapeutique mécanique ou autre (3).

Sur les douze concurrents, dix sont restés inconnus; mais leurs recherches n'ont sans doute pas été perdues, et peut-être sont-elles devenues l'origine de quelques uns des nombreux travaux qui ont été publiés dans les années suivantes sur l'orthopédie en général ou sur la méthode sous-cutanée en particulier.

L'étendue extraordinaire que les deux lauréats avaient donnée à leurs recherches mit obstacle à la publication de ces dernières, et aujourd'hui même nous ne pouvons les juger que

(1) Jalade Lafond, *Recherches sur les principales difformités du corps humain*, 1827-1829. — Delpech, *Orthomorphie*, 1828, 2 vol. in-8°.

(2) *Bulletin de l'Acad. de méd*, t. VIII, p. 445, 1842.

(3) Voir pour les détails historiques sur ce concours, le rapport de Double au nom d'une commission composée de MM. Dulong, Savart, Magendie, Serres, Larrey, Roux et Double, rapporteur, *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, t. V, p. 230, séance du 21 août 1837.

par le compte rendu très concis du rapporteur. M. J. Guérin demanda l'assistance du gouvernement pour la publication de son mémoire (1), mais ne l'obtint pas, et se décida, dans le cours des années suivantes, à mettre au jour de temps en temps un chapitre de son ouvrage, qu'il eut le soin, on n'en saurait douter, de perfectionner au fur et à mesure. De là résulte pour l'historien impartial un embarras véritable ; car dans ses publications ultérieures, dans ses discours académiques, dans les discussions de priorité ou de doctrine, M. J. Guérin renvoie sans cesse au gigantesque travail couronné, qui est toujours resté fermé à l'œil curieux de la critique. Force nous est donc de chercher çà et là des documents publiés et de nous en rapporter à eux, quitte à léser par ce moyen, et bien involontairement, les droits de M. Jules Guérin.

Nous ne discuterons pas la valeur des travaux couronnés en ce qui regarde l'étiologie, la symptomatologie, les caractères anatomiques et physiologiques des difformités.

Il paraît manifeste que, dans son travail, M. Guérin a édifié la doctrine générale qu'il soutenait à l'Académie en 1842. Il l'appuyait probablement à cette époque sur des preuves nombreuses et irréfragables qui ont satisfait la commission, mais que l'auteur n'a pas jugé à propos de reproduire plus tard, et j'entends ici par preuves des *faits concluants*, *authentiques*, *multipliés*, et non des *démonstrations rationnelles*, seule chose qu'il ait bien voulu fournir depuis. Il est à croire qu'à cette époque encore M. J. Guérin se donnait la peine de *démontrer l'évidence*, chose toujours utile, souvent nécessaire, et à laquelle aujourd'hui il ne daigne plus s'astreindre : en quoi, à mon sens, il a tort, car ce qui est évident pour l'un ne l'est pas pour l'autre, et ce qui est prouvé pour ceux qui méditent depuis longtemps sur un sujet ne l'est pas pour ceux qui en abordent l'étude. C'est pourquoi je regarde comme un devoir pour tout homme, surtout s'il se pose en novateur, de tenir ses preuves à la disposition de tout venant.

Rien dans le rapport ne fait soupçonner que M. J. Guérin ait fait dans la thérapeutique des difformités, telle qu'il la comprenait alors, la moindre petite place à la ténotomie, non-seulement au 1er mars 1836, lorsque les mémoires furent déposés, mais encore au 21 août 1837, lorsque le rapport fut lu et publié. Si cependant, comme il a été dit à l'Académie en 1842 (p. 444), la *ténotomie étiologique* était dès ce moment un des *principes scientifiques* de M. J. Guérin, Double, comme rapporteur, a commis une grande faute, une omission impardonnable, en ne l'indiquant pas, ne fût-ce que par un mot.

Je n'ignore pas que M. J. Guérin a déjà protesté contre l'allégation que je renouvelle et qu'il affirme avoir coupé des tendons dès 1836 ; mais il n'en a pas encore fourni la preuve incontestable, et si l'on n'est point convaincu, c'est à lui seul qu'il doit s'en prendre. On est surpris, du reste, que M. Guérin, qui a pratiqué des milliers de sections sous-cutanées, ait publié lui même un si petit nombre d'observations, qu'à peine on pourrait en rassembler vingt complètes sortant de sa plume. On est également surpris qu'en 1842, alors que bon nombre des membres de la commission de l'Institut vivaient encore et siégeaient à l'Académie de médecine, nul d'entre eux n'ait pris la parole pour attester qu'il avait vu le lauréat faire la ténotomie en 1836 et 1837. On trouverait sans peine dans la GAZETTE MÉDICALE des dates pour contredire ce que j'avance, on pourrait revenir sur un certain paquet cacheté déposé à l'Institut en 1838 et devenu trop fameux ; mais rien de tout cela n'est à l'abri de la critique, et comme le moindre petit fait vaudrait mieux pour moi que tous les certificats et les attestations du monde, je me renferme dans le *doute philosophique*.

Le rapport me laisse encore ignorer si M. J. Guérin a consacré une portion ou la totalité d'un des seize in-folio manuscrits à faire l'historique du sujet qui lui a valu une si grande récompense. Je crains bien que cette partie importante ait été complétement omise. Dans tous les cas, le rapporteur de l'Institut a été plus coupable que M. Guérin : c'était à lui à s'enquérir de l'état de la science. A la vérité, il était surtout hygiéniste, et par conséquent peu versé sans doute dans la littérature chirurgicale et tératologique ; mais il savait remuer les vieux livres, comme l'attestent ses discussions historiques à l'Académie, et, d'ailleurs il était membre de la plus illustre société savante de France. Or si l'on ne peut exiger que les immortels du palais Mazarin fassent toujours avancer la science, leur devoir au moins est d'en connaître l'état présent, d'être, si je puis ainsi dire, les conservateurs de ses archives. Si M. Guérin n'a point fait d'historique, si Double n'a pas comblé cette regrettable lacune, auteur et rapporteur, ne l'eussent-ils été qu'une fois dans leur vie, ont été, dans cette circonstance, terriblement cartésiens ; car ils ont bien cavalièrement fait table rase du passé. Ceci explique comment le premier a pu croire de bonne foi qu'il avait inventé à lui seul tout ce qu'il a pensé ou écrit, et comment il a pu crier à la rapine quand on lui a montré de tout côté et dans trente auteurs différents tous les matériaux de son édifice.

En 1836 et 1842, et, chose plus singulière, en 1857, M. Guérin conserve les mêmes illusions ; il croyait autrefois avoir découvert le rôle réel des systèmes nerveux et musculaire dans la production des difformités, puis la généralisation (très exagérée) de ce rôle, puis les vrais principes de la ténotomie, qui, à son dire, n'existaient pas dans la science même en 1842 (*Bull. de l'Acad.*, t. VIII), puis l'action de l'air sur les plaies, puis les procédés de ponctions dits sous-cutanés des collections liquides, puis enfin la méthode sous-cutanée qui résume toutes ces découvertes. En sorte que, devant ces croyances naïves, que nous croyons sincères, on ne peut s'empêcher de dire avec M. Bouvier : « L'historien sévère et impartial ne » verra qu'une grande préoccupation personnelle dans la » pompeuse apologie de ses travaux, de ses découvertes, que » M. Guérin vient de prononcer devant vous. » Cette phrase a été prononcée il y a quinze ans ; elle est plus vraie que jamais.

Si le grand travail couronné en 1836 renferme réellement la ténotomie, les observations nombreuses et détaillées et l'historique complet qu'on demande sans cesse à son auteur, il lui sera bien facile de confondre les incrédules, puisqu'il a pris soin de faire parapher toutes les pages et d'y faire apposer le cachet solennel de l'Institut. Qu'attend donc M. Guérin ? Manque-t-il à Paris de gens honnêtes tout disposés à lui rendre justice, s'il y a lieu, et à confronter ses écrits d'alors avec ceux d'aujourd'hui ?

Supposons que, faute de temps, M. J. Guérin n'ait pu, en 1836, parcourir le champ de l'histoire, sur lequel il est aujourd'hui, comme en 1842, si rudement traqué. Que ne comble-t-il maintenant cette lacune, et que ne nous dit-il, en s'appuyant sur des textes nombreux et certains : Voilà où en était la cure des plaies, des difformités, des abcès, des

(1) *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, t. V, p. 398, 4 septembre 1837.

kystes, des corps étrangers, des hernies, des varices, des tumeurs sanguines, etc., lorsque j'ai commencé mes recherches? Voici où elle en est, maintenant que j'y ai mis la main; voici mes titres à la reconnaissance de l'humanité.— Comment, depuis vingt-sept ans que ces questions le préoccupent, M. J. Guérin n'a-t-il pas trouvé le loisir de tracer un historique que je me chargerais, moi novice et inhabile, de parachever en un mois? Je laisse tous ces *comment* et ces *pourquoi* sans réponse, et je me borne à en manifester mon extrême surprise.

Je ne dirai donc pas à M. Guérin « que ses prétendues » doctrines ne lui appartiennent pas, qu'il les a empruntées » au domaine commun de la science. » (*Acad.*, 1842, p. 436.) Je lui reprocherai, au contraire, de n'avoir pas fait cet emprunt à ses prédécesseurs en les citant.

Le silence du rapport de 1837 sur la ténotomie étiologique est d'autant plus singulier, que, dans la partie qui est destinée à faire connaître les travaux de M. Bouvier, la section des tendons est très explicitement indiquée dans le paragraphe suivant: « 3° Enfin, des observations nouvelles sur » les effets de la section du tendon d'Achille, que l'auteur » (M. Bouvier) a pratiquée l'un des premiers à Paris, et pour » laquelle il a imaginé d'ingénieux et d'utiles procédés. » (P. 259.)

M. Guérin songeait si peu à utiliser la ténotomie, que, de son côté (p. 252 du rapport), il préconisait « un sabot à » triple flexion pour les pieds bots varus équins, au moyen » duquel on peut faire décrire au pied trois mouvements cir- » culaires simultanés, opposés au mouvement décrit par le » pied bot. » Faut-il une autre preuve? On la trouvera dans les *Comptes rendus de l'Institut pour* 1836. Le 18 avril, M. Guérin propose une *nouvelle méthode* pour traiter les pieds bots des enfants. Elle consiste dans l'emploi du plâtre moulé sur l'organe dévié, laissé huit jours de suite en place, et renouvelé de semaine en semaine jusqu'à guérison. On cite la guérison de deux jumeaux de cinq mois. Pas un mot de ténotomie. Le 5 septembre, M. Bouvier fait l'historique de la section du tendon d'Achille, et rapporte douze cas de guérison due à cette opération. Le 19 décembre, comme pour répondre à la communication précédente, M. Guérin continue l'apologie du plâtre, et cite l'observation d'un enfant de *douze ans* affecté d'un pied bot *datant de dix ans, suite de convulsions* et de paralysie incomplète. La guérison avait eu lieu en *peu de jours*. La maçonnerie, que Dieffenbach avait abandonnée déjà, avait suffi dans ce cas, où cependant la ténotomie étiologique eût fait merveille; mais, dans cette seconde note, le mot de *ténotomie* n'est pas prononcé.

Or, de deux choses l'une: ou M. J. Guérin ignorait les succès de Dieffenbach, de Stromeyer, de MM. Duval, Bouvier, Stœss, dont la presse retentissait, qu'on trouvait consignés dans les *Archives de médecine* (1834), dans les *Comptes rendus de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences*; ou il n'avait pas encore adopté cette méthode, à laquelle il devait se rallier plus tard avec une ardeur poussée jusqu'à la témérité. La première hypothèse est inadmissible. Si M. Guérin lit peu, il lit au moins son journal; or, nous trouvons dans la GAZETTE MÉDICALE (1833, p. 673), à propos du procédé de Delpech: « Le docteur Stromeyer a songé à » éviter toutes ces causes de retard et d'insuccès; rien de » plus favorable ne pouvait être désiré, etc. (1). » Je m'arrête donc à la dernière supposition, et je pense que, satisfait jusqu'alors du sabot à triple flexion et du moule en plâtre, M. Guérin attendait prudemment que les résultats de la ténotomie fussent mieux connus, que son innocuité fût avérée, que son manuel opératoire fût tout à fait perfectionné, et qu'en un mot la méthode reposât sur des faits nombreux et certains. En cela il agissait sagement, et pratiquait en chirurgien sérieux le doute philosophique. — A la fin de 1837, toutes les conditions requises plus haut se trouvant réalisées, M. Guérin se ravisa, et s'engagea sans hésitation et sans remords dans la voie largement ouverte du progrès. Un cas de torticolis se présenta à son observation. La pathologie de cette affection lui était connue, grâce à ses travaux antécédents. Il imita Dupuytren, Dieffenbach, Syme et Stromeyer; et comme il déclare n'avoir eu connaissance de leurs observations que longtemps après sa seconde opération (1), ce dont, pour le dire en passant, je ne lui fais pas mon compliment, il inventa de nouveau, pour couper le sterno-mastoïdien, le procédé du chirurgien de Hanovre, se rapprochant, du reste, par ses points essentiels, de ceux que MM. Duval, Bouvier et d'autres employaient depuis longtemps pour couper les divers tendons du pied et du genou.

D'après ce que je viens d'exposer, la ténotomie sous-cutanée était assez avancée en France à la fin de 1837, et comme théorie et comme pratique, pour qu'on pût s'en servir en connaissance de cause et sans scrupule. A ce compte, M. Jules Guérin n'aurait rien à revendiquer sous le rapport pratique, car, ceci dit une fois pour toutes, je ne songe nullement à contester l'importance des recherches qui lui ont valu le grand prix de 10,000 francs.

Mais, pour déposséder M. Guérin des droits si chers qu'il croit avoir dans l'édification de la ténotomie comme méthode opératoire, je dois fournir mes preuves. Et notez qu'en m'arrêtant au 2 décembre 1837, je me prive sciemment d'une foule de travaux publiés en 1838 et 1839, c'est-à-dire bien avant que la méthode sous-cutanée n'ait été érigée en doctrine par M. Guérin (1er décembre 1840) (2). Si donc je restreins beaucoup les travaux que j'aurai à examiner, il suffit, pour me donner raison, que, si peu nombreux qu'ils soient, ces travaux soient suffisamment explicites (3).

La réintroduction de la ténotomie en France me paraît dater de la publication des deux notes de Stromeyer dans les *Archives de médecine*, c'est-à-dire de 1834. Faisant donc abstraction de tous les documents que j'ai accumulés dans l'article précédent, à propos de la période étrangère, j'arrive, par une élimination inadmissible dans les historiques ordinaires, à ne plus examiner que les travaux de cinq auteurs, savoir: Stromeyer, Duval, Bouvier, Stœss et Held. J'ai déjà

(1) Qui supposera d'ailleurs que M. Guérin, spécialiste depuis longtemps, n'ait pas pris soin de se mettre au courant de toutes les innovations ayant rapport à sa pratique journalière? M. Bouvier les connaissait bien. M. Guérin pouvait ou devait les connaître.

(1) 3e *Mémoire sur les difficultés du tissu osseux, des torticolis anciens*, notes et éclaircissements, p. 44; en note. *Gaz. méd.*, 28 avril 1838.

(2) M. J. Guérin se fait si facilement illusion sur l'influence que ses recherches ont exercée sur la chirurgie contemporaine, qu'il en fait émaner en 1840 un procédé de ligature sous-cutanée des veines spermatiques, qui avait été imaginé dix ans auparavant par M. Gagnebé et qu'il cite à l'appui de la bonté de sa méthode des observations où le procédé opératoire mis en usage était loin de remplir les conditions qu'il considère comme essentielles à sa réussite et à son innocuité. Voir *Essai sur la méthode sous-cutanée*, 1841, p. 36, et notes, p. 90 et suivantes.

(3) Voici deux passages extraits de l'ouvrage d'un auteur qui certes n'est point hostile à M. J. Guérin: « De telle sorte que, commencées au milieu des mêmes errements, » modifiées à peu près de la même manière, perfectionnées à la même époque, les sec- » tions du tendon d'Achille et du sterno-mastoïdien arrivaient en même temps, vers » l'année 1837, au degré de perfection où nous les voyons aujourd'hui... »

« M. J. Guérin, quoique n'ayant pas été l'inventeur proprement dit de la méthode » sous-cutanée, a *contribué* plus que personne à lui assigner son véritable caractère » et à en montrer les nombreuses et fécondes applications. » Bonnet (de Lyon), *Tr. des sections tendineuses*, introd., p. XI et XV, 1841.

dit quelques mots du premier; j'y reviens, surtout au point de vue des doctrines et de la médecine opératoire.

Stromeyer, comme je l'ai déjà dit, avait médité longuement les travaux de Delpech; mais reconnaissant avec raison que, si la théorie était bonne, le moyen opératoire était médiocre, il songea à le perfectionner. Aux larges incisions il substitua deux petites piqûres pratiquées avec un bistouri pointu, très étroit, enfoncé entre le tendon et le tibia. La seconde ponction était si petite, que « la pointe seule du bistouri traversa du côté opposé sans faire de plaie saignante. » La plaie d'entrée n'avait que la largeur de la lame. L'écoulement du sang fut tout à fait insignifiant. Dans la seconde observation, le tendon étant très épais (le malade avait trente-deux ans), le bistouri traversa la peau des deux côtés et ressortit d'un demi-pouce; mais comme la lame était très étroite, les deux plaies n'en restèrent pas moins fort petites : elles ne fournirent qu'une hémorrhagie insignifiante, et furent réunies par les agglutinatifs. Dans les cas ultérieurs, les opérés étaient jeunes, et il est probable qu'on se contenta, comme dans le premier fait, d'une très petite piqûre de sortie. Chaque fois on ferma les plaies avec le taffetas d'Angleterre : elles furent toujours rapidement cicatrisées, et on n'observa pas le moindre accident. Quant au traitement consécutif, Stromeyer, il est vrai, ne tentait pas immédiatement l'écartement des bouts divisés; mais il ne comptait pas davantage sur leur réunion immédiate. Il eût, d'ailleurs, été détrompé par sa seconde observation, dans laquelle il est dit, page 108, que, le deuxième jour, « les bouts du tendon ne se touchaient plus; » ce qui n'empêcha pas la guérison de s'effectuer. Au reste, je n'insisterai pas sur ce point. Qu'il me suffise de dire que Stromeyer avait adopté complétement les idées de Delpech sur le mode de réunion par une substance intermédiaire. Je renvoie donc le lecteur à mon premier article, où j'ai critiqué l'expression impropre de *ténotomie huntérienne.*

Je n'ai plus qu'un mot à ajouter. Stromeyer avait si bien compris l'importance des petites plaies et la théorie de l'innocuité des ponctions sous-cutanées, qu'il dit, dans les réflexions qui suivent la première observation, page 103 : « L'indication de *faire* les plaies extérieures aussi petites que possible, AFIN D'ÉVITER L'ENTRÉE DE L'AIR, *l'exfoliation des tendons et* LA SUPPURATION, fut parfaitement remplie. » Que veut-on de plus clair? Formulerait-on mieux le principe, quand on le délayerait en trois pages? Je ne le crois pas.

M. J. Guérin a commenté ce passage six ans après sa publication (1) : il s'est évertué à démontrer que Stromeyer n'avait pas voulu formuler et établir un principe qu'*il ne soupçonnait certainement pas* » (le principe de l'innocuité des plaies sous-cutanées); et l'argument qu'il donne pour preuve, c'est que le chirurgien de Hanovre « ne parle pas de l'*inflammation*, mais seulement de l'*exfoliation* et de *la suppuration* du tendon exposé à l'air. » M. J. Guérin ajoute une longue note pour développer cette subtilité incroyable; mais cette addition elle-même est à peine compréhensible, et on regrette de la voir émaner d'un esprit sérieux.

Puisque M. Guérin est si difficile sur les textes, je lui demanderai à mon tour pourquoi, dans son *Mémoire sur le torticolis*, il ne parle de l'introduction de l'air que comme d'un phénomène assez fréquent dans « ces sortes d'opérations et *propre au procédé qu'il emploie;* » lequel air entra assez bruyamment pour que M. Guérin dise : « Je ne crois pas que la moindre quantité de ce gaz se soit introduite dans les veines » (p. 35). Je lui demanderai pourquoi il ne s'est pas empressé de chasser par la pression ces bulles d'air qu'aujourd'hui il croit néfastes, pourquoi il n'a pas mis le doigt sur la plaie pour empêcher l'air de s'introduire lors de la sortie de son instrument? — Je voudrais savoir encore si M. Guérin désirait obtenir la réunion huntérienne du muscle sterno-mastoïdien, puisqu'il laissa les malades jusqu'au surlendemain sans extension, c'est-à-dire sans écarter les deux bouts (p. 36). — Il me dira sans doute pourquoi, dans une région si périlleuse, il n'avait pas encore adopté le ténotome mousse ou même le bistouri boutonné que M. Bouvier recommandait avec raison depuis plus de deux ans, et pourquoi aussi il proposait provisoirement un procédé opératoire détestable, consistant à couper le muscle sterno-mastoïdien d'arrière en avant « sur une sonde cannelée qu'on aurait » glissée sous le muscle; » ce qui, à la vérité, ajoute-t-il, ne serait pas facile et exposerait à ne pas opérer la section complète du muscle (p. 22); accident qui, par parenthèse, lui arriva dans sa première opération, pratiquée cependant sans sonde cannelée et avec un bistouri droit ordinaire (p. 36).

Je ne serais pas fâché, non plus, d'être éclairé sur cette rougeur érythémateuse qui, chez son second malade, se manifesta le sixième jour autour de la cicatrice. Cette rougeur était-elle due à l'air introduit lors de l'opération, ou bien au diachylon qu'on avait oublié d'enlever? On fit une friction avec l'axonge (p. 40), et la rougeur céda, mais au bout d'un temps qui n'est pas indiqué dans l'observation (1).

Si M. Guérin n'a rien à répondre à toutes ces objections; nous en conclurons qu'en 1837 il ne possédait pas plus que les autres, et je dirais même moins que Delpech et Stromeyer, la théorie de l'innocuité des plaies sous-cutanées, qu'il ne devait découvrir que deux ans plus tard environ. J'engage tous ceux qui voudraient s'éclairer sur ce point à lire avec soin le troisième mémoire sur les difformités du tissu osseux (avril 1838).

Les deux petits mémoires de Stromeyer furent très remarqués en France, et principalement, sans doute, par les concurrents académiques. Toujours est-il que, presque simultanément, MM. Duval et Bouvier pratiquèrent la section du tendon d'Achille. M. V. Duval déclare cette opération « un » procédé curatif excellent, que certainement il reconnaît » avoir emprunté, quant au fond, à feu Delpech et aux Alle» mands (2); » après avoir fait des expériences sur les animaux, pour étudier le mode de réunion des tendons, il coupa le tendon d'Achille, le 23 octobre 1835, à un enfant de douze ans et demi affecté de pied équin.

Dans cette première opération il suivit complétement le procédé de Stromeyer, c'est-à-dire qu'il fit sortir la pointe de l'instrument au côté externe du tendon (3); mais il s'aperçut bientôt de l'inutilité de la double piqûre, et se contenta d'une simple ponction au côté interne du tendon, si ce n'est dans les cas « où le bas de la jambe est très gros, quand le » tendon d'Achille paraît enveloppé d'une grande quantité » de tissu cellulaire graisseux et œdémateux. » La double ponction est alors, suivant l'auteur, très utile pour prévenir

(1) *Essais sur la méthode sous-cutanée*, 1er décembre 1840. On se souvient que les premières opérations de Stromeyer avaient été pratiquées du 28 février 1831 au commencement de 1834, qu'une partie en fut publiée en 1833 dans le *Rust's Magazin* et que deux articles furent *traduits en français* dans les *Arch. de méd.*, 1834, 2e série, t. IV, p. 100, et t. V, p. 194.

(1) Il n'est pas inutile de dire que Lisfranc employait l'axonge contre l'érysipèle; je puis l'affirmer, ayant été un an interne dans son service.

(2) *Traité pratique du pied bot*, 1839. Introduct., p. VI.

(3) *Même ouvrage*, p. 162.

l'ecchymose et les douleurs consécutives (p. 130), ce qui ne nous paraît pas démontré. Il se servait et se servit toujours depuis d'un petit bistouri qu'il appela *ténotome*, qui a beaucoup de rapport avec nos scalpels à dissection. Le tranchant avait quinze lignes de longueur sur deux lignes et demie de largeur dans sa plus grande convexité.

Dans trois cas, et sur de très jeunes enfants, la section fut pratiquée avec des ciseaux droits et mousses, introduits sous la peau à la faveur d'une petite incision de quatre à cinq lignes pratiquée au bord interne du tendon d'Achille (p. 119). Cet organe était tout à fait dévié en dedans et ne faisait presque point saillie sous la peau. Mais il renonça à ce procédé, « auquel il est juste de reconnaître quelques inconvénients, » dès qu'il fut bien familiarisé avec l'emploi de son ténotome.

M. Duval faisait toutes les sections des parties profondes vers la peau. A peine quelques gouttes de sang s'écoulaient, et ordinairement la douleur était nulle. Des *bandelettes de diachylon* étaient placées sur les petites plaies. Si j'en excepte la première opération, pratiquée sur le jeune Hugo, et dans laquelle les bouts du tendon furent rapprochés à la manière de Delpech et de Stromeyer, l'écartement des bouts fut dans la suite toujours effectué immédiatement après la section, et M. Duval attache beaucoup d'importance à cette précaution (p. 122).

J'ai extrait les citations précédentes de l'ouvrage de M. Duval, publié en 1839, et peut-être on m'objectera que je m'écarte du programme que je m'étais tracé, puisque je ne devais me servir que des travaux publiés avant la fin de 1837. Si j'en ai agi ainsi, c'est pour montrer les diverses oscillations de la méthode opératoire avant ses derniers perfectionnements. D'ailleurs, ce volume de 1839 n'est que l'ampliation des nombreuses communications faites par M. Duval à l'Académie de médecine et à l'Académie des sciences (1).

Peut-être objectera-t-on encore que M. Duval ne connaissait pas la théorie de l'innocuité des plaies sous-cutanées, parce qu'il ne parle pas de l'*introduction de l'air*, de l'*inflammation*, de la *suppuration*, de l'*exfoliation des tendons*. Nous ne saurions accepter cette fin de non-recevoir. M. Duval connaissait très bien les travaux de Delpech et de Stromeyer; il avait accepté comme vraie leur théorie générale, et il avait si bien compris les inconvénients attachés encore à leurs procédés, qu'il s'efforçait de les perfectionner en supprimant une des ponctions et en rendant la plaie d'ouverture aussi petite que possible. Lorsqu'on traite un point pratique de la science et qu'on déclare s'appuyer sur les données théoriques formulées par d'autres auteurs, on est dispensé, ce me semble, de répéter ces dernières.

M. Guérin, tout le premier, laisse dans ses travaux des paragraphes sous-entendus. Lorsque le 17 juillet 1838 il déposa son paquet cacheté à l'Institut, lorsque le 18 mars 1839 il lut son cinquième *Mémoire sur les difformités du tissu osseux* (1), il affirma, sans citer d'observations ni de dates, avoir coupé tous les tendons du pied, suivant les indications étiologiques; il ne dit pas par quel procédé, et il ne songe point à faire ressortir les mérites des ténotomies sous-cutanées; probablement c'est qu'il jugeait ces mérites connus de tout le monde et leur apologie désormais inutile.

L'impression qui m'est restée après avoir lu le rapport de l'Institut (1837), est que le travail de M. Bouvier était beaucoup plus positif, beaucoup moins transcendant que celui de M. J. Guérin. Dans les questions qui attendent leur solution des faits au moins autant que des théories, il est dangereux d'approcher de trop près les nuages, et il est utile de garder au moins un pied sur cette terre couverte de nos infirmités, car c'est à sa surface que l'on devra agir, c'est avec le bistouri et les machines qu'on devra guérir ses semblables plutôt qu'avec des spéculations hardies et des conceptions philosophiques exclusives.

M. Bouvier s'était donc mis au courant de l'histoire des sections musculaires et tendineuses; il les croyait utiles, et joignant l'exemple au précepte, il coupait des tendons à l'hôpital pendant qu'il préconisait la ténotomie devant ses juges de l'Institut. Il apportait, en outre, de sérieux perfectionnements au manuel opératoire; il faisait des expériences nombreuses sur les animaux, et vulgarisait largement la pratique de Stromeyer et de ses prédécesseurs. Cette tendance, il faut en convenir, avait bien ses avantages.

Le 15 janvier 1836, il opérait une fille de quatorze ans affectée de pied bot équin, suite d'abcès multiples qui avaient autrefois sillonné la jambe. Il avait suivi le procédé de Stromeyer, modifié toutefois, car il s'était contenté d'une ponction. L'écartement des bouts avait atteint un pouce, mais la jambe avait été maintenue cinq jours dans l'extension. La plaie, comparable à celle d'une saignée, s'était formée le second jour; il n'y avait pas eu la moindre réaction inflammatoire. L'innocuité et l'efficacité de l'opération n'étaient pas en question.

Le 12 février 1836, modification dans le manuel, emploi de deux instruments, ponction faite à la peau avec la pointe d'un bistouri ordinaire, introduction par cette petite plaie d'un bistouri étroit à pointe mousse, piqûre recouverte d'un morceau de diachylon, écartement d'un pouce entre les deux bouts du tendon, pied immobilisé pendant vingt-quatre heures, flexion progressive commencée dès le lendemain.

Le 15 juillet 1836, le bistouri à pointe mousse est remplacé définitivement par le ténotome droit ordinaire; tel que tout le monde l'emploie aujourd'hui; le pied fut fléchi immédiatement après la section et maintenu par un appareil dans cette attitude.

Voici, si je ne me trompe, la ténotomie sous-cutanée parvenue à son dernier degré de perfection, le pli cutané n'étant ni toujours praticable, ni d'ailleurs indispensable dans cette région. Avant la fin de 1837, M. Bouvier avait pratiqué avec le plus grand succès et la plus grande impunité au moins quinze sections du tendon d'Achille; je donne ce chiffre d'après la date des opérations qui ont été pratiquées publiquement dans les grands hôpitaux, *et dont les observations détaillées et bien précises, ont été publiées par l'auteur* (2). Les Académies ont reçu communication des diverses opérations de M. Bouvier, et sa pratique, aussi bien que celle

(1) *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, t. II, p. 7, 4 janvier 1836. Indication de trois observations. — t. III, p. 549, 7 novembre 1836. Vingt-cinq observations nouvelles; section concomitante du tendon d'Achille et du jambier antérieur dans un cas de varus. Dans un cas de valgus, section concomitante du long péronier latéral et du tendon d'Achille. — T. IV, p. 1001, juillet 1837. Mode de cicatrisation et d'allongement des tendons, indication de tous les cas traités jusqu'à ce jour par l'auteur : ils sont au nombre de soixante. — T. V, p. 719, 20 novembre 1837. Section sous-cutanée des muscles biceps crural, demi-tendineux et demi-membraneux, pour remédier à la fausse ankylose du genou. Trois observations indiquées, deux des malades avaient déjà subi la section du tendon d'Achille. — *Bullet. de l'Acad. de méd.*, t. Ier, 1836, p. 304, 408. On y trouve *in extenso* les observations et les procédés indiqués sommairement à l'Institut. — T. II, 1837, p. 34.

(1) *Mém. sur les variétés anatomiques du pied bot congénital dans leur rapport avec la rétraction musculaire convulsive*, p. 8 et 50.

(2) *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. VII, p. 411, 1838.

de M. Duval, a eu tout le retentissement nécessaire pour que quiconque voulait suivre le mouvement ait pu le faire (1).

M. Bouvier n'a pas jugé à propos de s'étendre longuement sur l'innocuité des plaies sous-cutanées ; mais en lisant ses travaux, personne ne saurait douter de ses convictions à cet égard, et d'ailleurs, au lieu de discourir, il démontrait avec des faits nombreux cette innocuité; ce qui valait tout autant pour l'instruction du vulgaire. La ténotomie était donc, à Paris, un fait accepté sans conteste; tous les chirurgiens, en 1837, la pratiquaient ou l'auraient pratiquée à l'occasion et sans hésiter. De plus, elle se répandait partout en France, comme dans toute l'Europe et aux États-Unis. Le 10 février 1833, M. Bouvier opérait un garçon de dix-huit ans auquel la section du tendon d'Achille avait été pratiquée *une année auparavant à Auxerre*. Le 25 juin 1837, M. Scoutletten en faisait autant à Metz, etc. (2).

A Strasbourg, dès 1836, la ténotomie était acceptée en théorie et en pratique, comme l'atteste la thèse de M. Held, dernier document qu'il nous reste à examiner. Nous déclarerons d'abord que nulle part jusqu'alors la section du tendon d'Achille, comme traitement curatif du pied bot, n'avait été aussi soigneusement discutée. L'auteur est parfaitement au courant de la question historique; il a lu Delpech et Stromeyer, il a connaissance des essais qui se faisaient à Paris en même temps; mais il ne peut citer personne, sa thèse ayant été terminée le 15 juin 1836. Il rapporte tout au long une opération pratiquée par M. Stœss dans les premiers mois de 1836, je suppose. Cet opérateur, qui s'était seulement inspiré de Stromeyer, avait créé du premier coup un procédé sous-cutané très avantageux, pendant que M. Bouvier perfectionnait le sien à Paris. M. Stœss ne fit qu'*une seule ponction* de 2 lignes et 1/2 avec un bistouri très étroit et à deux tranchants; il coupa ensuite le tendon avec un bistouri boutonné coudé et tranchant dans une petite étendue (p. 53). M. Held discute longuement la question de la position du membre après l'opération ; il se décide pour l'écartement primitif des bouts divisés, contrairement à Stromeyer et à Delpech (p. 56, 59), d'après des expériences faites sur les animaux (p. 58). Enfin, M. Held concevait très bien la généralisation de la ténotomie et la diversité des sections suivant les variétés du pied bot. En voici la preuve :

« Nous pensons qu'une opération *aussi simple* et *aussi* » *légère* doit être généralisée et appliquée à tous les cas de » difformités dépendant de la contracture ou du raccourcis- » sement musculaire (p. 50). » Voici, je crois, de la ténotomie étiologique assez claire.

Et d'ailleurs, pour ne pas laisser place à l'équivoque, il décrit d'avance les procédés sous-cutanés suivants :

1° Section des péroniers pour le valgus (p. 68 et suivantes);

2° Section des jambiers pour le varus;

3° Section du jambier antérieur et du péronier moyen pour le pied bot antérieur;

4° Section du tendon d'Achille pour le pied bot équin.

Que renfermait donc de nouveau, en ce qui touche la ténotomie, le paquet cacheté déposé vingt-cinq mois plus tard à l'Institut?

(1) *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, t. III, p. 240 et 367, 1836. Historique de la question. Indication de l'emploi du ténotome ordinaire. Écartement des deux bouts aussitôt après la section. Résultats des expériences sur les animaux. Quatre observations de guérison de pieds bots par la section du tendon d'Achille. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. I[er], 1836, p. 32, 199, 823, 953. Remarques intéressantes sur les sections tendineuses chez les animaux, t. II, 1837, p 86.

(2) *Mém. sur la cure radicale des pieds bots*, 1838, p. 104.

Mais nous nous arrêtons, et nous laisserons le lecteur juger, d'après les textes, si, à la fin de 1837, la ténotomie était vulgarisée, si ses applications étaient étendues, si ses procédés opératoires étaient parfaits, si son innocuité était établie, si la théorie de cette innocuité était restée lettre close. Si le lecteur conclut comme nous, il se demandera comment il se fait qu'en 1842 et en 1857 M. J. Guérin revendique quelque part d'invention dans la découverte des sections tendineuses comme méthode opératoire. S'il est d'un avis opposé, nous en serons étonné comme nous sommes surpris de sa persistance opiniâtre, et nous attendrons des preuves pour changer d'avis.

En 1842, à l'Académie, les textes que nous venons de reproduire ont déjà été mis au jour ; mais la discussion était beaucoup plus vaste, plus diffuse que celle d'aujourd'hui ; les issues étaient plus nombreuses et moins bien gardées ; la retraite était plus facile; il n'était pas question d'air, de méthode sous-cutanée, mais l'étiologie des difformités se mêlait à leur histoire générale, les expériences et les observations s'entre-croisaient; les fléchisseurs des doigts, les mouvements de la main, intervenaient à chaque instant au milieu de discussions ardues sur des mots à triple ou à quadruple sens. La rétraction, le raccourcissement, la contracture, la rétractilité primitive ou secondaire, idiopathique ou symptomatique des muscles, étaient une source de confusion, d'ambiguïtés, de malentendus; en un mot, cette interminable lutte fut un vrai chaos peu récréatif à lire et médiocrement instructif. D'ailleurs le champ, en 1857, étant plus restreint, on risquera moins de *battre la plaine*. Lorsqu'on citait à M. Guérin des centaines de sections et plus de vingt auteurs qui pratiquaient la ténotomie, il répondait invariablement par deux mots : *Ténotomie empirique ;* Delpech, Dupuytren, Dieffenbach, Stromeyer, Syme, Stœss, Duval, Bouvier, Velpeau, Gerdy, etc., *ténotomistes empiriques*. Aujourd'hui, jusqu'à nouvel ordre, nous sommes un peu débarrassés de cette expression déplorable et vide de sens. Nous avons, il est vrai, la ténotomie huntérienne, mais j'espère qu'elle ne durera pas longtemps.

Je n'oublie pas que la ténotomie sous-cutanée n'est pas seule en question aujourd'hui, et que le débat roule sur la méthode sous-cutanée tout entière, avec toutes ses branches et tous ses rameaux et ramuscules. Mais je ne pourrais me prononcer sur son ensemble qu'après avoir fait pour tous ses embranchements le travail historique long et pénible que j'ai tenté pour l'un d'eux, et qui n'est pas même terminé, puisqu'il faudrait le continuer jusqu'en 1842. Or la patience du lecteur se lasserait sans doute avant la mienne; je cesserai donc ici ma revue historique, mais j'affirme que les textes donnent les mêmes résultats quand on étudie l'ouverture des abcès, l'extraction des corps étrangers, etc. Quelques innovations, corollaires facilement tirés des prémisses, sont, sans contredit, dues à l'esprit ingénieux de M. J. Guérin; mais le temps ne les a pas consacrées.

Et puisque l'embryogénie de la pensée (voir l'*épigraphe*) a été invoquée, qu'il me soit permis de résumer métaphoriquement aussi l'embryogénie de la ténotomie.

Les germes en sont anciens, plusieurs fois ils ont été fécondés ; mais la période embryonnaire n'a tout d'abord pas été franchie. Delpech survient : l'embryon devient fœtus, puis voit le jour. Les étrangers d'abord, les Français ensuite, le recueillent, le purifient, le baptisent, le réchauffent et l'allaitent. Ils ont confiance dans son avenir, qu'ils jugent brillant. L'enfant grandit : il avait toutes ses dents vers 1840, lorsque M. Jules Guérin le prend en sevrage et l'alimente

généreusement à son tour; mais pour étouffer la voix du sang, le lauréat de l'Institut déchire l'acte de naissance, enferme l'adolescent, et, malgré les cris des parents directs ou indirects, soutient qu'il lui appartient, qu'il lui a toujours appartenu, et depuis dix-sept ans refuse de le rendre, malgré les sévères sommations de la critique et de l'histoire.

Ar. Verneuil,
Agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

Justice à tous, justice à chacun pour la louange comme pour le blâme. Le discours de M. J. Guérin à la dernière séance de l'Académie de médecine est le plus remarquable qu'il ait prononcé dans tout le cours de ses longues querelles scientifiques. Un peu lent, un peu embarrassé dans la première partie de son argumentation, l'orateur a fini par dominer son auditoire, par le captiver, par conquérir des sympathies manifestes. Il est même parvenu, ce qui n'est pas le genre habituel de ses succès, il est parvenu avec des citations malicieuses et de bonne guerre, quoique parfois exagérées dans leur signification, à mettre les rieurs de son côté. Ce discours n'est pourtant pas de nature à rien changer à nos appréciations historiques, qui reposent sur des textes formels et ne flottent pas au gré des chances d'une controverse académique. A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Note sur l'amylène, par M. Giraldès.

Lors de la discussion sur les accidents produits par le chloroforme, il a été plusieurs fois question dans cette enceinte des recherches d'un médecin anglais, M. John Snow, dont les travaux sur l'anesthésie méritaient une mention spéciale. Depuis cette époque, cet habile expérimentateur ne cessa un instant de s'occuper de ce sujet, dans le but surtout de connaître la cause de ces accidents, les moyens de les prévenir, ou bien de trouver un produit nouveau ayant les propriétés anesthésiques du chloroforme sans avoir aucun des inconvénients attribués à cet agent.

En continuant ses recherches de prédilection, M. Snow trouva dans la classe des produits hydro-carbonés un liquide, l'amylène, jouissant des propriétés anesthésiques assez marquées, et qui laissait espérer qu'on pourrait le substituer avec avantage au chloroforme.

Après avoir soumis des animaux aux vapeurs de l'amylène, après l'avoir essayé sur lui-même, M. Snow se trouva amplement autorisé à en faire l'application à l'homme.

Ses premiers essais ont été commencés vers la fin de l'année dernière. L'expérience répondant complétement à son attente, il en continua l'emploi; aussi, vers la fin du mois de janvier de cette année, on comptait déjà soixante-neuf observations d'anesthésie amylénique pour des opérations de tout genre, amputations, taille, ablation de tumeurs, voire même pour les accouchements.

En présence d'expériences satisfaisantes tentées sous le contrôle de chirurgiens recommandables, je me suis trouvé suffisamment autorisé à en faire l'essai. Je viens vous rendre un compte succinct des vingt-cinq observations d'anesthésie amylénique chez des enfants. J'ai pensé que la Société de chirurgie accueillerait avec faveur cette communication, faite surtout dans le but de provoquer, de la part de nos collègues, des essais semblables, afin de juger cette nouvelle et importante question.

Il n'entre pas dans mes intentions de rien dire sur l'histoire chimique de l'amylène; je n'ai pas autorité pour traiter ces matières, mais je crois devoir dire quelques mots concernant le mode d'administration.

L'amylène, comme on le sait, est un produit découvert en 1844 par M. Ballard; c'est un liquide transparent, très léger et très volatil, bouillant de 35 à 39 degrés, d'une odeur alliacée quelquefois assez prononcée; la volatilité de ce corps est si grande, que pendant qu'on l'administre il se forme souvent des cristaux de glace sur les parois du vase où il est contenu: de là la nécessité d'appareils appropriés pour le donner avec avantage.

Comme dans mes premiers essais, si l'on donne l'amylène dans une compresse pliée en cornet, comme pour le chloroforme, on dépense inutilement une grande quantité de produit, et l'on charge l'atmosphère ambiante de vapeurs qui peuvent quelquefois incommoder les assistants. C'est pour s'être servi d'un procédé à peu près analogue que le professeur Rigaud, de Strasbourg, a employé 100 grammes d'amylène pour déterminer l'anesthésie chez un malade.

L'amylène dont je me suis servi dans mes premiers essais avait une odeur alliacée prononcée, ce qui a fait dire que le liquide qui m'avait été fourni n'était ni le produit découvert par M. Ballard, ni celui dont s'est servi M. Snow. Mais comme l'amylène incriminé avait été préalablement examiné par M. Cloëz, répétiteur de chimie à l'École polytechnique, qui s'est assuré de sa pureté, et qu'il bouillait à 35 degrés, je suis fondé à dire que de telles allégations ne sont pas justifiées. D'ailleurs, si l'on compare l'amylène anglais préparé par M. Bullock pour M. Snow avec celui fabriqué par MM. Rousseau frères, on n'y trouve pas une différence qui autorise une semblable assertion.

Les malades chez lesquels j'ai employé l'amylène en place du chloroforme sont au nombre de vingt-cinq. Ce sont des enfants de l'âge de trois mois à dix ans, qu'il était nécessaire d'anesthésier pour les soumettre à des explorations douloureuses ou à des opérations. Ces enfants ont tous respiré l'amylène préparé par M. Rousseau. Chez tous, à l'exception d'un seul, l'anesthésie a été obtenue dans un espace de temps très court, dont la durée minimum a été d'une minute, et le maximum de trois minutes. Tous ces enfants ont respiré l'amylène sans effort, sans beaucoup de résistance; chez tous la respiration était calme, comme normale. L'anesthésie, chez tous, a été obtenue sans convulsions, sans nausées ou vomissements, quoique l'amylène ait été donné peu de temps après qu'ils avaient mangé. Chez tous aussi le réveil a été prompt, complet, et les enfants n'ont pas souffert de ces inhalations; ils n'étaient pas irrités, énervés, maussades, pendant le reste de la journée; ils ont tous conservé leur gaieté.

Aussitôt que l'anesthésie était obtenue, je suspendais les inhalations, les opérations ou les explorations à faire exigeant très peu de temps. Je n'ai pas cru devoir prolonger les exhalations; je m'abstiens aussi de me prononcer sur la durée de l'anesthésie. Néanmoins, si j'en juge par quelques expériences sur les animaux, confirmées par la pratique des chirurgiens anglais, je crois pouvoir dire que l'anesthésie amylénique dure assez longtemps pour permettre de pratiquer les grandes opérations. J'ajouterai, en terminant, que les vapeurs de

l'amylène, alors même que ce produit a une odeur alliacée prononcée, n'excitent pas des accès de toux, des convulsions du larynx, des contractions des mâchoires, des efforts et des congestions qu'on observe quelquefois à la suite des inhalations de chloroforme.

D'après ce qui vient d'être exposé, je conclus, jusqu'à plus ample informé, que l'amylène pourra être employé dans tous les cas où il est nécessaire d'obtenir l'anesthésie.

Mais il reste à montrer que la durée de l'anesthésie est aussi longue qu'avec le chloroforme ;

Que la résolution musculaire est aussi complète ;

Enfin, si elle est toujours obtenue sans convulsions, sans efforts, sans congestions céphaliques, sans nausées et vomissements. Ce sont autant de points importants à étudier.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES SUR UN IMBÉCILE ÉROTIQUE CONVAINCU DE PROFANATION DE CADAVRES, par le docteur MOREL, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon.

A M. le docteur BÉDOR, *médecin de l'hospice civil à Troyes*,

Membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, médecin du dépôt provisoire d'aliénés de l'Hôtel-Dieu de Troyes, etc.

Deuxième lettre.

Cher et honoré confrère,

Si la perversité des actes, poussée même jusque dans ses dernières limites, pouvait être regardée comme une preuve ou même comme un indice d'aliénation, on comprendrait facilement l'abus qui serait fait, en matière criminelle surtout, d'une pareille théorie. La démarcation, déjà si difficile à établir dans quelques circonstances déterminées, entre le crime et la folie, deviendrait désormais une chose impossible à établir. Il suffirait à un défenseur systématique des grands criminels de faire ressortir et le caractère monstrueux de l'acte incriminé et l'absence d'intérêt que l'accusé a eu à le commettre, pour amener les juges à prononcer un verdict d'acquittement (1). Or, les médecins appelés à donner leur avis dans les expertises médico-légales ne peuvent et ne doivent pas appuyer leurs assertions sur des preuves négatives. Chargés d'éclairer la conscience des magistrats, ils doivent aller directement à leur but, et prouver que l'individu inculpé est ou n'est pas un malade ; en d'autres termes, que la justice a devant ses yeux un aliéné, ou qu'elle n'a en sa présence qu'un coupable.

Est-ce à dire, cependant, que le médecin expert ne puisse et ne doive examiner l'individu inculpé en dehors des données que lui fournit l'observation des faits qui concernent cet individu ? Loin de là. Le rôle du médecin est plus complexe, et, tout en admettant la nécessité, absolue pour lui, de prouver l'existence ou la non-existence de la maladie, nous devons ajouter qu'il lui est impossible d'arriver à l'affirmation ou à la négation du fait, sans s'appuyer sur un élément que j'appellerai, si vous le voulez, l'*élément historique*, et qui n'est autre chose, en réalité, que l'observation comparée des faits analogues qui se sont passés dans l'humanité. Cette observation, ou, si vous aimez mieux, cet examen comparé, sert de *criterium* au médecin et l'aide puissamment à faire entrer dans le cadre nosologique, ou bien à exclure de ce cadre le fait incriminé ; vous l'avez vous-même si bien senti, mon cher confrère, que vous me demandez si des faits de violation de cadavre ont été observés par moi dans ma pratique. Je vous ai déjà répondu que, parmi les actes de dépravation des sentiments, si fréquents chez les aliénés, il ne m'avait été donné d'en rencontrer aucun de ce genre ; mais il existe, et l'élément historique va provisoirement intervenir dans la question et vous aider à mieux apprécier le fait que nous avons devant les yeux. Ayez donc le courage de me suivre un instant sur ce terrain, où nous aurons à examiner la nature humaine par un de ses côtés les plus hideux. Toutefois, nous ne pouvons reculer devant cet examen, dominés que nous sommes par la triste nécessité de démontrer dans quels cas l'homme est criminel, et de prouver dans quels autres il n'est qu'un malheureux aliéné, irresponsable dans ses actions même les plus monstrueuses.

L'examen médico-légal du procès d'un violateur de cadavres, le sergent Bertrand (Paris, 1847), a déjà fourni à M. le docteur Lunier, médecin directeur de l'asile de Blois, l'occasion de faire un examen comparé d'actes du même genre. Pour l'intelligence de la théorie pathologique que nous allons établir dans un instant, je vous demanderai la permission de donner un résumé de l'histoire du sergent Bertrand, que la commission militaire, malgré l'éloquente déposition de M. le docteur Marchal (de Calvi), n'a pas voulu regarder comme aliéné.

En l'année 1847, l'autorité avait été prévenue que des faits de violation de sépulture se répétaient dans les différents cimetières de Paris avec une fréquence déplorable ; c'était surtout dans le cimetière du Mont-Parnasse que se passaient ces scènes épouvantables, et la surveillance la plus active avait été mise en défaut par un individu qui, ainsi qu'il ressort du procès, était l'unique auteur de ces profanations. Les cadavres les plus récemment enterrés, et les cadavres de femmes surtout, étaient l'objet des attentats de ce nécrophile ; et si l'on a pu croire un instant que le sergent Bertrand n'était poussé que par l'instinct dépravé de la destruction, ses propres aveux démontrèrent bientôt que cet instinct, si affreux par lui-même, était compliqué de la déviation la plus épouvantable qui se puisse imaginer des tendances génésiaques.

Remarquons que cette dernière dépravation, la plus inouïe de toutes, n'a pas été démontrée dans l'origine des faits imputés au sergent Bertrand. Plus tard, les aveux de cet homme sont devenus complets ; ils ont été donnés par lui avec cette froide appréciation de certains aliénés qui, sortis momentanément de la crise qui a *nécessité* leurs actes, racontent dans leurs détails les plus circonstanciés la manière dont ces actes se sont commis.

Un témoin ayant dit dans l'instruction que le cadavre d'une jeune fille avait été *mâchonné*, le président demande à Bertrand s'il attaquait les cadavres avec les dents (il est bon de dire que, chez d'autres individus, cet instinct de violation des cadavres s'est compliqué d'anthropophagie) (1).

(1) Un acte horrible, un homicide, un incendie commis sans *cause*, *sans motif d'intérêt*, par un individu dont les *mœurs ont été honnêtes jusque-là*, ne peut être, dit Georget, que le résultat de l'aliénation mentale — Je pense que cet auteur a été trop loin : est-il vrai de dire, par exemple, que dans leurs actes homicides surtout, les aliénés n'aient été poussés par aucun intérêt individuel ? Nous en citerons des exemples dans notre troisième lettre.

(1) C'est dans la catégorie des aliénés destructeurs, dit le docteur Guislain, qu'il faut ranger certains malades, auxquels cet auteur donne le nom de *nécrophiles*. Les anciens, ajoute M. Guislain, en parlant de la *lycanthropie*, ont cité des exemples auxquels on peut plus ou moins rapporter le cas qui, dans le temps, a si fortement attiré

— Non, monsieur le président, a répondu Bertrand, je n'ai jamais fait usage de mes dents. Le témoin a voulu dire que les corps déchirés par le couteau mal affilé, ou par mon sabre, laissaient dans les deux parties séparées des déchirures incorrectes qui faisaient comme si les rats avaient mordu ces parties.

D. Lorsque vous ouvriez les cadavres, ne plongiez-vous pas les mains dans l'intérieur?

R. (*Toujours avec impassibilité et sur le ton le plus calme.*) Oui, colonel, j'y mettais les mains pour en arracher les entrailles, et souvent j'allais jusqu'à la région supérieure pour en arracher le foie.

D. Mais de semblables actes devaient vous faire horreur à vous-même! Est-ce que vous n'éprouviez pas un sentiment qui vous faisait comprendre toute l'énormité odieuse de vos actes?

R. Oui, certainement, et plus que tout autre j'éprouvais ce sentiment; mais je ne pouvais m'empêcher de recommencer au péril de ma vie. Ainsi je savais qu'on avait organisé une machine pour m'atteindre et me donner la mort; je n'en ai pas moins franchi le mur. Une autre fois cette machine a raté. J'aurais pu la prendre et l'emporter; mais je me suis contenté de la démantibuler d'un coup de pied. Je suis entré dans le cimetière, et j'ai déterré plusieurs cadavres. C'était un soir qu'il faisait une nuit profonde; le temps était horrible : il pleuvait et tonnait très fort. En sortant du cimetière du Mont-Parnasse, je me suis rendu au cimetière d'Ivry, où j'ai commis les mêmes actes, et je suis rentré au Luxembourg vers trois ou quatre heures du matin.

D. Est-ce que vous vous êtes jamais demandé à quoi servait cette destruction de cadavres déjà anéantis?

R. Quand ma maladie se déclarait, j'éprouvais, sans m'en rendre compte, ce besoin de détruire.

D. Et cette maladie vous prenait-elle souvent?

R. Environ tous les quinze jours : elle s'annonçait par des *maux de tête.*

D. Éprouviez-vous les mêmes désirs en voyant des animaux morts?

R. Non, mon colonel, je n'éprouvais rien.

D. Depuis que vous êtes à l'hôpital, avez-vous éprouvé ces affreux désirs?

R. Non, mon colonel, et je suis sûr maintenant d'être guéri. J'avais vu des cadavres froidement..... sans trembler..... Je n'avais vu mourir personne.... Plusieurs de mes camarades sont morts près de moi.... Ah! je suis guéri; car aujourd'hui j'ai peur d'un mort!

Enfin, pour compléter ce qui a trait à l'ensemble des actes commis par le sergent Bertrand sous l'influence de son horrible vésanie, je citerai un passage de la déposition du docteur Marchal (de Calvi) : « Il est de l'intérêt de l'accusé, dit M. Marchal, qu'aucun détail ne soit dissimulé, quel que puisse être ce détail. Bertrand l'a senti, et, ne pouvant se décider à parler lui-même, il m'a prié de compléter ses aveux à cette audience. A tant d'horreurs j'ajoute un excès d'horreur : la *monomanie* destructive s'est compliquée d'une autre, comme cela arrive fréquemment, à laquelle la science a donné un nom spécial. Cette monomanie s'est produite; mais il est essentiel ici de faire remarquer que c'est assez longtemps après les premières mutilations, à titre d'aggravation de cet horrible état mental. Je crois pouvoir me dispenser d'entrer dans des détails minutieux sur les faits nouveaux dont il s'agit.... Le cas que nous avons sous les yeux est donc un exemple de *monomanie destructive* compliquée de *monomanie érotique* ayant débuté par une *monomanie triste*, ce qui est très commun et presque général, la plupart des monomaniaques destructeurs commençant par être lypémaniaques. Dans mon opinion, cet homme n'est pas responsable de ses actes : il n'était pas libre.... Je dis ce que je crois. Je le dis devant Dieu et devant les hommes, après de mûres réflexions. »

Tout le monde connaît l'issue de ce triste procès. Toute la presse médicale fut unanime à admettre la folie du sergent Bertrand. La *Gazette des hôpitaux*, par l'organe de M. de Castelnau, l'*Union médicale* par celui de M. Michéa, se rangèrent à l'avis de M. Marchal (de Calvi). Bertrand était considéré aussi par ces médecins comme un véritable *monomane érotique*, et cependant, déclaré coupable, il a été condamné à un an de prison.

Avant d'émettre de mon côté quelques réflexions sur l'état mental de Bertrand et sur la variété maladive dans laquelle il est juste de le ranger, permettez-moi de compléter cette observation par quelques données historiques.

La déposition d'un nommé Pajot, dit M. le docteur Lunier, avait fait supposer un instant que Bertrand mangeait de la chair des cadavres qu'il déterrait. Cette dépravation du goût, ajoute ce médecin, ne nous étonnerait pas davantage que la perversion de l'appétit vénérien. Cette anthropophagie n'était pas, du reste, fort rare au XVIe et au XVIIe siècle. Sans ajouter foi au récit de ces pauvres hallucinés, dont on peut lire la relation dans l'ouvrage de M. Calmeil, et qui s'accusaient de crimes imaginaires, il est certain que quelques-uns commettaient de véritables actes d'anthropophagie. Au XVIe siècle, une femme de Milan, dit Bodin (*De la démonomanie des sorciers*, Paris, 1582, in-4, p. 94), une femme fut condamnée à la roue pour avoir étranglé et mangé son enfant. Elle avait cédé, dit-elle, à l'instigation du démon. Quelques lignes plus bas, l'auteur rapporte un fait analogue.

Quant à la cohabitation proprement dite avec les cadavres, il existe des faits semblables à ceux de Bertrand, quoiqu'ils aient été commis dans des circonstances moins affreuses, si l'on peut s'exprimer ainsi. Peu d'années avant la révolution de 1789, un fait de ce genre, accompli par un prêtre sur une femme qu'il était chargé de veiller, a, comme on sait, donné naissance au roman de M. de Kératry, intitulé : *le Dernier des Beaumanoir*. L'*Union médicale* du 17 juillet 1849 cite un fait semblable rapporté par M. le docteur Michéa: « En 1787, près de Dijon, à Cîteaux, un mien aïeul, qui était médecin de cette célèbre abbaye, sortait un jour du couvent pour aller voir, dans une cabane située au milieu des bois, la femme d'un bûcheron que la veille il avait trouvée mourante. Le mari, occupé à ses rudes travaux loin de sa cabane, se trouvait forcé d'abandonner sa femme, qui n'avait ni parents, ni enfants, ni voisins près d'elle. En ouvrant la porte du logis, mon grand-père fut frappé d'un spectacle monstrueux. Un moine quêteur accomplissait l'acte du coït sur le corps de cette femme qui n'était plus qu'un cadavre. »

Dans la *Gazette médicale* du 21 juillet 1849, M. le docteur Brierre de Boismont a rapporté une histoire de même nature, connue sous le nom d'*Amant de la mort*. Enfin, si nous voulons faire la part des faits de ce genre accomplis dans le plus profond secret et restés nécessairement incon-

l'attention publique. Aétius parle de malades qui, comme des loups, rôdent la nuit dans les cimetières et qui ouvrent les sépultures. Forestus mentionne un paysan qui hantait les cimetières et offrait tous les symptômes des déterreurs de cadavres, et il ajoute que la plupart de ces malheureux joignaient à ces actes dépravés l'instinct de l'anthropophagie et qu'ils dévoraient de préférence l[es] intestins.

nus, nous aurons accumulé plus de preuves qu'il n'en est besoin pour établir la réalité du fait. Je puis même ajouter qu'en dehors de la dépravation qu'une affection nerveuse d'un ordre déterminé imprime aux actes humains, il faut faire la part non-seulement de la débauche portée jusqu'à ses dernières limites, mais encore celle du caractère individuel excentrique ou désordonné. C'est ainsi que je puis vous assurer qu'un acte semblable à celui de Siméon a été commis, à la suite d'un pari monstrueux, par un élève d'une école secondaire de médecine, en présence de ses camarades. Il est bon d'ajouter que cet individu, quelques années plus tard, est mort aliéné.

Au point où nous avons amené la question, il est possible de tirer les conclusions qui suivent.

L'acte le plus monstrueux qui se puisse imaginer n'est pas toujours, il s'en faut, l'indice de la folie.

Si la violation des sépultures et même la cohabitation avec les cadavres doivent être considérées, dans la généralité des cas, comme la preuve d'une perversion maladive des sentiments, on peut citer des cas où le dernier de ces actes, surtout, ne doit être envisagé que comme le résultat de la débauche la plus hideuse.

Mais maintenant, me demanderez-vous, à quelle catégorie d'aliénés rattacherons nous les individus affligés d'une pareille dépravation de leurs instincts? On parle souvent, en aliénation, de la *lésion des sentiments;* ne nous serait-il pas possible, maintenant, de rattacher cette lésion une forme particulière qui mériterait le nom de *manie instinctive*? Toutefois, procédons avec ordre et méthode, et demandons-nous :

Qu'est-ce que la *manie instinctive*, que Pinel a appelée *manie sans délire*, *manie raisonnante*, Prichard *moral insanity*, et que les Allemands désignent généralement sous le nom de *Gemüthskrankheit*? Qu'est-ce que la *manie instinctive* qu'Esquirol a surtout eue en vue dans sa description de la *monomanie affective*, qui a fourni depuis aux auteurs qui se sont occupés de médecine légale, à Marc surtout, ses divisions de *monomanie incendiaire* (pyromanie), *monomanie du vol* (kleptomanie), de *monomanie amoureuse* (érotomanie), et de tous ces états, enfin, si difficiles à déterminer, que je ne puis m'empêcher de relater les propres perplexités de l'auteur que je viens de citer : « Les difficultés qui peuvent se présenter à l'expert chargé de prononcer sur l'état mental d'un individu sont quelquefois si grandes, qu'elles réclament son attention et qu'elles ne pourraient être surmontées, sans le secours de connaissances spéciales. Et d'abord, les conceptions, les sentiments, ainsi que les actes des personnes dont la situation mentale est douteuse, se rapprochent tellement, dans beaucoup de circonstances, de l'état normal, qu'il peut devenir très difficile pour le médecin de dire s'il n'y a pas folie ; où cesse surtout la passion portée au plus haut degré, et où commence le délire.... Quelles sont les limites où la raison cesse et où la folie commence. »

C'est sur ce sujet, le plus difficile, le plus important qui puisse se traiter en médecine légale des aliénés, que je veux appeler votre attention dans ma troisième lettre.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 2 MARS 1857. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — *Mémoire sur un nouveau procédé de filtrage des eaux employées aux usages domestiques ou industriels*, par M. *Nadault de Buffon*. — Ce mémoire est divisé en deux parties. Dans la première, l'auteur établit par des chiffres incontestables le dommage résultant, pour les consommateurs, de ce que l'on transporte à bras aux étages des maisons de Paris l'eau provenant des réservoirs de la ville, où elle est amenée cependant à une hauteur suffisante pour pouvoir remonter d'elle-même, c'est-à-dire par siphonnement sur les points où a lieu sa consommation.

Cet état de choses, infiniment regrettable, tient à une cause principale, le défaut de pureté des eaux de rivière dans les réservoirs de la ville. En effet, pendant six mois elles sont troublées par des matières terreuses; pendant les six autres elles deviennent impures et insalubres par la présence de matières organiques, végétales et animales, qui y prédominent alors dans une proportion effrayante Dans l'état d'imperfection actuelle des moyens de filtrage, les habitants de Paris ne peuvent donc pas profiter de l'avantage qu'ils retireraient des eaux livrées à domicile, puisqu'ils seraient obligés de les consommer telles qu'elles sortent des réservoirs, où il est évident qu'elles ne sont pas à un état convenable.

La deuxième partie du mémoire est consacrée à la description d'un nouveau procédé de filtrage qui présente des avantages considérables sur les anciens. Les principaux de ces avantages sont : 1° de donner un produit meilleur par la purification complète de l'eau, qui a traversé une masse filtrante soumise à une forte compression; 2° de réaliser un rabais immédiat d'au moins 80 pour 100 sur les prix actuels de ce travail. (*Comm.* : MM. Poncelet, Combes, Peligot.)

CHIRURGIE. — M. *Loiseau* présente une note sur le procédé qu'il emploie pour introduire dans les voies aériennes des instruments destinés soit à les cautériser, soit à en extraire les corps étrangers ou les fausses membranes dans les cas de croup. L'auteur a eu depuis trois jours l'occasion de faire pour un de ces derniers cas l'application de son procédé sur un enfant qui est encore en traitement. (*Comm.*: MM. Velpeau, Cloquet, Jobert de Lamballe.)

MÉDECINE. — *De l'influence des maladies cérébrales sur la production du diabète sucré*, par M. *E. Leudet*. — OBS. I. Femme, âgée de trente-deux ans, atteinte dans le cours d'une grossesse, au sixième mois de la gestation, d'une perte de la vue de l'œil gauche sans aucun phénomène paralytique dans les membres. La perte de la vue persiste et coïncide avec des maux de tête, des vomissements. Sept mois et demi après cet accident, symptômes comateux débutant brusquement et se dissipant graduellement au bout d'un jour. On constate alors une paralysie des troisième et cinquième paires crâniennes gauches avec un peu de ramollissement de la cornée du même côté ; anesthésie faciale cutanée à gauche des muqueuses nasales et de la moitié gauche de la langue. Soif vive et signes généraux du diabète; on constate la présence du sucre dans l'urine au moyen de la potasse et de la liqueur de Barreswil. Traitement par l'iodure de potassium à l'intérieur; sous l'influence de ce traitement, diminution de la paralysie de la première paire, disparition du diabète. Aggravation de la kératite, fonte de l'œil, la paralysie de la sensibilité de la face disparaît. Rechute au bout de cinq mois, nouveaux accidents comateux sans apparition du diabète. (Rouen, Hôtel-Dieu.)

OBS. II. — Femme âgée de cinquante-trois ans, atteinte brusquement d'une hémiplégie droite de cause cérébrale, attaques épileptiformes se répétant pendant peu de temps ; retour incomplet

des mouvements dans le côté droit du corps ; deux ans après ces phénomènes apoplectiques, début des accidents du diabète, glycose dans l'urine ; puis, au bout d'un an, albuminurie, état cachectique. (Hôpital de la Charité, service de M. Rayer, 1853.)

Obs. III. — Femme âgée de quatre-vingts ans, atteinte brusquement d'une hémiplégie à gauche ; au bout de dix-huit mois, exagération de la soif ; présence du sucre dans l'urine, constatée par la potasse caustique et la liqueur de Barreswil. Gangrène humide du pied droit. Mort. (Rouen.)

Obs. IV. — Femme âgée de trente-neuf ans, atteinte, au sixième mois de la gestation, d'accidents de paraplégie avec convulsions. Disparition graduelle des accidents, persistance d'étourdissements ; six ans après, hémorrhagies multiples, puis accidents dyspeptiques et enfin diabète sucré. Variole intercurrente. Mort. (Hôpital de la Charité, service de M. Rayer, 1852.)

Ces observations démontrent plusieurs faits intéressants : dans toutes il y a une continuité manifeste entre la manifestation des accidents du système nerveux et ceux de la glycosurie ; on peut donc avec vraisemblance chercher à établir un rapport de cause à effet entre ces deux ordres de phénomènes. L'examen des cadavres des malades qui ont succombé n'ayant pu être fait, la nature de la lésion cérébrale est demeurée inconnue ; mais l'existence de paralysies des nerfs crâniens prenant leur origine dans le voisinage du bulbe et de la protubérance permet de croire à une lésion matérielle occupant une place voisine de ces renflements nerveux. Le début, la marche de la glycosurie développée consécutivement à ces lésions du système nerveux, ne présentent rien de particulier. Une seule fois (obs. I), la glycosurie fut momentanée et coïncida avec une exacerbation passagère des accidents cérébraux. Cette dernière observation indique également la disparition possible et définitive de la glycosurie.

Les observations de MM. Goolden, Skolasky, etc., rapprochées des précédentes, établissent que, dans un certain nombre de cas au moins, la glycosurie est précédée et occasionnée par une altération matérielle de l'appareil central de l'innervation. Je ne prétends pas, bien entendu, rapporter toujours le diabète à cette seule cause, mais je pense qu'elle doit entrer en ligne de compte dans l'étiologie du diabète sucré.

Médecine. — ***Résultats obtenus, à l'hôpital des Enfants trouvés et orphelins, par l'emploi de l'amylène comme agent anesthésique,*** par M. *Giraldès*. (Voir aux *Travaux originaux*.)

Médecine. — *Note sur l'emploi thérapeutique du gaz oxyde de carbone*, par M. *Coze*. — Cinq observations, recueillies dans la clinique interne supplémentaire dont je suis chargé, montrent les effets anesthésiques locaux obtenus par l'application de ce gaz.

1° Une femme atteinte d'un cancer utérin avancé et accompagné de douleurs pelviennes intolérables. Douches vaginales ; 5 litres de gaz pur ; cessation des douleurs. Même application avec le même succès, une vingtaine de fois pendant un mois.

2° Femme atteinte de coxalgie droite. Douleurs très vives du genou. Application locale du gaz au moyen d'un manchon garni d'un tube servant à donner issue à l'air et à introduire le médicament. Disparition de la douleur après une application de six heures.

3° Une fille atteinte de rhumatisme articulaire. On poursuit la douleur au genou droit, quelques jours après au coude gauche. Guérison rapide.

4° et 5° Chez deux femmes hystériques, amélioration très rapide à la suite de douches vaginales de gaz oxyde de carbone.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 10 MARS 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Un mémoire relatif aux maladies scrofuleuses, par M. le docteur *Delfau* (de Collioure). — *b*. Un rapport de M. le docteur *Jacquot* (de Saint-Dié), sur une épidémie de var-loïde qui a régné dans la commune de Trainctux. — *c*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1856, dans les départements du Morbihan, d'Indre-et-Loire, de l'Hérault, de la Loire et de l'Ille-et-Vilaine. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Une demande d'analyse et d'avis, à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter une source d'eau minérale, dite *source Victorine*, située dans la commune de Vals (Ardèche). — *e*. Un rapport de M. le docteur *Silve*, sur le service médical des eaux minérales de Digne, pendant l'année 1855. (*Commission des eaux minérales.*) — *f*. Trois [illegible] relatives à des remèdes nouveaux. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2° L'Académie reçoit : — *a*. Une lettre de M. le docteur *Champouillon*, annonçant qu'il se désiste de sa candidature à la place vacante dans la section d'hygiène. — *b*. [illegible] note sur l'innocuité et la valeur de l'amylène, considéré comme agent anesthésique, par M. le docteur *Debout*. (*Comm.* : MM. Velpeau, Malgaigne, Robert.) — *c*. Une [illegible] de M. *de Valois*, accompagnant l'envoi d'une *plante médicinale* qu'il tient de M. [illegible] *Meany* (de Guatemala). — *d*. Un pli cacheté, déposé par M. *Jaurand*, pharmacien à Vichy. (*Accepté.*) — *e*. Une lettre de M. *Charrière* fils, avec un nouveau modèle de dilatateur anal, fabriqué d'après les indications de M. le docteur *Beylard*.

Lectures et rapports.

Pharmacie. — M. *Boudet*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Depaul* et *Velpeau*, donne lecture d'un ***Rapport sur une note de M. Robiquet, relative à l'application de la gutta-percha à la préparation des caustiques à base de potasse et de chlorure de zinc***, d'après la demande qui lui en avait été faite par M. le docteur *Maunoury* (de Chartres).

Voici les conclusions de ce rapport :

La commission, sans adopter toutes les idées du docteur Maunoury sur la valeur des caustiques à la gutta-percha, est d'avis que l'application de la gutta-percha, soit comme excipient, soit comme enveloppe, à la préparation des caustiques de potasse et de chlorure de zinc, constitue un perfectionnement réel de ces agents, et permet d'en faire, dans certaines circonstances, un emploi nouveau et utile.

En conséquence, la commission propose d'adresser des remerciments à l'auteur de la note. (*Adopté.*)

Discussion sur la méthode sous-cutanée.

M. *Bouillaud* : Les noms de Bacon et de Descartes ont été fréquemment cités dans le cours de ce débat, je demanderai à l'Académie si elle désirerait faire entrer dans la discussion l'intéressante question de l'influence des deux méthodes philosophiques sur la médecine et la chirurgie.

M. *le Président* : Ce n'est qu'incidemment qu'on a fait intervenir dans ce débat les méthodes de Descartes et de Bacon. L'Académie ne trouvera guère qu'il soit opportun, pour le moment, de s'engager sur ce sujet dans une digression qui, par sa longueur et son importance, pourrait absorber et faire oublier l'objet dominant et le point de départ de la discussion, la *méthode sous-cutanée*. Si, plus tard, l'Académie le juge à propos, on pourra prendre en considération la motion de M. Bouillaud.

M. *J. Guérin* : Messieurs, si j'avais cédé aux conseils de quelques amis, trop prudents sans doute, je ne serais pas monté aujourd'hui à la tribune pour répondre au discours que vous avez entendu dans la dernière séance. J'aurais pu obtempérer à cet avis si j'eusse été seul en cause dans le débat actuel : car les personnalités blessantes qui m'ont été adressées par un contradicteur me touchent assez peu, et je n'userai pas de représailles ; mais il s'agit de bien autre chose que de moi dans cette discussion : c'est une question de science, une question d'humanité qui vous est soumise, une question à la solution de laquelle j'ai consacré une partie de mes forces et de mon labeur ; c'est presque l'œuvre de ma vie. Je dois à la chirurgie, à l'histoire de l'art, je dois à l'Académie et à moi-même de tenter encore un effort pour la défense de la méthode sous-cutanée.

On a fait intervenir dans la discussion un si grand nombre d'incidents, que la question principale, essentielle, s'est trouvée perdue et comme noyée au milieu de ces questions secondaires, accessoires. Le fondement de la méthode sous-cutanée, son esprit, son point de départ, son essence, ont été perdus de vue ; et c'est à l'aide de cet artifice que mes adversaires ont pu faire croire à leur triomphe. Mais, en vérité, la méthode est si claire, si précise, si vraie, que sa seule définition devrait couper court au débat. Qu'est-ce,

encore une fois, que la méthode sous-cutanée? C'est une méthode chirurgicale basée physiologiquement sur ce fait d'observation, que les plaies pratiquées sous la peau et soustraites à l'influence de l'air ne suppurent pas et se réunissent par organisation immédiate; c'est aussi l'application de cette donnée physiologique à un très grand nombre d'opérations C'est donc une révélation scientifique, une idée née de l'observation, puis généralisée et étendue à presque tous les cas de la pratique.

J'ai ajouté que cette méthode a été constituée par elle-même et pour elle même... On s'est étonné de ce langage, on a feint de ne pas comprendre. Qu'est-ce à dire? C'est que la méthode sous-cutanée, telle que je l'ai formulée, ne dérive que d'elle-même; qu'elle est établie sur un principe, sur des expériences et des procédés qui lui sont propres et qui n'appartiennent qu'à elle; qu'enfin elle existe indépendamment des applications qu'on en peut faire.

Existait-il avant nos travaux quelque chose qui ressemblât à la méthode sous-cutanée, telle que nous l'avons conçue, telle que nous l'avons exposée à cette tribune? Nos adversaires lui ont contesté jusqu'au nom de méthode. Et comment ont-ils défini la méthode? « Le propre d'une méthode chirurgicale, a dit M. Malgaigne, est de fournir des applications et d'engendrer des procédés. » Ne résulte-t-il pas de cette définition que c'est avec des applications et des procédés qu'on fait des méthodes? Or, les procédés et les applications ont ils manqué à ce que nous appelons la méthode sous-cutanée? Mais, objecte-t-on, ces procédés, ce n'est pas vous qui les avez imaginés le premier; ces applications, elles étaient généralisées avant vous. Mais alors pourquoi M. Malgaigne n'y a-t-il pas consacré un chapitre dans son *Manuel de médecine opératoire*, qu'il regarde pourtant comme « plus complet que les traités même les plus volumineux qui l'ont précédé? » C'est à peine s'il accorde quelques lignes aux *incisions sous-cutanées*. Il est vrai qu'en revanche il a fait trois longs chapitres sur l'art du dentiste et le traitement des cors aux pieds. M. Velpeau ne se montre guère plus explicite dans son *Traité de médecine opératoire;* il parle bien de quelques applications partielles des sections sous-cutanées, mais nulle part il n'est question de méthode.

On a ajouté que l'opération de la ténotomie avait été appliquée aux ligaments par Charles Bell, aux tendons par Stromeyer, aux muscles par Dupuytren, aux aponévroses et aux nerfs par Astley Cooper, aux ganglions par Key, aux veines par Brodie, aux corps étrangers articulaires par M. Alliot; qu'enfin elle avait été généralisée par Held, Stromeyer, Dieffenbach, Duval, etc. Messieurs, je défie, à mon tour, qu'on trouve dans la pratique de ces chirurgiens célèbres la conception scientifique qui fait le fond et l'essence de la méthode sous-cutanée, et la constitution physiologique qui a servi de point de départ à sa généralisation. Les opérations de Bell, de Delpech et de Dupuytren ne sont à mes yeux que des expédients, des inspirations du moment réalisées pour un cas particulier, mais sans conséquences pour l'avenir, oubliées par les auteurs eux-mêmes et entièrement négligées par les ouvrages didactiques de l'époque.

Que dit Astley Cooper relativement à la section des aponévroses? « *On peut* avec avantage en faire la division avec un bistouri étroit, à travers une plaie très peu étendue des téguments. » Ch. Bell *conseille* aussi cette pratique: mes contradicteurs ont dit qu'il en avait fait souvent l'application, mais le temps m'a manqué pour m'assurer par moi même de la valeur de ces applications. Brodie a proposé et exécuté la section des veines sous la peau: d'accord; mais a-t-il été encouragé par le succès? Je lis à ce propos dans le *Manuel de médecine opératoire* de M. Malgaigne: « On espérait ainsi éviter l'accès de l'air, cause présumée de la phlébite; mais Béclard a vu survenir la phlébite et l'érysipèle phlegmoneux après ce procédé, qui, de plus, expose à ne couper qu'incomplétement la veine et à manquer l'oblitération. » Jusqu'à présent nous n'avons donc que les conseils très réservés d'Astley Cooper et de Bell, et les essais peu encourageants de Brodie.

Mais avec Delpech viennent des tentatives plus sérieuses Cet éminent chirurgien imagine de pratiquer une incision cutanée longitudinale de chaque côté du tendon d'Achille, d'introduire un bistouri sous la peau par une des plaies latérales et de couper ainsi le tendon. Quelle était sa véritable intention? « D'éviter la mortification du tendon, qu'il attribuait au contact de l'air, et qui lui paraissait la seule chose sérieusement à craindre. » Trouvons-nous là le caractère intentionnel de la véritable méthode sous-cutanée, qui est, je le répète, de prévenir la suppuration et d'obtenir l'organisation immédiate de la plaie?

Ce caractère, le trouverons-nous davantage dans l'opération pratiquée par Dupuytren en 1822? Ne savons-nous pas bien que c'était uniquement dans le but d'éviter une cicatrice trop étendue et trop apparente que ce chirurgien pratiqua la section sous cutanée du muscle sterno-mastoïdien sur une jeune fille atteinte de torticolis? Et bien que la plaie de la peau fût très petite, elle suppura, puisqu'elle mit treize jours à guérir. D'ailleurs, rien de plus incertain que cette opération de Dupuytren, qui a été rapportée, comme le fait remarquer M. Verneuil, d'une manière à peu près contradictoire, dans trois versions de date différente.

Nous arrivons à Stromeyer, que nos adversaires regardent comme le véritable inventeur de la méthode sous-cutanée. Qu'a fait, en réalité, ce chirurgien? Il le dit lui-même: il ressuscite l'idée de Delpech; il remet en lumière une indication mal connue et mal comprise; il tire de l'oubli un procédé opératoire essayé deux fois avant lui, puis entièrement négligé; il le perfectionne même: car, au lieu de deux incisions à la peau, il n'en fait qu'une et très petite. Mais le procédé repose-t-il encore sur une donnée scientifique? Stromeyer en a-t-il dégagé le fait physiologique? Donne-t-il une théorie? L'appuie-t-il de quelque expérience sur les animaux! En d'autres termes, fonde-t-il une nouvelle méthode? Non, et je soutiens encore que nous n'avons jusqu'à présent que des principes isolés, des aperçus vagues, indécis, sans autorité ni généralité.

Mais nos contradicteurs ont été plus loin: non contents de m'avoir dépossédé du principe, ils m'ont dépouillé du procédé opératoire, dont ils ont prétendu retrouver tous les éléments jusqu'aux plus minces détails dans la pratique de nos devanciers. M. Velpeau me laissait l'honneur d'avoir imaginé le pli de la peau qui doit précéder la section. M. Malgaigne en a attribué le mérite à Stromeyer. Pour être vrai, il aurait fallu dire qu'on avait successivement fait ce pli de quatre manières différentes. Avant moi, Stromeyer, puis M. Velpeau, avaient recommandé de soulever la peau. Moi même, en 1837, j'adoptai une pratique qui ne s'éloignait pas sensiblement de celle de ces deux chirurgiens. Mais jusque-là on ne faisait un pli cutané au-dessus du muscle ou du tendon que pour intéresser le moins possible la peau et éviter de la couper une seconde fois en pratiquant la section musculaire ou tendineuse. Or, c'est un tout autre but que se propose aujourd'hui la méthode sous-cutanée. Son manuel opératoire vise en effet à faire de la section cutanée et de la section tendineuse deux plaies distinctes, séparées par un espace qui les rend indépendantes l'une de l'autre, placées l'une et l'autre à l'extrémité d'un conduit sinueux, qui rend entre elles toute communication impossible, de manière que si l'une suppure, l'autre ne puisse pas suppurer. On voit donc que la manière de faire le pli et l'indication à laquelle on obéit dans les deux cas sont bien différentes.

Delpech, Stromeyer, Dieffenbach et M. Bouvier avaient imaginé, dit-on, avant moi de diviser le tendon sous la peau, et même d'en écarter les deux bouts. Mais ces chirurgiens se proposaient-ils le but que je me suis proposé? Dans cette pratique, nos intentions étaient-elles les mêmes? De part et d'autre, est-ce l'*organisation immédiate* que l'on cherchait? J'ai déjà démontré que tel n'était pas le résultat auquel visait la ténotomie, alors qu'elle était sous l'influence des idées huntériennes. J'ai dit comment les premiers accidents avaient été attribués à la conversion de l'inflammation adhésive en inflammation suppurative; et cette crainte n'est pas particulière à ceux qui les premiers ont pratiqué les sections sous-cutanées: je la vois partagée par MM. Bouvier, Duval, Velpeau et Sédillot.

Mais M. Velpeau, M. Malgaigne surtout, ont nié les accidents auxquels j'ai fait allusion et qui ont signalé la phase huntérienne de la ténotomie sous-cutanée. Bérard, Blandin, M. Velpeau lui-même, M. Sédillot et M. Guersant ont rapporté des cas d'érysipèle, d'ab-

cès, de phlegmon diffus et même de gangrène, survenus à la suite d'opérations de ténotomie.

M. *Velpeau*. Je ne me souviens pas d'avoir cité une observation de ce genre.

M. *Guérin*. Elle n'est pas de vous ; mais elle se trouve relatée par M. Doubotwiski dans les *Annales de chirurgie*, votre journal.

M. *Velpeau*. Est-ce que M. Jules Guérin se porte garant de tout ce qui est écrit dans la *Gazette médicale*?

(Après ce court incident, M. *Guérin*, à l'appui de ce qu'il vient d'avancer, cite les réflexions qu'ont suggérées aux chirurgiens précédemment nommés les accidents qu'ils rapportent.)

En 1839, reprend l'orateur, après l'exposé devant l'Académie des sciences de la méthode sous-cutanée, tout change de face. Toute la chirurgie de Paris s'émeut ; chacun à l'envi s'empresse d'apporter sa pierre à l'édifice nouveau. On se met à l'œuvre, et en peu de temps la méthode sous-cutanée est entre les mains de tous les praticiens. C'est M. Barthelémy et M. Mareschal ; c'est M. Malgaigne lui-même qui propose de l'appliquer au traitement chirurgical des ganglions ; puis c'est M. Ricord qui l'applique au varicocèle, M. Jobert à l'hydrocèle, M. Velpeau à la kélotomie, M. Goyrand, d'Aix, à l'extraction des corps étrangers articulaires, M. Sédillot à un grand nombre de sections tendineuses, musculaires, aponévrotiques et ligamenteuses.

Personne alors ne conteste à notre œuvre le nom de méthode. M. Sédillot, M. Dieffenbach, dont on a beaucoup parlé dans cette discussion, n'hésitent pas à m'accorder tout l'honneur de ce progrès chirurgical. Mais, messieurs, il est encore un témoignage dont j'ai bien autrement raison d'être fier : c'est celui de M. Malgaigne. Écoutez ce qu'il écrivait, en 1843, dans son *Journal de chirurgie*, pages 98 et 99 :

« L'innocuité à peu près constante des plaies sous-cutanées est un fait désormais acquis à la science et qui n'a pas été sans influence sur les progrès récents de la médecine opératoire. A M. J. Guérin revient surtout l'honneur de s'être emparé de ce fait, de l'avoir érigé en principe, d'en avoir généralisé les applications, et enfin d'avoir essayé d'en donner la théorie. »

Mais ce n'est pas encore assez. Permettez-moi de vous lire aussi ce qui a été écrit page 19 dans le même journal :

« Lorsque M. Guérin, génie ardent, aventureux, mais d'une incontestable puissance, eut mis le pied pour la première fois sur le terrain orthopédique, il le trouva bien maigre, bien obstrué de ronces et de broussailles ; sans balancer il se mit hardiment à l'œuvre, défrichant, cultivant, agrandissant son nouveau domaine, qu'il eut bientôt peuplé de grandes et belles théories, d'où il faisait découler toutes sortes d'applications. »

Messieurs, vous êtes surpris ; vous ne reconnaissez guère dans ces paroles l'orateur de la dernière séance. Je regrette d'être obligé de faire ces citations pendant que M. Malgaigne est absent ; mais ici je ne fais que répondre à une provocation que je n'avais point sollicitée.

On a dit que quelque bruit avait été fait autour de la méthode sous-cutanée, et l'on a rappelé une anecdote de la vie de Lapeyronie et un trait semblable de celle de Dupuytren. Je ne m'attendais guère à voir mon nom mêlé à celui de ces illustres chirurgiens ! Qu'ai-je donc fait pour mériter cet excès d'honneur ? Je n'étais cependant alors ni premier chirurgien du roi ni chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu ! Je n'étais même pas encore un modeste médecin d'hôpital. L'administration de l'assistance publique m'avait généreusement accordé six lits à l'hôpital des Enfants pour faire quelques applications de la méthode sous-cutanée ; encore fallait-il m'en tenir bien strictement à la section des tendons et des muscles : car ayant annoncé, un jour, des conférences cliniques sur la nouvelle méthode, je me vis contraint de m'arrêter à la troisième leçon, vu que j'étais menacé, si je continuais, de perdre la concession de mes six lits ; et cela, parce que j'avais eu la témérité de faire figurer sur le programme de mes cours l'opération césarienne ! N'avait-on pas craint que je la pratiquasse sur les enfants qui étaient confiés à mes soins !

A la même époque, grâce à l'obligeance de M. Michel Lévy et à celle de M. Teissier, j'eus occasion d'appliquer ma méthode à l'opération de l'empyème sur un malade du Val-de-Grâce et sur un malade de l'Hôtel-Dieu.

Étais-je donc alors un homme bien dangereux et me trouvais-je en position de faire grand bruit avec ma méthode ?

Et pourtant, une coalition ne tarda pas à s'organiser contre moi, et je vis bientôt la chirurgie parisienne s'élever contre la méthode sous-cutanée, qu'elle avait d'abord accueillie favorablement. Alors tout a été mis en doute ; il a fallu tout reviser. On a oublié les belles paroles qu'on avait écrites, les encouragements qu'on avait prodigués : on a brûlé ce qu'on avait encensé. Cette méthode, qu'on avait acceptée d'abord comme un bienfait autant que comme un grand progrès chirurgical, on s'efforça de démontrer qu'elle était mauvaise, dangereuse, qu'elle donnait une mortalité plus grande que la taille. Nous sommes loin de ces orages, messieurs ; et aujourd'hui la méthode sous-cutanée a à lutter non plus contre des passions aveugles et des pamphlets, mais contre des objections sérieuses et des arguments redoutables. Aujourd'hui on vient attaquer les principes, les procédés et les résultats ; on n'essaye rien moins que de réduire la méthode à néant. La théorie de l'action nuisible de l'air sur les plaies et de la suppuration des tissus divisés, quand ils demeurent exposés à son influence, est traitée de rêve, de conception fantastique par M Malgaigne. Mais, je le répète une fois de plus, cette théorie est basée sur l'observation d'un fait physiologique corroboré par de nombreuses expériences. Mes raisons ne sont pas, comme on le dit, dans une simple vue de l'esprit : elles sont dans les faits ; et, sous ce rapport, elles ne méritent guère l'épithète de cartésiennes que M. Malgaigne leur a donnée comme un blâme. D'ailleurs, je me fais très volontiers une sorte d'honneur de marcher sur les pas de Descartes, bien que je m'empresse d'avouer que je ne suis pas en tous points le disciple de ce grand philosophe. Ce que M. Malgaigne aime le plus en lui, l'esprit de doute et de libre examen, n'est pas précisément ce que j'admire et ce que je pratique le plus. Loin de mettre tout d'abord en question ce qui nous vient des autres et d'accueillir avec la réserve du scepticisme ce qui nous a été transmis par le génie de nos devanciers ou les œuvres de quelque illustre contemporain, je commence par douter de moi-même, par me défier de mes premières impressions ; et si elles sont défavorables à l'auteur, si mes idées ne sont pas conformes aux siennes, ce n'est qu'après un mûr examen, qu'après de longues hésitations, et toujours avec un certain sentiment de crainte, que j'aborde la contradiction. Aussi, tout en professant une grande admiration pour Descartes, je pense que les œuvres de ce grand philosophe ne sont pas complètes, et que, si quelqu'un voulait les achever, il devrait y ajouter l'*art de douter de soi-même*.

Maintenant, messieurs, je ne reviendrai pas sur le procédé opératoire ni sur les résultats de la méthode : je crois m'être expliqué assez longuement à ce sujet dans le cours de cette argumentation.

La méthode sous-cutanée n'a pas trouvé des contradicteurs seulement au sein de l'Académie. Une partie de la presse médicale s'est élevée contre nous. M. Velpeau, passez-moi cette expression, m'a jeté dans les jambes un de ses enfants terribles ; et vous avez pu lire un éloquent plaidoyer de M. Broca en faveur de Bell, de Desault, de Bromfield, de Delpech, de Dupuytren et de Stromeyer. « L'aérophobie sous-cutanée, a dit ce jeune chirurgien, impitoyablement pourfendue par M. Malgaigne, souffrait cruellement de ses blessures. M. Bouley lui a charitablement donné le coup de grâce, et M. Velpeau, dès lors, a pu prononcer son oraison funèbre. » Vous entendez, messieurs, comment on a interprété au dehors les expériences de M. Bouley. Je ne discuterai pas ici ce que dit M. Broca, qui est encore étranger à l'Académie. Mais je dirai seulement : lorsqu'on est capable de tirer des faits actuels des conclusions si extraordinaires, comment doit-on interpréter les doctrines et les faits de nos devanciers. J'ajouterai un conseil amical pour M. Broca : c'est de ne pas écrire à trente ans des choses qu'à soixante ans il regretterait d'avoir signées.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Société anatomique.

SÉANCE DE DÉCEMBRE 1856.— PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

M. *Doyen* montre un *cancer du testicule* pris pour une hématocèle, à cause de la rapidité de son évolution.

Au numéro 40 de la salle Saint-François est couché le nommé Theria (Joseph), journalier, âgé de trente-deux ans, atteint d'une tumeur de la bourse gauche. (Hôpital Saint-Antoine, service de M. Richet.) Le malade fait remonter son affection à quatre mois environ, époque où il se serait froissé violemment le testicule gauche avec le manche de sa pioche en travaillant à la terre. La douleur fut très vive pendant une demi-heure environ ; le malade oublia bientôt son accident; mais son attention fut depuis éveillée par le développement rapide de la tumeur en six semaines. Après l'accident, il consulta un médecin qui crut reconnaître une hydrocèle, et lui proposa la ponction. Theria voulut attendre encore; mais la gêne devenant de plus en plus grande, surtout à la fin de chaque journée, il vint nous consulter et fut admis dans nos salles.

La forme de la tumeur est tout à fait celle d'une hydrocèle vaginale; mais la tumeur paraît plus consistante et plus lourde. La fluctuation paraît cependant évidente. A la partie inférieure et en arrière, on trouve une petite saillie assez molle, et dont la pression cause une douleur vive. La transparence est nulle.

Avec les antécédents et les signes énumérés ci-dessus, il semblait tout naturel de penser à une hématocèle intra-vaginale, et ce diagnostic fut celui de M. Richet, qui dès lors se proposa de fendre largement la tumeur pour détacher les caillots et faire suppurer la cavité.

Mais auparavant il crut devoir faire une ponction avec le trocart, et il fut surpris de sentir la pointe de l'instrument immobilisée dans une masse solide. Le trocart fut retiré, et la canule laissa écouler quelques gouttes d'un liquide trouble et de couleur chocolat. Cette circonstance venait à l'appui du diagnostic, et l'opération fut pratiquée. En arrivant sur la tunique vaginale, on la trouva parfaitement saine et indépendante de la tumeur que recouvrait la tunique albuginée. Il fallait dès lors prendre un parti, et le testicule fut amputé (le mardi, 16 décembre).

Le malade n'éprouva aucun accident immédiat; il mange actuellement une portion, et son état est très satisfaisant.

Je noterai ici que ce matin, 19, le pansement fut trouvé tout imbibé de sang, et que M. Richet dut retirer une masse de caillots de plus de 50 grammes, qui avait rempli la cavité consécutive à l'opération.

Examen de la tumeur. — La tumeur est très régulière et le cordon nullement altéré, ainsi que l'épididyme.

Le testicule est recouvert de sa tunique albuginée un peu vascularisée.

Une coupe verticale nous offre un aspect tout particulier. D'abord, on tombe sur un petit kyste où probablement avait plongé le trocart avant l'opération. On y trouve un peu de liquide analogue à celui qui sortit par la canule.

La masse intérieure présente çà et là des plaques jaunâtres irrégulières disséminées au milieu d'un tissu plus rouge et moins consistant.

La périphérie de la tumeur paraît formée par de la substance testiculaire normale, et à la partie inférieure, là où l'on avait cru reconnaître le testicule à la douleur produite par la pression, on trouve une portion plus considérable de substance glandulaire non altérée.

Ici, nous avons évidemment affaire à une tumeur centrale du testicule, tumeur dont le microscope n'a pas encore déterminé la nature, et qui paraît s'être développée rapidement à la suite d'une contusion violente. Disons cependant que, en interrogeant soigneusement le malade, on lui fait dire que, déjà depuis un an, il éprouvait de temps à autre un peu de gêne dans son testicule gauche, surtout dans les temps chauds et quand il montait à cheval sans précaution.

M. *Guyon* fait observer que le refoulement concentrique de la substance glandulaire dans les tumeurs du testicule a été un des arguments qu'a fait valoir M. Robin pour prouver que l'épididyme est toujours le point de départ de la maladie; car s'il en était autrement, dit M. Robin, le testicule serait détruit et non refoulé.

M. *Trélat.* L'étude comparée des épithéliums des conduits séminifères et des conduits de l'épididyme révèle des différences entre leurs éléments cellulaires; c'est en se fondant sur ces différences que M. Robin établit l'origine épididymaire de beaucoup de tumeurs du testicule. Mais que peut un semblable raisonnement devant des faits où, comme dans le cas actuel, l'épididyme est parfaitement sain, tandis que la tumeur occupe le testicule et est circonscrite par la tunique albuginée? Cette indépendance de l'épididyme a d'ailleurs été observée sur des tumeurs de nature différente, sur des kystes par exemple.

M. *Dufour.* Déjà, il y a quelques années, M. Gaillet avait soutenu la même opinion que M. Robin ; mais j'ai pu constater, à maintes reprises, que des tubercules existaient au centre du testicule alors que l'épididyme n'en était nullement atteint. D'autres fois, il est vrai, il s'en trouvait dans l'un et l'autre organe.

M. *Broca* insiste sur quelques-uns de ces arguments. Dans les tumeurs très anciennes, qui ont envahi toute la glande et l'épididyme, on en est réduit à des conjectures sur l'origine réelle de l'affection, et en l'absence de renseignements positifs on pourrait recourir à l'examen des éléments cellulaires; mais je ne comprends guère que M. Robin, qui admet aujourd'hui des maladies, des transformations des éléments normaux, s'appuie des différences d'aspect qui, dans bon nombre de cas, sont la conséquence d'un état pathologique. Remarquez, d'autre part, qu'on peut éclairer la question par l'examen de tumeurs peu développées dans lesquelles on peut aisément reconnaître ce qui appartient au testicule, à l'épididyme et à la tumeur. Or, j'ai vu, pour ma part, le plus souvent l'épididyme rester parfaitement intact. Je dis plus : c'est que, dans l'immense majorité des cas, c'est le testicule lui-même qui est le siége primitif des altérations. Ces observations, je les ai faites pour le tubercule, pour les kystes, les cancers. Je me souviens, entre autres cas, d'un kyste tuberculeux du testicule qui occupait le centre de l'organe et qui nécessita la castration. M. Chassaignac fit l'opération, et je présentai la pièce à la Société.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur le traitement des hernies.

Nous comprenons sous trois chefs distincts les nombreuses communications que nous avons à enregistrer sur ce sujet : cure radicale, taxis et kélotomie.

Cure radicale. — Il ne s'agit en Angleterre, à cette heure, que de l'opération de Wutzer pour la cure radicale des hernies inguinales réductibles, et nous avons à ajouter, aux documents favorables déjà colligés sur son compte, un fait et une statistique.

Le premier appartient à M. James Stretton. Il est relatif à un ouvrier âgé de vingt cinq ans, affecté depuis trois ans d'une hernie qui l'empêchait de se livrer à ses occupations, et, par suite, l'avait amené à un état d'indigence. Elle était volumineuse et se réduisait aisément, grâce à la longueur du canal. L'invaginateur à aiguille et à pression fut appliqué le 22 avril et laissé en place six jours. Il se leva le quatorzième jour, portant un bandage qu'on l'engagea à garder plusieurs mois. Mais il négligea cette précaution, trouvant que la hernie ne se reproduisait point. L'auteur l'a revu plusieurs fois et doit donner des nouvelles de son état après six mois révolus. (*Medical Times and Gazette*, 30 août 1856, p. 211.)

La statistique dressée par M. Well comprend heureusement des faits remontant à une date plus ancienne. M. Coote, qui en donne l'analyse, dit que l'opération a été pratiquée maintenant soixante-

neuf fois par divers chirurgiens du continent, Wutzer, Sigmund, Rothmund, etc., et, plus récemment en Angleterre, par MM. Burmester, Well, Stretton, Jones (de Jersey) et par lui-même. Dans aucun de ces cas il n'y a eu d'accidents consécutifs, et la cure a été complète dans la grande majorité. Le malade de M. Burmester restait guéri six ans après l'opération ; celui de M. Well un temps égal, un troisième quatre ans sans qu'une rechute eût lieu. Mais peu d'autres cas ont été suivis assez longtemps pour qu'on puisse assurer que la même immunité est acquise aux patients. Chez la plupart, la hernie n'était pas d'un volume extraordinaire. M. Well a entendu parler d'un cas de mort arrivé à Bruxelles ; mais le sujet était dans de mauvaises conditions de santé lorsque l'opération fut pratiquée. C'est, du reste, le seul exemple semblable qui soit venu à sa connaissance. (*Medic. Times and Gazette*, 8 novembre 1856, p. 471.)

Taxis. — Entre MM. Ancelon et Camille Bernard, d'Apt, s'est élevée une polémique des plus courtoises, mais des plus instructives, sur l'indication comparative du taxis et de la kélotomie. M. Ancelon argue des résultats extrêmement favorables que cette opération a eus entre les mains de M. Gensoul et entre les siennes, quatre morts sur soixante-quinze opérations ! (qu'on nous permette ce point d'admiration). Par contre, il fait valoir en sens opposé les revers si nombreux de Dupuytren, Breschet et autres. Et il conclut que s'il y a d'un côté succès, de l'autre résultat le plus souvent fatal, c'est que, dans ce dernier cas, la scène se passant dans un grand centre de population, le bistouri n'est intervenu qu'après de nombreuses et violentes manœuvres de réduction qui ont rendu pire la condition du malade. Cette complication manquerait ou serait moindre dans de petites localités.

Quant à nous, il nous semble que c'est au contraire dans les petites localités que les praticiens, moins exercés à la plus difficile des opérations de la chirurgie, déploient le plus de force dans le taxis pour s'affranchir, eux et leurs malades, de la pénible nécessité d'en venir là. Généralisant la question avec un vrai talent, M. C. Bernard répudie toute solidarité avec les partisans du taxis appelé forcé, si l'on veut le désigner comme équivalent du mot violent : car pour les chirurgiens éclectiques, le taxis est opportun et méthodique lorsqu'il est pratiqué comme il faut et quand il faut; le taxis est irrationnel lorsque des mains timides ou téméraires restent en deçà ou vont au delà du but. Parfois, par trop de temporisation, on pèche contre la logique autant que contre la pratique; l'emploi trop prolongé des moyens médicaux ou la répétition exagérée des manœuvres trop timides de réduction enflamme la tumeur et la rend irréductible. Mais n'est-il pas vrai que le premier auteur de l'insuccès est l'insuffisance de la force, que l'emploi des moyens médicaux a fait perdre un temps dont le taxis rationnel eût profité ? N'est-il pas vrai que la temporisation, en vue des ressources de la nature, a peut-être seule décidé l'inflammation ? Et cependant l'anathème est lancé contre le taxis indistinctement, comme si, dans tous les cas, il avait excédé les justes bornes.

Nous nous associons de grand cœur à cette sage opinion ; nous ajouterons une dernière considération : c'est que, quelque malaxée, quelque violentée, qu'ait été la tumeur par le taxis, s'il a obtenu la réduction, une guérison *sans accidents* a lieu dans l'immense majorité des cas. Lorsque ceux-ci, dans ces circonstances, surviennent après l'opération, cette dernière doit donc seule en être comptable. En vain affirme-t-on (et M. Ancelon l'exprime formellement) que les opérations dangereuses sont les opérations tardives, que plus elles seront faites de bonne heure, mieux elles réussiront. Nous ne sommes point touchés par cette considération : c'est pour lui avoir vu subir l'épreuve de la clinique que nous nous inscrivons contre elle. En 1833 et 1834, Sanson, raisonnant d'après ces principes, fort plausibles *à priori*, je l'accorde, avait érigé et observé, à l'Hôtel-Dieu de Paris, le principe de kélotomies hâtives. Il dut bientôt y renoncer et reconnaître que le principal élément de la gravité de l'opération est ailleurs. (*Annales médicales de la Flandre occidentale*, 22e livraison, 673.)

Kélotomie. — Ici encore nous avons à analyser des faits intéressants et une statistique.

Hernie formée à travers le ligament de Fallope; par M. Holt. — Tout l'intérêt de cette observation est dans le fait anatomique que, malheureusement, l'autopsie a permis de vérifier de la manière la plus exacte. Le malade, âgé de cinquante ans, portait sa hernie, depuis un an, sans bandage. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, elle sortit plus volumineuse et devint irréductible. Il présenta tous les symptômes de l'étranglement, et dut être opéré, après l'insuccès des moyens usuels. On remarqua qu'il n'y avait entre l'intestin et les téguments ni fascia, ni sac. Une abondante quantité de graisse séparait seule la peau de la surface intestinale. On reconnut que l'étranglement très serré n'était pas formé par le ligament de Gimbernat. Il fut incisé et la réduction obtenue. Les vomissements continuèrent durant les trois jours qu'il survécut à l'opération.

Autopsie. — Peu de traces de péritonite. La hernie s'est ouvert son passage à travers la substance du ligament de Fallope, précisément au-dessus de l'anneau crural, les fibres étant arrangées régulièrement, partie au-dessus, partie au-dessous de l'orifice de sortie des viscères. (*Medical Times and Gazette*, 21 avril 1856, p. 380.

La séance d'inauguration de la *Société de secours des Amis des sciences* a eu lieu le jeudi 5 mars, à l'hôtel de la *Société d'encouragement*, sous la présidence de M. Thénard, fondateur. Le bureau était composé de MM. Dumas, Flourens, Geoffroy Saint-Hilaire, Moquin-Tandon, de Senarmont, Barreswil et F. Boudet. Après un discours du vénérable président, discours plein de bonnes pensées et où le but de la fondation est clairement expliqué, M. de Senarmont, nommé secrétaire, a donné en cette qualité connaissance des statuts. La souscription annuelle est de dix francs (art. 3) Il ne peut être attribué de secours que sur les revenus des fonds placés et sur le quart des souscriptions de l'année où ils sont accordés. Toutefois, quand le capital de la Société aura atteint le chiffre de 100,000 francs, la moitié du montant des souscriptions annuelles pourra être consacrée aux secours (art. 4).

Les élèves de M. Desmarres viennent de lui offrir une médaille, où le burin de M. Bessaignet a représenté un dessin allégorique : *Esculape soulève le bandeau qui recouvre les yeux d'un malade assis devant lui.* Au dessus du type se lit cette légende : *Au docteur Desmarres ses élèves reconnaissants.* Le revers porte le chiffre du professeur, entouré de palmes, et au-dessous, deux tables sur lesquelles sont gravés les noms de ceux qui ont eu l'initiative de cet hommage. La médaille a été remise à la Clinique par M. de Link, professeur à l'Université de Kharkoff. M. Desmarres a répondu :

Je suis profondément touché de cette expression si bien sentie de vos sentiments d'attachement pour moi. Permettez-moi de vous dire que jamais, depuis seize ans que j'ai ouvert mon cours à la jeunesse médicale, je n'ai éprouvé une satisfaction aussi vive. Cette médaille, messieurs, sera pour moi un éternel souvenir de cette journée, heureuse entre toutes dans ma vie. Vos noms, qui y sont gravés, me rappelleront sans cesse que, si je n'ai pas accompli tout ce qu'un autre aurait pu faire pour vous, au moins je l'ai essayé, et que vous m'avez tenu compte de mes incessants efforts.

Il y a pour moi, n'en doutez pas, messieurs, plus qu'une compensation, quand j'oublie au milieu de vous le temps destiné aux affaires privées ; il y a une véritable joie, un vif bonheur à vous conduire dans ce dédale obscur de l'ophthalmologie, aujourd'hui encore si peu connue en France. Ne croyez donc pas que personne puisse à ma place regretter ces instants que je vous donne avec tant de plaisir ; car c'est parmi vous, qui êtes pour moi ou des confrères bienveillants ou des enfants aimés, que je me sens véritablement vivre. Comptez donc toujours sur moi, sur mon dévouement et sur mon affection, et accueillez favorablement aujourd'hui mes bien vifs remercîments pour cette expression durable de votre souvenir.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — **PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON,** Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 20 MARS 1857. — N° 12.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 19 mars 1857.

NOTE RELATIVE A DES EXPÉRIENCES CONCERNANT L'INFLUENCE DE L'AIR ATMOSPHÉRIQUE SUR LA CICATRISATION DES PLAIES, *par* MM. A. DECHAMBRE et MARC SÉE (lue à l'Académie de médecine dans la séance du 17 mars).

Dans une des dernières séances de l'Académie de médecine, M. Malgaigne a fait allusion à des expériences en cours d'exécution sur l'importante question de physiologie pathologique qui occupe en ce moment l'attention du monde médical. Si M. Marc Sée, aide d'anatomie de la Faculté, et moi, qui sommes les auteurs de ces expériences, prenons la liberté d'en entretenir aujourd'hui l'Académie, bien qu'elles soient loin encore d'être terminées, c'est, d'une part, qu'il nous a paru que les résultats jusqu'ici obtenus intéressaient sérieusement la discussion pendante et, d'autre part, que notre exemple pourrait appeler des imitations profitables.

L'influence de l'air peut et doit être considérée à deux points de vue bien distincts : au point de vue de l'action exercée sur les liquides pathologiques, notamment sur le pus déjà formé, ou même sur les parois des poches purulentes, et au point de vue de l'action exercée sur les plaies récentes. C'est exclusivement à ce dernier ordre de faits que se rapportent, quant à présent, nos recherches expérimentales.

Nous posons en deux mots la question. Personne ne conteste que les plaies sous cutanées ne suppurent pas, du moins dans l'immense majorité des cas. Personne ne conteste que les plaies faites et laissées à l'air libre suppurent. Mais il ne suit nullement de là que le défaut de suppuration dans un cas, et le fait de la suppuration dans l'autre, tiennent directement, ici à l'absence de l'air, et là à sa présence. C'est même l'explication contestée par J. Hunter, qui absout formellement l'air atmosphérique de la suppuration des plaies *exposées*, comme il les appelle ; contestée aussi par M. Malgaigne et par beaucoup d'autres, qui voient dans la suppuration un travail normal, nécessaire au revêtement des plaies et

---

FEUILLETON.

Notice sur l'état actuel de l'enseignement et de la pratique de la médecine en Chine.

Dans un mémoire publié récemment par le *Journal asiatique* de Paris (1), M. Bazin, professeur de chinois moderne à l'École impériale des langues orientales vivantes, a donné, sur l'état de la médecine chinoise, quelques détails que nous croyons de nature à intéresser nos lecteurs, autant par le sujet lui-même que par les réflexions comparatives dont l'auteur a pris soin de l'orner. En effet, ce sinologue distingué, dans son admiration pour les institutions médicales de l'extrême Orient, n'hésite pas à les offrir en modèle à l'Europe en général et à la France en particulier. « L'Europe, dit-il, se glorifie de sa médecine, dont le côté faible est la thérapeutique, parce que sa médecine, quoique réduite à un petit fonds et à un fonds bien stérile, lui semble (remarquez ce *lui semble*) éclairée des lumières de l'anatomie, de la physiologie, de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle. La Chine pourrait à son tour se glorifier de sa médecine, parce que sa médecine, fruit de l'observation, de l'expérience et du temps, trouve dans son propre fonds ce que les sciences accessoires, on a beau dire, ne sauraient jamais remplacer. En Europe, on pense que la médecine s'apprend dans les Facultés ; à la Chine, on se persuade qu'une pratique éclairée est pour l'étudiant la meilleure école En Europe, le médecin qui croit à quelque chose croit au magnétisme ou à l'homœopathie ; à la Chine, le médecin croit encore à la médecine. »

Vous le voyez, M. Bazin ne nous l'envoie pas dire ; notre science n'est pas grand'chose, et quant à nous, nous ne croyons qu'au magnétisme et à l'homœopathie, c'est-à-dire à rien du tout ! Voilà un jugement qui nous semble un peu trop chinois, et nous croyons qu'avant de le rendre l'honorable professeur aurait bien fait de consulter un médecin distingué de l'hôpital Saint-Louis, qui est de sa connaissance, peut-être même de sa famille. Nous nous garde-

(1) N° 32, cahier de décembre 1856.

à la formation de la cicatrice. D'où il suit que vouloir prouver l'innocuité de l'air par la non-suppuration d'une foule de plaies sous-cutanées, y en eût-il des milliers, c'est résoudre la question par la question. A ceux qui contestent que l'air soit l'agent de la suppuration des plaies exposées, on répond simplement que ces plaies suppurent; et à ceux qui contestent que l'absence de l'air soit la cause de la non-suppuration des plaies sous cutanées, on répond que ces plaies ne suppurent pas. Reproduire ce raisonnement, c'est en faire sentir le vice radical.

Dans cet état de choses, qu'y avait-il à faire? Il y avait à obtenir des plaies qui fussent tout à la fois exposées, au sens huntérien, et soustraites au contact de l'air. Les pansements par occlusion, bien connus en chirurgie, dans lesquels la surface saignante est recouverte de taffetas gommé ou de diachylon, ne remplissent pas l'indication capitale de l'expérience, qui est de laisser la surface de la plaie libre, aussi libre qu'elle l'est dans l'atmosphère. Nous devons ajouter, pour rendre hommage à la vérité, qu'il est à notre connaissance que M. Guérin avait fait fabriquer autrefois de petites capsules en verre destinées à tenir les plaies séquestrées. Ce projet paraît n'avoir eu aucune suite, puisque M. Guérin n'en a parlé en aucune occasion, pas même dans la discussion actuelle. A nos yeux, il n'est possible de satisfaire à l'indication que nous rappelions à l'instant, qu'en plaçant la plaie exposée dans un milieu gazeux, mais autre que l'atmosphère. Nous n'avons encore employé à cet effet que l'hydrogène. De plus, et pour étendre la question, nous avons commencé des recherches relatives : 1° à l'influence de l'air confiné; tantôt confiné pendant toute la durée de l'expérience, tantôt renouvelé plus ou moins fréquemment, afin de déterminer, approximativement au moins, la mesure dans laquelle s'exerce l'action de l'air sur la cicatrisation des plaies; 2° à l'influence de milieux non gazeux, mais non absorbables et dépourvus d'air, tels que l'huile. Ce sont, en quelque sorte, des échantillons de ces diverses catégories d'expériences, commencées il y a un mois, que nous offrons en ce moment à l'Académie, en lui épargnant le récit des mille difficultés d'exécution que nous avons rencontrées, et dont quelques-unes ne sont pas encore entièrement levées.

Bien qu'il soit admis aujourd'hui, même par les partisans les plus convaincus de la méthode sous-cutanée, que le contact passager de l'air sur la plaie n'amène pas, du moins habituellement, la suppuration, nous avons, pour plus de rigueur, imaginé un appareil à l'aide duquel il est facile de pratiquer une plaie superficielle au milieu même de l'atmosphère d'hydrogène, de telle sorte que l'air atmosphérique ne touche pas la plaie, même au moment où elle est produite. Dans la seule expérience que nous ayons faite de cette manière, les conditions d'une occlusion hermétique et permanente n'ont pas été tout à fait remplies; néanmoins le résultat obtenu est assez curieux. Voici cette expérience :

Exp. Ire. — *Chien adulte de forte taille.* Trachéotomie et section des nerfs récurrents pour empêcher les cris; section sous-cutanée, avec un ténotome, du tendon d'Achille et du tendon du triceps fémoral du côté gauche, pour mieux assurer l'immobilité du membre. L'appareil est ensuite appliqué sur la jambe, de telle sorte que le segment du membre est complétement soustrait à toute communication avec l'air extérieur. Un courant d'hydrogène est dirigé à travers cet appareil; et lorsqu'il a complétement chassé l'air contenu dans ce dernier, ce dont on s'assure par ce fait que le gaz qui s'échappe brûle sans détonation, on pratique une plaie qui intéresse la peau, l'aponévrose et les muscles de la jambe. Il s'écoule une quantité de sang assez notable, et, pendant le jour suivant, il y a un suintement séro-sanguinolent, dû probablement à la constriction assez forte à laquelle nous avons dû soumettre le membre. L'animal meurt au bout de trois jours pleins. Le courant d'hydrogène, que nous avions voulu rendre continu, a subi deux fois une interruption de plusieurs heures, pendant lesquelles de l'air a pénétré dans l'appareil.

A l'*autopsie*, nous avons trouvé un caillot cylindroïde du volume et de la longueur du petit doigt, adhérent à la plaie par une de ses extrémités, l'autre étant libre dans l'appareil. Ce caillot était d'une consistance ferme; il n'avait point subi de décoloration, et ressemblait parfaitement à ceux qui étaient interposés entre les bouts du tendon d'Achille et du triceps divisés. Il n'existait sur la plaie aucune trace de pus; la plaie du cou était, au contraire, couverte d'un pus crémeux abondant.

Nous nous proposons de répéter cette expérience; néanmoins on comprend bien qu'elle serait, en quelque sorte, de luxe, si la non-suppuration était aussi absolue sur une plaie qui ne serait mise que momentanément en contact avec l'air. c'est ce qui paraît résulter de cette expérience même et de la suivante :

Exp. II. — *Lapin vigoureux.* Le 28 février, à midi, une plaie est faite au membre postérieur droit; on y applique ensuite un appareil fermant hermétiquement et à travers lequel on fait passer un courant continu de gaz hydrogène. L'animal semble dans de bonnes conditions : il mange, il est assez vif jusqu'au 3 mars. Il meurt dans la nuit du 3 au 4. L'expérience durait depuis près de

---

rons bien de chercher à réhabiliter la médecine européenne dans l'esprit du savant sinologue et de troubler ainsi l'exclusive admiration qu'il professe pour les praticiens du *Thaï-i-youèn.* Mais il nous est impossible de ne pas remarquer qu'en cette occasion il ressemble un peu à certain astrologue de la Fable, et qu'à force de fixer ses regards sur le Céleste Empire, il n'aperçoit guère que d'une manière confuse ce qui se passe autour de lui sur notre pauvre terre de France. Essayons toutefois d'apprécier, en suivant scrupuleusement son récit, les institutions qui excitent chez lui un pareil enthousiasme.

Et d'abord, à part le collége médical de Péking dont nous parlerons tout à l'heure, il n'y a point d'écoles ni de facultés dans les provinces. La loi n'y prescrit aucun examen, et chacun peut se livrer à l'art de guérir; l'exercice de la médecine y est parfaitement libre. Aussi l'on peut conjecturer que, si le magnétisme et l'homœopathie n'ont point encore obtenu leur libre entrée en Chine, sans doute à cause de leur titre d'étrangers, ce pays cependant ne doit rien avoir à nous envier sous le rapport de la charlatanerie ignorante ou superstitieuse. Bien plus, les pratiques ridicules ou odieuses, les manœuvres bouffonnes ou coupables, l'empirisme aveugle, la sorcellerie et la divination, qui ne sont en Europe que des plantes parasites, végétant obscurément dans les bas-fonds de notre société, doivent se trouver nécessairement sur leur terrain naturel et étaler une végétation luxuriante dans un pays où l'on n'exige aucune garantie de savoir et de dignité.

Il est vrai pourtant que, pour gagner la confiance des malades chinois, il faut que le jeune médecin ait pratiqué lui-même pendant plusieurs années sous la direction d'un maître, on ajoute même d'un maître habile. L'élève, accompagnant son patron près des malades, peut observer comment celui-ci les interroge, comment il asseoit son diagnostic, quels moyens il juge convenable d'employer et quels changements ces moyens produisent. Il acquiert ainsi les éléments d'une éducation pratique. Mais voyez-vous le beau profit qu'il peut retirer de ces leçons d'où l'anatomie et la physiologie sont bannies et dont l'observation individuelle fait tous les frais? Aussi, dans sa prévoyance, le législateur a-t-il cru devoir

quatre jours. Le courant n'avait pas été interrompu une seule minute.

A l'autopsie, nous trouvons la plaie sèche ; un caillot allongé adhère par un de ses bouts à la partie moyenne de la plaie, où les muscles ont été entamés. Ce caillot enlevé, la plaie paraît, au premier aspect, telle que si elle venait d'être faite : pas la moindre injection, pas la moindre granulation ; les bords de la perte de substance pratiquée à la peau, exempts de toute rougeur, de toute tuméfaction, sont accolés aux parties sous-jacentes ; ils ont perdu leur forme abrupte, se continuent insensiblement avec la partie moyenne de la plaie, et se fondent même, par places, entièrement avec elle, au moyen d'une pellicule demi-transparente, constituée par une trame filamenteuse très dense et recouvrant jusqu'au niveau de l'entaille du muscle l'aponévrose mise à découvert. Il n'existe pas la moindre trace de pus. Encore une fois, la plaie est nette comme si elle eût été récente.

Dans l'expérience précédente nous avions négligé de pratiquer une autre plaie qui pût servir de terme de comparaison. Nous ferons pourtant remarquer qu'une plaie exposée ne met pas d'ordinaire quatre jours à suppurer, et que, d'ailleurs, comme on vient de le voir, le travail de *réparation*, qui sur une plaie exposée aurait exigé la *suppuration*, était ici assez avancé. Dans l'expérience suivante, nous avons fait une plaie comparative sur le membre laissé à l'air libre, et au même point que sur le membre plongé dans l'hydrogène.

Exp. III. — Un lapin subit la double opération pratiquée sur les précédents le 9 mars à midi. La plaie est enfermée dans un manchon de caoutchouc, muni de deux robinets, et hermétiquement appliqué sur le membre. Un courant continu de gaz hydrogène passe à travers le manchon. L'animal jouit d'une liberté complète du tronc et des membres, sauf celui qui porte l'appareil.

Après l'opération, il est plein de vivacité, et mange avec avidité.

Le 12, c'est-à-dire trois jours après l'opération, on s'aperçoit que le gaz ne sort plus par le tube d'écoulement; le manchon est descendu, les bandes qui le fixaient en haut recouvrent maintenant la plaie. Cependant l'appareil est gonflé par le gaz.

13 mars. L'animal est très malade; il a des selles muqueuses et refuse de manger. On le tue à midi et demi.

Autopsie. Les pièces de linge qui fixent le manchon sont infiltrées par l'urine. La plaie renfermée dans l'appareil est recouverte, dans toute son étendue, par une couche plastique, dans laquelle le microscope décèle une infinité de globules dits pyoïdes, appartenant au pus mal formé, ainsi qu'une foule de noyaux et de granulations moléculaires : c'est du *pus de mauvaise nature*. Les bords de la plaie n'ont subi aucune rétraction; ils sont encore décollés des parties profondes, et du pus se voit au-dessous de la peau, excepté au niveau du tiers supérieur de la circonférence de la plaie, où l'on trouve la peau intimement adhérente aux tissus sous-jacents, et se continuant graduellement avec eux par l'intermédiaire d'une couche plastique qui a subi un commencement d'organisation, mais qui est également couverte de pus.

La plaie exposée au contact de l'air, baignée par l'urine, semble au premier abord réduite considérablement en étendue; mais en y regardant de plus près, on s'aperçoit que la peau seule s'est rétractée, qu'elle n'a point contracté d'adhérences avec les parties profondes, dont elle est séparée par une couche d'un pus sanieux, analogue pour la composition à celui de la plaie couverte.

L'expérience qui suit est relative à l'influence de l'air confiné.

Exp. IV. *Chien de forte taille.* Section des nerfs laryngés inférieurs le 27 février. Une plaie est faite à l'air libre le 28, à neuf heures du matin, puis placée dans l'appareil, dont les robinets sont fermés. Le lendemain, 1er mars, celui-ci se trouve dérangé ; il est réappliqué, et dès lors reste en place jusqu'à la mort de l'animal, qui a lieu le 4 mars, à cinq heures du soir, plus de quatre jours après la pose de l'appareil.

Autopsie. — La plaie est couverte d'un liquide épais, qu'au premier abord on pouvait prendre pour du pus ; mais, en en enlevant une portion avec le scalpel, on trouve qu'il est transparent et nullement crémeux. Examiné au microscope, il ne présente pas le moindre globule purulent ; il est composé presque exclusivement par une substance hyaline, finement granulée, renfermant à peine quelques noyaux très petits, analogues à ceux des cellules fibro-plastiques, et quelques corpuscules granuleux de différents volumes. Les noyaux étaient sphériques ou un peu allongés. Les plus gros renfermaient plusieurs grains (trois ou quatre) foncés ; les plus petits n'en contenaient point. Nous avons trouvé aussi dans ce liquide quelques gouttelettes de graisse ; mais il nous a été impossible d'y découvrir des cellules fibro-plastiques bien caractérisées.

En faisant une section passant par la partie moyenne de la plaie, on voit que celle-ci est recouverte d'une couche blanchâtre mesurant près d'un millimètre d'épaisseur au voisinage de la circonférence, où elle se continue avec la peau, et allant en diminuant vers le point où les muscles ont été entamés. Dans ce dernier se voit un caillot adhérent, de couleur rouge foncé. Étudiée au microscope, cette substance blanchâtre a présenté la même composition que le liquide enlevé par le scalpel.

Voici enfin une expérience relative à l'influence de l'huile :

Exp. V. — *Lapin de taille moyenne.* Une plaie, faite le 4 mars, est maintenue dans une sorte d'éprouvette de verre remplie d'huile d'olive. Une plaie toute semblable est faite sur la cuisse

---

établir des jurys médicaux pour punir l'ignorance. « Si le jury, dit la loi, décide qu'on ne peut accuser le médecin que d'avoir agi par ignorance ou par maladresse, sans aucun dessein de nuire, celui-ci pourra se racheter de la peine qu'on inflige à tout homme qui a commis involontairement un homicide, mais il perdra pour toujours le droit d'exercer sa profession. » La même loi punit le médecin qui s'écarte volontairement de la tradition et des règles établies. Ainsi voilà le médecin enfermé dans le lit de Procuste de la tradition et des règles. Quelle indépendance et quelle route ouverte aux progrès de la science ! Molière devait connaître cette loi chinoise quand il a mis en scène ses docteurs Tomès et Desfonandrès !

Mais poursuivons : *Paulo majora canamus !* car les praticiens dont nous venons de parler ne sont que le menu fretin, la plèbe médicale destinée à donner des soins au pauvre peuple des provinces. Transportons-nous à Péking et examinons le fameux *Thaï-i-youèn* ou collége médical, la seule institution officielle du pays. « Ce collége fort singulier, dit M. Bazin, avec lequel nos Facultés de médecine ont quelques points de rapport, compte au nombre de ses membres tous les médecins et tous les chirurgiens de l'empereur. Les priviléges et les marques de distinction dont le gouvernement honore le collége impérial, expliquent le désir qu'a le médecin chinois d'y être admis, si ce médecin d'ailleurs se sent du penchant pour les honneurs et les dignités. » Ce collége se compose d'un président, de deux assesseurs, de dix professeurs titulaires, de trente professeurs agrégés, de quarante licenciés et de quarante bacheliers; en tout 123 personnes. Leur avancement est réglé par l'ancienneté pour les grades supérieurs, par le zèle et la capacité pour les grades inférieurs (licenciés) et par le concours pour les bacheliers. Ce mode d'avancement inspire à M. Bazin cette réflexion judicieuse : « L'Europe, à mesure qu'elle perfectionne ses institutions, se rapproche toujours de la Chine ! » En effet, chez nous l'externat, l'internat et même l'agrégation se donnent au concours, tandis que le professorat se donne au choix. Assurément l'Europe ne se doutait guère qu'en se perfectionnant, elle n'était qu'une plagiaire de la Chine ! Ce concours toutefois ne ressemble guère aux nôtres. « On examine d'abord si le candidat

du côté opposé. L'animal est mort dans la nuit du 7 au 8 mars. La plaie exposée au contact de l'air est couverte de pus, sur la nature duquel l'examen microscopique ne laisse subsister aucun doute. M. Rouget, prosecteur et professeur agrégé de la Faculté, a bien voulu s'en assurer avec nous. La plaie qui avait plongé dans l'huile est couverte, dans toute son étendue, même dans sa portion musculaire, d'une pellicule blanchâtre assez adhérente, se laissant cependant arracher avec une pince, sous forme de petits lambeaux peu consistants. Un petit fragment de cette substance ayant été porté sous le microscope, on ne découvrit qu'une multitude de gouttelettes d'huile. Mais, après qu'une portion du fond de la plaie eut été placée dans la benzine, on put reconnaître, sous le microscope, une matière finement granulée, pâlissant sous l'influence de l'acide acétique, sans se dissoudre complétement, et ne présentant ni cellules ni noyaux bien évidents.

Nous nous bornons à ce simple exposé. Il nous manque d'avoir pu faire vivre des animaux assez longtemps avec les moyens de coercition et les opérations accessoires (section des récurrents) auxquels on est parfois obligé de recourir, pour que la réparation des plaies parcourût toutes ses phases dans l'hydrogène, dans l'air confiné ou dans l'huile; il nous manque d'avoir apprécié, par des épreuves comparatives, l'influence de la constriction exercée sur les membres pour obtenir l'occlusion hermétique de l'appareil; il nous manque enfin la variété d'expériences qui serait si nécessaire dans une question de cette gravité. Aussi nous abstiendrons-nous, quant à présent, de toute conclusion définitive, nous réservant de contrôler l'opinion que nous avons pu nous faire par des essais nouveaux, dans lesquels toutes les conditions d'une observation rigoureuse auront été remplies.

Nous en avons fini avec l'historique de la découverte de la ténotomie sous-cutanée, et nous commençons aujourd'hui, par la publication de quelques expériences qui nous sont propres, l'étude de la question fondamentale du débat, à savoir celle de l'influence de l'air sur la cicatrisation des plaies. Nous continuerons, dans le prochain numéro, à examiner cette question sous le rapport de la physiologie pathologique; puis viendra le point de vue pathologique proprement dit, ou chirurgical. Nous aurons ainsi fait passer sous les yeux du lecteur tout ce qui, sur ce grave et important sujet, intéresse l'histoire, la science et l'art.

Mais, avant d'aller plus loin, nous tenons à nous mettre en règle avec les scrupules de quelques collègues de la presse et d'un certain nombre de nos confrères, qui vont demandant, après la lecture de nos articles : Eh quoi! la méthode sous-cutanée ne doit-elle rien à M. Guérin? — Oui, certes, elle lui doit quelque chose, et nous n'éprouvons aucun besoin de le contester; mais, pour apprécier équitablement les termes de la polémique engagée contre lui, il ne faudrait pas oublier que, ces termes, c'est lui qui les a posés. Il ne réclame pas seulement une certaine part dans la constitution et le développement de la méthode : il réclame l'invention du tout, du principe et de l'application *intentionnelle*. Ce sont donc ses titres d'inventeur qu'il a fallu contrôler. — M. Guérin disait avoir conçu et démontré le premier le *principe de la non-suppuration des plaies soustraites à l'air*, et il a fallu rappeler que Stromeyer faisait de petites plaies pour *éviter l'entrée de l'air;* que c'était l'*indication* formelle et réfléchie qu'il se proposait dans les sections tendineuses; qu'il évitait l'entrée de l'air pour prévenir, non pas seulement l'exfoliation du tendon, mais la *suppuration* elle-même. — M. Guérin prétendait avoir *généralisé* la section sous-cutanée des tendons, et il a fallu rappeler cette phrase de M. Held, écrite en 1836 : « Nous pensons qu'une opération aussi simple et aussi légère doit être *généralisée* et appliquée à *tous les cas* de difformités dépendant de la contracture ou du raccourcissement musculaire. » — M. Guérin assurait avoir étendu les applications de la méthode à tous les tissus de l'économie, et il a fallu rappeler qu'on avait coupé, avant lui, par des procédés sous-cutanés, des muscles, des ligaments, des membranes séreuses, des veines, des nerfs, etc. Est-ce notre faute, si ces irréfragables témoignages de l'histoire ont dû être appelés au débat?

Nous pourrions nous en tenir là. A qui veut tout ou rien, on serait en droit de tout refuser; mais ce serait répondre à un excès par un autre. M. Guérin, en comprenant de bonne heure toute la portée du principe nouvellement découvert, toute la signification des opérations pratiquées en vue de ce principe, a eu le temps et le mérite d'imaginer plusieurs applications véritablement nouvelles; il a notablement perfectionné les procédés opératoires; il a, enfin, rendu à la méthode sous-cutanée un service plus grand que toutes les autres, mais moins facile à spécifier, où l'*esprit d'invention* n'a rien à prétendre, où tout le mérite revient à l'*esprit d'entreprise*, ce qui n'est pas du tout la même chose. Nous le disons très sérieusement et avec une conviction profonde, M. Guérin a plus fait pour le succès de la méthode sous-cutanée par les

---

est un homme d'une conduite irrépréhensible, s'il connaît à fond les vrais principes de l'art; puis, sur un certificat qui lui est délivré par un professeur ou par un licencié, le candidat est admis dans le collége médical à titre de surnuméraire ou d'élève postulant. Quand une place de bachelier devient vacante, on la donne au plus ancien des surnuméraires.

Nous passons sur le rang et le costume des membres du collége, que M. Bazin compare au rang et au costume des membres de nos Facultés, pour arriver à un point plus important, l'étude de la médecine. Le savant sinologue commence ce chapitre par ces paroles à la fois ironiques et critiques : « Le collége médical de Péking a consacré dans tous les temps le principe des spécialités, principe que rejette la Faculté de médecine de Paris. » En conséquence il a établi neuf ordres de spécialités, savoir : 1° les maladies dont le diagnostic et le pronostic sont indiqués par un état particulier du pouls; 2° les maladies dont le diagnostic et le pronostic sont indiqués par un autre état particulier du pouls; 3° les phlegmasies; 4° les maladies des femmes; 5° les maladies cutanées; 6° les maladies dans lesquelles on fait usage de l'acupuncture et du moxa; 7° les maladies des yeux; 8° les maladies de la bouche et des dents; 9° les maladies chirurgicales. Il est bon de remarquer qu'à l'avénement de la dynastie Mandchoue on supprima deux spécialités qui existaient avant cette époque, celle de la variole qui se confond maintenant avec la deuxième, et celle des maladies de la gorge qui rentre actuellement dans la huitième, c'est-à-dire celle des dentistes. Cette division pathologique semble irréprochable à M. Bazin, à l'exception toutefois des deux premières et de la sixième. Il prétend même qu'on la trouve dans tous les pays où l'on cultive la médecine avec intelligence. Nous regrettons beaucoup que l'honorable professeur n'ait pas cru devoir désigner les pays auxquels il fait allusion. Constatons seulement que la France a le malheur de ne pas être au nombre de ces pays-là.

Après la pathologie, voyons la nosographie. Dans la médecine chinoise, on distingue trois grandes divisions des maladies : 1° les affections générales; 2° les affections locales; 3° les affections particulières. Les maladies générales se divisent en 53 classes. Mal-

qualités et même par les défauts de son caractère, que par les qualités de son intelligence, quelque grandes qu'elles soient. En entrant avec une sorte de fougue dans la question, en coupant les tendons par cinquantaine chez le même individu, en conviant une foule de confrères à ces représentations sanglantes, en soulevant des questions de priorité, en provoquant des réactions contre ses envahissements continus, en mettant la passion où était l'émulation, et un torrent à la place d'une rivière tranquille, il a rapidement mis en circulation des idées et des faits qui, sans lui, auraient marché moins vite. Aussi croyons-nous qu'on peut faire à M. Guérin une part équitable en disant qu'il n'a pas inventé la méthode sous-cutanée, qu'il ne l'a pas même généralisée, mais qu'il l'a *popularisée*.

A propos de priorité, nous avons un compte particulier à régler avec notre confrère. Dans l'exposé de nos expériences relatives à l'action de l'air sur les plaies (Voir plus haut), nous avions eu l'attention délicate de parler d'appareils autrefois imaginés par M. Guérin, dans le but de tenir les plaies séquestrées de l'atmosphère, appareils dont M. Guérin lui-même *n'a jamais* parlé, et que nous aurions pu considérer comme *non* avenus. Cette politesse nous a mal réussi. M. Guérin affirme, aujourd'hui, qu'il a donné suite à ces expériences depuis 1840, que les nôtres n'en sont que la répétition, et, bien plus, qu'il a obtenu les mêmes résultats que nous. Ainsi, mis en demeure par l'Académie de produire ses droits à la découverte de la méthode sous-cutanée, de prouver l'exactitude de son principe, *qui est l'organisation immédiate des plaies soustraites à l'air*, M. Guérin a eu la discrétion, dans son exposé général, dans son discours, de taire les seuls faits qui fussent de nature à démontrer irrévocablement que les plaies non exposées à l'air subissent l'organisation immédiate. Voilà un acte de modestie dont nous ne l'aurions pas jugé capable, et dont nous craignons fort que l'histoire ne lui tienne aucun compte.

A. D.

Dans la dernière séance de l'Académie, M. Renault (d'Alfort) est venu apporter le tribut de la médecine vétérinaire à la grande question qui se débat en ce moment. Nous reviendrons sur ce discours, qui a été écouté avec toute l'attention méritée par le grand talent de l'orateur et la justesse de son esprit.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES SUR UN IMBÉCILE ÉROTIQUE CONVAINCU DE PROFANATION DE CADAVRES, par le docteur MOREL, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon.

A M. le docteur BÉDOR, *médecin de l'hospice civil à Troyes,*

Membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, médecin du dépôt provisoire d'aliénés de l'Hôtel-Dieu de Troyes, etc.

Troisième lettre. (*Première partie.*)

Cher et honoré confrère,

Pour donner une idée aussi complète que possible de la *manie instinctive*, de cet état mental dans lequel prédomine plutôt le *délire des actes* que celui des paroles (délire qui par là-même offre souvent tant de difficultés à l'expert médico-légal); pour donner, dis-je, une idée aussi exacte que possible de cette vésanie, nous allons procéder par un rapide exposé des motifs qui déterminent, dans la généralité des cas, les actes malfaisants des aliénés. Choisissons, si vous voulez, pour exemple, la *manie homicide*. Après avoir ainsi éliminé les actes qui n'appartiennent pas à la manie instinctive, telle que nous aurons à la définir dans un instant, nous nous trouverons dégagés de toute préoccupation concernant le diagnostic, et nous arriverons à la conception claire et nette qu'il est permis de se faire de la perversité des actes poussée jusqu'au point de constituer une véritable aliénation.

1° Un malade hypochondriaque qui, depuis plusieurs années, était tourmenté par des appréciations délirantes à propos d'une société imaginaire dont les membres s'attachaient à détruire la santé de son corps et le repos de son esprit, sort un jour de chez lui avec la ferme résolution de faire un exemple terrible qui devait à tout jamais intimider ses persécuteurs imaginaires. La victime qu'il immole à sa fureur est un jeune enfant qu'il rencontre sur son chemin et qui, loin de le provoquer, le salue et lui adresse des paroles bienveillantes. Le rapport des premiers médecins experts conclut à la négation de la folie. La contre-expertise que je suis chargé de faire, établit : 1° que sous l'influence de la névrose primitive, l'hypochondrie, il s'était développé chez cet individu une série de phénomènes pathologiques qui s'enchaînaient et se commandaient successivement, comme cela arrive, du reste, dans toutes les affections qui suivent une

---

heureusement l'auteur ne nous renseigne pas sur le principe de classification qui a été adopté. Les maladies locales se partagent en 32 classes, savoir : neuf pour les maladies qui ont leur siége à la tête, à la poitrine et aux membres thoraciques; huit pour celles qui ont leur siége de la base de la poitrine à l'ombilic; quinze pour celles qui ont leur siége à l'hypogastre ou aux membres pelviens. Quant aux maladies particulières, ce sont celles des femmes et des enfants; seize classes pour les premières et quatre pour les secondes.

L'enseignement qui est donné par les professeurs et agrégés dont nous avons parlé suit la division en neuf spécialités, et la matière des cours est réglée de la manière suivante : 1° la séméiotique; 2 la pathologie, 3° la thérapeutique; 4° l'histoire naturelle des médicaments et la pharmacie; 5° la médecine chirurgicale qui consiste principalement dans la réduction des luxations et des fractures; 6° l'anatomie. M. Bazin dit qu'elle n'est pas très avancée et qu'elle est abandonnée aux spécialistes de la neuvième classe. Il ajoute qu'il ne se fait aucun cours d'hygiène, ni de médecine légale, ni de *physiologie*. Après avoir souligné ce mot : « Saisissons, dit-il, cette occasion de remarquer qu'on ne s'y occupe guère, par conséquent, de ces théories étranges dont on a tant parlé en Europe et dont on s'est amusé. » Cette observation peut être très malicieuse dans la pensée de l'auteur, mais nous la croyons sans application possible à aucun point de notre physiologie classique.

Les professeurs agrégés et licenciés du collége de Péking sont institués pour le service médical de la cour impériale. Des règlements minutieux exigent de ces médecins une circonspection gênante, une assiduité servile. L'administration d'un médicament à l'empereur est réglé d'une manière qui exclut toute espèce de dignité professionnelle et tout esprit d'initiative et d'indépendance. Ainsi le remède doit être dégusté successivement par un médecin, par un assesseur et par l'inspecteur du palais. Un article du règlement porte que « si un médicament composé pour l'empereur n'est pas indiqué par la science (c'est-à-dire par les traités médicaux) comme un moyen de combattre la maladie, ou si l'étiquette du médicament renferme une erreur, le médecin par les mains

marche progressive, et se constituent dans le sens de l'incurabilité; 2° que la systématisation délirante des idées s'était formulée, sous l'influence de troubles sensoriaux très caractéristiques, telles que perversion générale de la sensibilité, hallucinations, et que de cette systématisation émanait, en dernier résultat, l'acte homicide, qui était la preuve la plus saisissante de l'état d'aliénation de cet individu et conséquemment de son irresponsabilité.

2° Une vieille femme, de soixante-quinze ans, immole à coups de hache l'enfant de sa fille, et va se cacher dans un coin de son grenier. Aux personnes qui la saisissent en ce lieu elle répond: *Oui, c'est moi qui ai fait le coup, et je ne m'en repens pas; faites de moi ce que vous voudrez!* Les premiers experts ne trouvent pas chez cette femme les preuves de l'existence de la monomanie, et ils concluent à la culpabilité. Chargé à mon tour de faire un rapport, je suis obligé d'entrer dans de longs détails pour prouver que cette femme puisait déjà dans des prédispositions héréditaires les éléments d'un état névropathique qui a parcouru les phases suivantes : dans sa première jeunesse, irritabilité très vive de caractère, dispositions mélancoliques; dans la période de son mariage, couches difficiles, laborieuses, mauvais traitements de son mari. A cette époque se rapportaient les premières tentatives de suicide de cette malheureuse: elle se précipite un jour dans un puits; une autre fois, la nuit étant froide et sombre, elle se sauve de chez elle n'ayant d'autre vêtement que sa chemise; elle erre au milieu des bois et rencontre, à l'aube du jour, un chasseur dont elle implore la pitié, le priant avec instance de mettre fin à ses tourments en lui déchargeant son fusil dans la tête. L'âge de retour se signale, chez cette aliénée, par des phases orageuses. Son caractère devient acariâtre et méchant. Elle a périodiquement des accès de fureur, et il faut que des hommes vigoureux la tiennent lorsque la sage-femme la *saigne des deux bras* (sic), et pendant cette opération encore cette femme *supplie qu'on laisse couler son sang, et qu'on la fasse mourir.*

C'est pendant cette triste période de son existence que nous voyons se développer d'abord les idées générales, comme la crainte de la damnation, et puis l'idée systématique délirante plus spéciale *qu'elle est réprouvée de Dieu, qu'elle ne pourra mourir, ni sa petite-fille non plus, et que, dans l'intérêt de leur salut commun, il est indispensable qu'elle immole cette enfant.* Le meurtre a donc été motivé par une de ces idées délirantes systématiques que l'on retrouve chez quelques aliénés homicides, meurtre qu'il est difficile d'expliquer si l'on ne donne pas à la théorie de la *monomanie homicide* une interprétation plus large et plus en rapport avec l'idée qu'il est permis de se faire des diverses phases pathologiques que parcourent ces aliénés avant d'en arriver à la fatale extrémité du meurtre. Il est donc indispensable, dans les cas de ce genre, de démontrer à l'autorité judiciaire comment du fait originaire, maladif, émane par des transformations successives de l'être intellectuel, moral et physique, le fait d'entraînement irrésistible qui constitue le meurtre; c'est le seul moyen de prouver que l'individu est ou n'est pas un malade aliéné (1).

La démonstration du fait originaire maladif est une chose d'autant plus importante qu'en principe la monstruosité de l'acte incriminé et l'absence de tout motif d'intérêt ne peuvent, ainsi que le veut Georget, être données comme des preuves absolues d'aliénation. J'ajouterais même, si nous n'avions pas à faire ressortir un intérêt supérieur à celui de l'individu, que c'est là une manière maladroite de présenter la défense d'un aliéné (le premier sentiment que vous fait éprouver un prévenu étant l'horreur de l'acte incriminé), que de présenter le meurtrier comme n'ayant dans le cœur aucun motif de vengeance, de haine, ni aucun intérêt à satisfaire.

Mais cette absence de motifs est-elle aussi fréquente que l'ont dit certains auteurs? Est-il ensuite toujours possible de connaître le véritable motif qui détermine l'acte d'un insensé, et, ce motif connu, peut-on en induire invariablement l'aliénation de l'individu? Enfin, dans l'absence absolue de tout motif, de toute systématisation délirante, quelle doit être la conduite du médecin expert, et dans quelle catégorie d'aliénés lui est-il possible de faire rentrer certains individus sur la véritable classification desquels les médecins aliénistes eux-mêmes ne sont pas encore d'accord?

1° *L'absence de motifs est-elle aussi fréquente que l'ont dit certains auteurs?* Je commencerai par vous dire, mon cher confrère, que si j'attache à l'existence des motifs qui ont déterminé les actes des aliénés une grande importance, il ne s'ensuit pas que je m'en fasse un *criterium* absolu en fait de diagnostic. Une autre préoccupation non moins grande pour moi est de rechercher la preuve qu'une maladie mentale existe réellement. Cependant les motifs allégués par l'aliéné ne sont pas à dédaigner : ils peuvent, dans quelques circonstances, aider à formuler le diagnostic par la raison très

(1) La démarcation tracée par la maladie est excellente, dit M. Delasiauve. Les aliénistes ont depuis Georget, et avec raison, adopté ce terrain : non certes, ajoute le médecin de Bicêtre, que la lumière soit faite; seulement une limite étant nécessaire, on a dû fixer celle qui semblait la plus naturelle...

duquel le médicament et l'étiquette auront passé recevra *cent coups de bambou.* Le médecin n'en reçoit que soixante lorsque les substances dont on fait choix pour composer un remède n'étaient pas d'une excellente qualité. » Il est très juste d'ajouter qu'on peut se faire exempter des coups de bambou en payant une amende.

Tels sont, à part quelques détails dans lesquels nous n'avons pu entrer, les institutions médicales qui excitent l'admiration du savant professeur de chinois moderne. Nous n'avons trouvé dans son travail aucune trace de ce fameux règlement dont on nous a tant parlé, et aux termes duquel les médecins de l'empereur de la Chine ne recevraient d'honoraires qu'autant que le souverain se porte bien, et qui les priverait de tout émolument tant que Sa Majesté est malade. En critiquant les remarques peu obligeantes pour l'Europe médicale, dont M. Bazin a cru devoir parsemer son mémoire sur la médecine chinoise, nous n'avons eu aucune intention de le blesser ni d'attaquer sa personne. Celui qui écrit ces lignes a, pendant plusieurs années, suivi les cours de l'École des langues orientales, et il a conservé le plus profond respect et la plus haute estime pour les professeurs de cette école; mais il est impossible de ne pas avouer qu'en s'engageant dans le domaine de la médecine autrement qu'en historien fidèle et impartial, M. Bazin a fait une campagne malheureuse. Les réflexions et les observations comparatives que nous avons extraites de son travail prouvent jusqu'à l'évidence qu'il n'a qu'une connaissance très superficielle de nos études et de notre enseignement, et que, par conséquent, son incompétence est flagrante sur tout ce qui tend à les juger et à les comparer aux institutions de la médecine du Céleste Empire. Nous affirmons, sans crainte d'être réfuté, que la science médicale des Chinois dénote une civilisation très peu avancée, et que chacun de nous a le droit de sourire lorsqu'on veut la mettre en parallèle avec la nôtre. Une pratique qui n'a pour base ni l'anatomie ni la physiologie, n'est et ne peut être qu'un grossier empirisme, quoi qu'en dise M. Bazin. Nous l'engageons donc à se borner au rôle, déjà très intéressant, d'historien de la médecine chinoise, et nous serons très heureux d'ouvrir toutes les voies de notre publicité aux travaux qu'il publiera dans ces limites.

Dr René Briau.

simple que certaines idées délirantes dominent plutôt dans telle forme d'aliénation que dans telle autre. Par exemple, les délires qui ont leur point de départ dans l'hypochondrie ou l'hystérie primitives des malades, dans l'épilepsie, amènent pour chacune de ces variétés la réalisation d'actes spéciaux. L'aliéné, dans la période d'incubation de la paralysie générale, est aussi poussé à tel acte plutôt qu'à tel autre; au reste, la preuve de ce que j'avance a déjà été donnée dans les deux observations qui précèdent; j'y joindrai succinctement d'autres faits.

Les aliénés qui sont sous l'empire d'hallucinations de la vue ou de l'ouïe se décident, dans certaines circonstances, à commettre les actes les plus terribles avec une facilité extrême. Dans d'autres cas, ils ne cèdent qu'après avoir lutté longtemps et énergiquement contre l'obsession qui les poursuit.

J'ai connu un aliéné qui m'a affirmé (et cet exemple n'est pas le seul, il s'en faut) avoir cédé à la première injonction d'une voix qui lui disait : *Tue-toi!* Le suicide qu'il avait tenté dans cette circonstance n'a pu réussir, grâce au mauvais état de l'arme qu'il employa; mais il n'en est pas moins vrai de dire qu'il se détermina à l'exécution avec une facilité incroyable. Il n'en est pas toujours heureusement ainsi, et il est rare qu'un aliéné, dont la position a été signalée dès le principe à un médecin éclairé, parvienne à déjouer les appréhensions de ce dernier, quelle que soit l'astuce, souvent incroyable, qu'il mette en œuvre. Les malheurs, trop fréquents encore, que l'on a à déplorer, proviennent le plus souvent de la fausse sécurité des parents et de la honte qu'ils éprouvent à dévoiler les tristes infirmités de leurs proches, qui non-seulement les avertissent parfois de leurs projets, mais les prient instamment de les préserver contre eux-mêmes.

Un aliéné homicide, avec prédominance d'idées mystiques et de pratiques ascétiques, et qui fut ensuite confié à mes soins, s'était enfui de la maison conjugale pour se réfugier dans une maison religieuse. Il avait emporté avec lui une terrible injonction, venant de Dieu lui-même, qui lui ordonnait de tuer sa femme. De l'exécution de cet ordre dépendaient son salut à lui-même et le salut de l'infortunée qu'il immola plus tard dans sa folie. En vain, pendant près de trois années, supplia-t-il le Seigneur d'éloigner de lui un pareil sacrifice et de lui imposer telle épreuve que sa divine volonté spécifierait elle-même, il ne put échapper à l'entraînement fatal de ses hallucinations. La famille de ce malheureux aurait dû cependant être en garde, sinon contre la pensée homicide dont cet individu s'était réservé le terrible secret, mais contre un état de maladie qui se révélait aux yeux les moins expérimentés par une jalousie sans motif et par une inquiétude indéfinissable qui le portait à mener une existence errante et l'empêchait de se fixer nulle part. Ajoutons encore qu'un de ses frères était mort aliéné, et qu'il y avait plus de motifs qu'il n'en était besoin pour prendre des précautions qui auraient évité un meurtre commis ultérieurement avec le sang-froid, et je dirais presque l'espèce de bonheur que ces sortes d'aliénés inspirés apportent dans l'exécution de leurs projets.

Puisque nous en sommes à l'examen des motifs qui guident ces malheureux dans leurs projets homicides, appelons, pour mémoire, l'attention de nos lecteurs sur certaines combinaisons intellectuelles que l'on devrait regarder comme une triste et amère ironie, si la théorie qui explique la perpétration d'actes monstrueux n'était pas émise simultanément et parfois dans les mêmes termes par les meurtriers? Or, les individus auxquels je fais allusion ne s'étant jamais connus, et n'ayant même pu apprendre par la publicité des journaux la perpétration de faits analogues à ceux qu'ils ont eux-mêmes commis, il est clair qu'ils n'ont pu puiser que *dans un état maladif spécial* les motifs de leurs fatales déterminations. Citons un exemple, pris dans la catégorie des aliénés avec prédominance d'exaltation religieuse.

Jobard, qui, le 15 septembre 1851, tua, au théâtre des Célestins, à Lyon, une jeune femme enceinte qu'il n'avait jamais vue auparavant, est un triste spécimen de ces misérables dont l'état névropathique plus ou moins complexe est souvent empiré par des excès onanistiques. La théorie délirante de Jobard s'est reproduite dans les mêmes termes chez d'autres malades. Il disait aussi, lui, que, désespérant de son salut, il avait choisi une innocente victime afin de subir la juste condamnation des hommes et avoir ainsi l'occasion d'offrir au Seigneur une pénitence éclatante en réparation de ses péchés. Tout ceci est inouï, monstrueux, mais enfin cela est; et, avant de flétrir les sociétés qui produisent de *pareils monstres*, il faut examiner la part qui revient à la maladie mentale dans la perpétration de pareils faits. C'est ici le cas, plus que jamais, d'étudier ces individus dont la systématisation délirante est heureusement fort rare, de les étudier, dis-je, non-seulement dans leur isolement et après une mûre observation, mais de scruter la nature maladive de leur être intellectuel, physique et moral au point de vue des faits analogues que présentent les annales de la perversité ou de l'égarement du cœur humain.

Que cet examen ne soit pas toujours facile à établir chez les aliénés fanatiques surtout; qu'il faille souvent revenir à la charge, afin de se faire une idée exacte d'un état mental d'autant plus protéiforme qu'il faut faire la part des phénomènes de rémittence et d'exacerbation auxquels ces individus sont sujets, je serai le premier à l'avouer. Je n'en veux pour preuve que les perplexités qui surgissent involontairement dans les esprits en présence de certains actes homicides qui de temps à autre épouvantent la société, et qui sont commis dans des circonstances exceptionnelles et par des individus que l'on n'aurait jamais pu soupçonner capables de se livrer à de pareilles extrémités.

2° ***Est-il possible de connaître le véritable motif qui détermine l'acte d'un insensé? Et ce motif connu, peut-on en induire invariablement l'aliénation de l'individu?*** Sans doute il n'est pas possible de connaître toujours le véritable motif qui détermine l'acte d'un insensé; et il faut bien admettre qu'il est difficile de séparer toujours de l'ensemble les incitations ou impulsions déterminées par la maladie elle-même. Il peut se faire ensuite que l'aliéné oublie complétement le motif qui l'a poussé, en dernière analyse, à commettre l'acte homicide.

M. le docteur Burrows cite l'histoire d'un épileptique d'un caractère ordinairement doux et tranquille, et enclin même, comme cela se remarque chez quelques épileptiques, à une dévotion un peu exagérée. Un jour qu'il était tranquillement occupé à lire la Bible, il reçoit la visite d'une femme du voisinage, et, avant de savoir le sujet qui l'amenait, il se lève comme transporté d'une fureur soudaine, se saisit d'un couteau et se précipite sur cette malheureuse. L'épouse de ce furieux, ainsi que sa fille, étant accourues au secours de la victime, il cherche à les égorger, et si d'autres personnes n'étaient pas intervenues, il réalisait ses tentatives de trancher la tête à ces infortunées. Un accès de manie suivit cet acte de fureur. Le

malade guérit; mais il ne conserva pas la mémoire de ce meurtre.

Ce fait se rapproche beaucoup de celui du nommé Roegiers, condamné à la peine de mort, en 1844, par la cour d'assises du Brabant. Roegiers n'était autre qu'un épileptique qui avait agi sous l'empire d'une de ces fureurs instinctives particulières à cette affection. Il poursuivit sa victime, qu'il n'avait jamais vue auparavant, et se rua sur elle comme un tigre ; il lui fit un profonde entaille à la gorge et y enfonça ses ongles pour l'agrandir. Une foule immense accourut ; mais les plus audacieux reculèrent devant l'idée de voler au secours du malheureux assassiné. On ne put s'assurer de la personne de ce frénétique que lorsqu'il tomba épuisé par la fureur. A toutes les questions que lui fit le président de la cour d'assises, Roegier n'avait qu'une réplique : *Puisque vous le dites, monsieur, je dois le croire; mais je l'ignore complétement !* Des réponses analogues, calmes, souvent indifférentes, insolentes d'autres fois, avec menace de recommencer, ont été faites par des meurtriers dans des circonstances semblables et n'ont pas peu contribué à leur condamnation. On est trop porté, dans ces cas, à attribuer à la perversité morale l'espèce d'hébétement et d'indifférence qui suit l'acte homicide, lequel n'est souvent que la *crise de l'état maladif.* Autre chose, en effet, est d'examiner ces meurtriers avant le meurtre, pendant sa perpétration ou immédiatement après, ou de les observer quelques semaines plus tard, comme le médecin expert est ordinairement appelé à le faire.

Des exemples analogues se retrouvent dans la liste, malheureusement trop nombreuse, des meurtres commis par des épileptiques, soit avant, soit après leur accès; par des individus soumis à l'influence d'une intoxication alcoolique chronique et par des paralysés généraux dans la période d'incubation de leur maladie. Enfin personne n'ignore que, dans le trouble général de leurs idées, des maniaques se sont livrés à des actes homicides dont ils n'avaient nulle conscience après leur guérison, et l'on peut lire dans tous les ouvrages de médecine légale, dans Marc particulièrement, des cas de fureur, pour ainsi dire spontanée, avec perpétration de meurtre. Je ne pourrais ici, sans m'étendre indéfiniment, discuter la valeur des causes qui ont été émises: telles la chaleur excessive, l'insolation, et d'autres encore. Il me suffit d'énoncer que si, dans quelques circonstances, les individus ont cédé à la pression qu'exerçait sur leur volonté le phénomène hallucinatoire, il en est d'autres qui ne peuvent alléguer aucun motif, et dont les actes doivent être appréciés au point de vue exclusif de l'état maladif (1).

Enfin, le motif même cité par quelques aliénés homicides est parfois si ridicule, si absurde, j'ajouterai même si odieux, qu'il serait plutôt une présomption en faveur de la culpabilité qu'en faveur de la folie, si l'on ne savait, par expérience, qu'après la perprétation du meurtre il y a, chez ces aliénés, une sorte de rémission qui se signale par la stupeur, par une espèce d'hébétement et par une incohérence très grande dans les idées. J'en ai vu dernièrement un exemple remarquable à la prison des Madelonnettes, où j'accompagnais M. le docteur Falret, chargé d'examiner l'état mental du nommé Soulier, qui égorgea sa femme au mois de septembre dernier avec des circonstances atroces. Les motifs allégués par Soulier au juge d'instruction sont tellement odieux, tellement entachés de cette obscénité que l'on ne retrouve que chez les pédérastes les plus éhontés que je n'oserais les répéter ici. Mais lorsque trois ou quatre semaines après cet événement M. Falret examina cet inculpé, le savant médecin constata chez lui un état d'hébétement avec hallucinations, et il lui fut possible de faire remonter à plusieurs années déjà l'existence de la perversion des facultés intellectuelles et affectives chez cet individu qui se livrait, en outre, à de fréquents excès de boissons. MM. les docteurs Moreau et Pietra-Santa furent du même avis que notre éminent collègue.

Reste, enfin, mon cher confrère, la question principale : celle de savoir dans quelle catégorie maladive nous rangerons les individus aux actes pervers extraordinaires et chez lesquels on n'a remarqué aucun délire, aucun dérangement apparent, au moins dans leurs facultés intellectuelles. Vous avez pu voir, en effet, que les aliénés homicides dont nous avons fait mention peuvent se classer. Ils appartiennent aux variétés maladives que créent l'hypochondrie, l'hystérie, l'épilepsie, la paralysie générale et d'autres états maladifs : ils sont dominés par des hallucinations, et les actes compromettants de ces malades s'expliquent au point de vue de la logique, par le délire des idées. Mais ici, nous dit-on, nous n'avons plus affaire au délire des idées, mais au délire des actes, et ce n'est que très timidement que les auteurs parlent de certaines impulsions irrésistibles, et *comme instinctives*, pour expliquer l'énormité de ces mêmes actes. Abordons franchement la question, et voyons ce que dans l'état actuel de nos connaissances il nous est permis d'admettre ou de rejeter.

(1) On consultera avec fruit le rapport de Marc, sur Henriette Cornier, et de Georget sur Papavoine. J'ai eu occasion d'être en rapport avec une personne qui avait connu cet individu si tristement célèbre par le meurtre qu'il commit au bois de Boulogne sur deux enfants. Papavoine, à ce qu'il m'a été affirmé, avait donné dans son jeune âge de nombreuses preuves d'excentricité, et il était de plus un hypochondriaque renforcé.

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Profanation de cadavres. — Délire érotique.

Monsieur le Rédacteur,

M. le docteur Lunier, cité par M. Morel dans une lettre publiée par vous dans votre numéro du 13, prétend que, sur ma déposition dans l'affaire du sergent Bertrand, on avait pu supposer un instant qu'il mangeait la chair des cadavres qu'il déterrait.

J'ignore si l'on a pensé cela ; je suis, à ce que je crois, le seul médecin qui ait vu les cadavres du cimetière Mont-Parnasse.

Dans un rapport étendu, fait à la requête de M. le commissaire de police Monvalle, je me suis servi de l'expression *mâchonné* à propos de l'état des parties génitales d'un cadavre de femme (et non du cadavre entier), parce qu'en effet jamais un instrument tranchant, aussi mauvais qu'il fût, n'eût produit de dilacération de ce genre.

M. Marchal ayant demandé si par « *mâchonné* » j'entendais dire « coupé inégalement, » je répondis négativement devant le conseil.

Que ce fût Bertrand qui eût mordu les parties, je l'ignore, bien que la complication de délire érotique, inconnue au début du procès, pût à la rigueur le faire admettre.

Les faits, les voici : J'ai *vu* les cadavres, j'ai examiné avec soin, mon impression est restée celle-ci : les parties génitales de l'un d'eux avaient été mordues.

Agréez, etc.

PAJOT,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 9 MARS 1857. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

TOXICOLOGIE. — *Sur les propriétés physiologiques et toxicologiques du curare*, par M. *Pélikan*. — Relativement à l'action physiologique du curare, l'auteur a obtenu des résultats en tout conformes à ceux qu'a fait connaître M. Cl. Bernard.

Quant à l'action toxique de cette substance, voici ce que M. Pélikan a trouvé : La solution aqueuse du curare, introduite dans l'estomac au moyen d'une sonde élastique, agit comme poison, quoique plus lentement et d'une manière moins énergique, ce qui confirme les anciennes expériences de Fontana, Brocklesby, Emmer, et les recherches plus récentes de MM. Cogswell, Vulpian et Kölliker. La dose de 3 décigrammes a fait périr consécutivement trois lapins ; un quatrième supporta cette dose et se rétablit. La dose de 62 milligrammes ne manifesta aucune action vénéneuse. Mais l'action moins énergique du curare introduit dans l'estomac n'est pas une propriété particulière et caractéristique de ce poison, et ne peut pas être expliquée, comme on a tenté de le faire, par la supposition que le curare contient une certaine quantité du venin des serpents venimeux ; car la particularité susmentionnée est générale à presque tous les poisons narcotiques qui ont la propriété d'être facilement absorbés. Par exemple, l'action de l'extrait de la noix vomique est plus prompte et énergique, s'il est introduit dans le tissu sous-cutané, que dans le cas de son introduction dans l'estomac.

La *curarine* possède toutes les propriétés actives du curare. Cet alcaloïde, introduit sous la peau d'un lapin à la dose de 5 centigrammes, a occasionné la mort de l'animal avec tous les phénomènes caractéristiques de l'empoisonnement par le curare.

Après que le curare a été absorbé à une dose suffisante pour produire la mort, il ne peut pas être question d'antidote. La strychnine peut provoquer les phénomènes qui lui sont caractéristiques seulement dans le cas où la dose du curare a été insuffisante, et réciproquement. La solution du curare précipitée par le tannin (tannate de curarine) perd son action délétère à une dose ordinaire ; mais le curare en poudre, introduit dans l'intérieur d'une plaie avec de la poudre de tannin, conserve son action toxique. L'iode dissous dans l'iodure de potassium ne détruit pas l'action du curare, quand même les deux solutions, après un mélange préalable, ont été évaporées et le résidu introduit dans le tissu sous-cutané.

La présence du curare peut être facilement découverte par les réactions de la curarine. Ces réactions sont à peu près les mêmes que pour la strychnine, mais elles sont encore plus constantes que pour ce dernier alcaloïde. L'acide sulfurique avec le chromate de potasse, ou avec le ferro-cyanure de potassium, ou avec le peroxyde de plomb puce, donne des colorations rouges très belles. L'essai galvanique est aussi très sensible, et donne, comme avec la strychnine, la coloration rouge de la solution acide de la curarine à la lame de platine de l'anode. (*Comm.*: MM. Cl. Bernard, Pelouze et Bussy.)

MÉDECINE. — *Note sur l'analogie qui peut exister, dans certaines maladies nerveuses, entre la voix humaine et le son vocal de plusieurs espèces d'animaux*, par M. *Mongin*. — L'auteur commence par rappeler brièvement certains faits consignés dans les annales de la science : les bêlements observés au seizième siècle par Vierus chez plusieurs religieuses du couvent de Sainte-Brigitte, les aboiements de plus de quarante femmes d'un village voisin de Dax, mentionnés par Delancre (en 1613) ; des cas de miaulement chez des filles cloîtrées, rapportés par Raulin et Hecquet, etc. S'appuyant sur cet historique, M. Mongin fait remarquer que, pour presque tous les cas cités, on a la certitude que les névroses de la voix coexistaient avec des attaques d'hystérie, dont elles semblent n'avoir été qu'un symptôme.

« Le mode de contraction spasmodique de la glotte qui modifie ainsi la voix, poursuit M. Mongin, peut-il exister sans convulsions générales, comme cela paraît avoir eu lieu pour le cas observé par M. Bosredon ? Je ne me hasarderai pas à le nier ; mais ce que je puis affirmer, c'est que le cri qui précède les grandes attaques d'épilepsie subit des modifications nombreuses dont quelques-unes imitent la voix de plusieurs espèces d'animaux, et j'en pourrais pour ma part citer deux exemples remarquables. Dans un de ces cas, sous l'influence du valérianate d'atropine, donné sous forme de granule, d'abord à la dose d'un demi-milligramme par jour, et porté dans l'espace de deux mois à deux milligrammes, non-seulement le gloussement cessa complétement, mais les attaques épileptiques, qui n'étaient plus précédées d'aucune espèce de cri, furent considérablement modifiées. De nocturnes qu'elles étaient, elles devinrent diurnes, et diminuèrent notablement en force et en fréquence. Quant aux simples vertiges qui avaient lieu dans l'intervalle des grandes attaques, ils ont persisté et sont peut-être même aujourd'hui un peu plus fréquents.

» Si l'on devait, ajoute l'auteur, admettre avec M. Marshall-Hall, que dans l'épilepsie le spasme attaque de préférence les muscles du cou et du larynx, que le *trachélisme* et le *laryngisme* jouent un très grand rôle dans la pathologie de cette affection ; s'il était vrai qu'ils en produisent tous les symptômes, tels que la perte de connaissance, le délire, etc., de sorte qu'on parviendrait à faire avorter l'accès en faisant avorter le laryngisme ; et si, d'une autre part, de nouveaux faits venaient confirmer la réalité de l'*influence élective* du valérianate d'atropine, il me semble qu'on aurait obtenu un progrès considérable dans le traitement de cette terrible maladie. » (*Rapporteur*, M. Andral.)

M. *Baudens* prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place d'académicien libre vacante par suite du décès de M. de *Bonnard*.

Cette demande sera soumise en son temps à la commission chargée de préparer une liste de candidats.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 17 MARS 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Le tableau des maladies épidémiques qui ont régné, en 1856, dans le département de la Charente-Inférieure. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Le tableau récapitulatif des vaccinations pratiquées, en 1856, dans le département d'Ille-et-Vilaine. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : — *a.* Une lettre de M. le docteur *Albert* (de Parthenay), contenant quelques renseignements sur les eaux aux jambes. (*Commission de vaccine.*) — *b.* Un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, dans la commune de Montgeron (Seine-et-Oise), par M. le docteur *Lacaze*. (*Commission des épidémies.*) — *c.* Une note sur un nouveau procédé de cautérisation et de désobstruction des voies aériennes dans le croup, par M. *Loiseau*, médecin à Montmartre. (*Comm.*: MM. Blache et Trousseau.)

3° M. le baron *Thénard*, membre de l'Institut, adresse à l'Académie le procès-verbal de la séance d'inauguration de la *Société de secours des amis des sciences*.

M. le *président* annonce que M. le docteur *Gueneau de Mussy*, membre de l'Académie, est assez gravement malade ; cependant une notable amélioration s'est manifestée dans son état depuis hier. MM. *Mélier* et *Dubois* (d'Amiens) sont invités à aller s'informer, au nom de l'Académie, des nouvelles de la santé de M. Gueneau de Mussy et à lui porter l'expression des vœux de tous ses collègues pour son prompt rétablissement.

Lectures et Mémoires.

HYDROLOGIE. — M. *O. Henry*, au nom de la *Commission des eaux minérales*, lit : 1° Un *Rapport sur l'eau saline de la fontaine de Salies, près d'Orthez*. C'est une eau qui peut être considérée

comme *chloro-bromurée sodique*, et il y a tout lieu de penser qu'elle aura la même influence médicatrice que toutes les eaux salées qui renferment des bromures. Toutefois, comme la proportion des principes salins qu'elle contient est très considérable, puisqu'elle s'élève à environ sept fois celle de l'eau de mer, il sera indispensable que l'administration de cette eau soit convenablement réglementée par un médecin. La Commission propose de répondre à M. le ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée, sous la réserve de la condition sus-énoncée. (*Adopté.*)

2° Un *Rapport sur l'eau d'une source sise à Champigneulle* (Yonne). Il a été impossible, malgré des analogies réitérées, de constater dans l'eau de cette source l'existence du manganèse qu'on y avait annoncée. La Commission propose, en conséquence, de répondre à M. le ministre qu'il n'y a pas lieu d'accorder, quant à présent, l'autorisation demandée. (*Adopté.*)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — *Note relative à des expériences concernant l'influence de l'air atmosphérique sur la cicatrisation des plaies*, par M. le docteur *A. Dechambre.* (Voir au *Premier-Paris.*)

M. *J. Guérin*. Pour le moment, je ne formulerai aucune opinion sur le travail qui vient de vous être lu. Je dirai seulement à l'Académie que, depuis l'année 1840, je n'ai pas cessé de poursuivre le difficile problème de l'action de l'air atmosphérique et de ses éléments isolés sur les plaies. Les expériences qu'on vient d'exposer ne sont que la répétition de celles que j'ai entreprises moi-même : ce sont les mêmes conditions, les mêmes liquides, les mêmes gaz, les mêmes appareils et à peu près les mêmes résultats, ainsi que j'espère le démontrer plus tard.

Discussion sur la méthode sous-cutanée.

M. *Renault*. Messieurs, avant de mettre en cause la méthode sous-cutanée, avant de discuter sur son origine, son évolution, sa nécessité, avant de faire connaître ses péripéties, ses modifications, les procédés qui s'y rattachent, ne vous semble-t-il pas qu'il eût été bien à propos de fixer, au préalable, les esprits sur l'influence que l'air peut exercer sur les plaies? C'est là, en effet, pour la méthode sous-cutanée, une question de vie ou de mort. S'il est démontré que l'air n'exerce sur les plaies aucune action malfaisante, la méthode sous-cutanée est inutile; elle n'a plus sa raison d'être. A quoi bon la discuter au sein de l'Académie? S'il est prouvé, au contraire, que l'air est pour les plaies un agent nuisible, qui retarde leur cicatrisation et les fait suppurer, la méthode sous-cutanée doit être considérée comme un immense progrès pour la chirurgie, comme un grand bienfait pour l'humanité. Dans ce cas, nulle discussion ne saurait ravir à cette méthode ses titres à l'admiration des praticiens et à la reconnaissance des malades.

M. Velpeau et M. Malgaigne se sont longuement étendus sur la généalogie de la méthode sous-cutanée et se sont attachés à démontrer que, loin d'appartenir à celui qui s'en attribuait l'invention, elle avait ses racines dans la chirurgie du XVIIIe siècle et allait se développant, pendant la première moitié du XIXe, entre les mains de Delpech, de Dupuytren, de Stromeyer, de Dieffenbach et de M. Bouvier, avant les premiers travaux de M. J. Guérin.

Quant à l'influence maligne de l'air sur les tissus animaux exposés, qui est le principe fondamental et l'idée mère de la méthode, les contradicteurs de M. J. Guérin ont encore prouvé que ce n'était pas une idée neuve, puisqu'elle remonte à Al. Monro.

M. Malgaigne et M. Velpeau ne partagent pas les craintes exagérées que l'air inspire à Al. Monro et à M. Guérin; ils absolvent l'air atmosphérique de la plupart des griefs que les chirurgiens aérophobes ont fait peser sur lui depuis près d'un siècle. Ces messieurs sont aérophiles; mais, pourtant, avec certaines réserves. Ainsi, M. Velpeau reconnaît que l'action prolongée de l'air est susceptible d'altérer, de dénaturer le liquide qui exsude à la surface des plaies; et M. Malgaigne accorde que l'air peut modifier le pus et lui donner des qualités malsaines.

Avant d'exposer quelques faits d'observation empruntés à la clinique vétérinaire, je ferai remarquer, avec M. le docteur Mattei, que l'action de l'air sur les tissus vifs n'est pas tellement inerte et bénigne que la nature n'ait cru devoir les prémunir contre cette influence par une enveloppe protectrice, l'épiderme pour la peau, l'épithélium pour les muqueuses. Cela est si vrai que, lorsqu'une des membranes tégumentaires est dépouillée en quelque point de son surtout protecteur, il s'y produit une douleur vive, cuisante, qui persiste jusqu'à ce qu'une exsudation plastique la garantisse de nouveau du contact immédiat de l'air; et ce mélange gazeux paraît si peu favorable à la réparation des plaies, que tout travail de cicatrisation s'accomplit à l'abri de son influence : c'est ainsi que tantôt une couche de lymphe plastique, tantôt une membrane pyogénique protége la plaie en voie de réparation.

J'arrive à l'exposé de quelques faits empruntés à la clinique vétérinaire, et qui me semblent bien propres à jeter quelque jour sur le problème.

Il se développe fréquemment chez les chevaux, soit à la nuque, soit sur la croupe, des kystes séro-sanguins assez volumineux, par suite du frottement réitéré de la selle ou des harnais. Ces tumeurs s'affaissent par une compression méthodique et prolongée; elles se résolvent par l'application locale de sinapismes ou de vésicatoires; si on les ponctionne avec un trocart délié, elles se vident sans qu'il en résulte aucun accident; mais si on a l'imprudence de les inciser, il survient le plus souvent une inflammation violente et une copieuse suppuration. A quoi tient cette différence dans les résultats? N'est-ce pas que dans le premier cas l'intérieur du kyste a été préservé du contact de l'air, tandis que, dans le second, il a été exposé à cette influence? Et la preuve, c'est que si, après avoir ouvert le kyste avec le bistouri, on en cautérise la surface avec le fer rouge, on prévient les accidents inflammatoires graves dont il vient d'être question : car alors l'eschare, produite par le cautère, forme aux tissus une croûte protectrice, sous laquelle ils peuvent se cicatriser à l'abri de l'air. Mais, dira-t-on, les kystes ne sont-ils pas tapissés d'une membrane qui devrait les isoler du contact de l'air? Je répondrai que les travaux des micrographes nous apprennent que cette membrane manque d'épithélium, c'est-à-dire de ce surtout isolant qui protége les muqueuses et les séreuses normales.

Enfin, les aérophiles eux-mêmes reconnaissent que la pénétration de l'air dans un foyer purulent altère promptement le pus et lui communique une odeur fétide, qui est un indice certain de putréfaction.

Mais les phénomènes les plus caractérisques, les plus significatifs sont ceux qu'on observe chez les animaux à la suite de quelque blessure profonde ou même de quelque grande opération, quand la plaie demeure quelque temps exposée à l'air.

Au bout de deux, trois ou quatre jours au plus, la plaie se boursoufle, les tissus environnants se tuméfient; un liquide fade d'abord, puis d'odeur ammoniacale, suinte de la solution de continuité. Le cinquième ou le sixième jour, le gonflement augmente et s'étend, le liquide sécrété prend une teinte brunâtre et une odeur très fétide. Alors aussi éclatent des symptômes généraux : l'artère est tendue, serrée, et bat avec fréquence; la respiration s'accélère et devient saccadée; l'impulsion du cœur est si violente, qu'elle ébranle le corps de l'animal et qu'on entend les pulsations à distance. Bientôt le pouls s'affaisse, les forces se dépriment, les muqueuses pâlissent, l'animal s'agite, puis il chancelle et ne tarde pas à succomber dans un véritable marasme.

A l'autopsie, on trouve le sang diffluent, poisseux, noirâtre et exhalant une odeur gangréneuse très fétide, surtout au voisinage de la plaie. La membrane interne des vaisseaux et du cœur est couverte de lividités et parsemée de taches ecchymotiques. Les cavités droites du cœur et les gros troncs veineux emprisonnent des caillots mollasses et noirâtres. Le foie est congestionné, la rate tuméfiée, engorgée et souvent ramollie; les poumons sont quelquefois engoués ou couverts d'ecchymoses.

Les tissus qui entourent la blessure sont empâtés et engorgés par une infiltration séro-sanguine abondante : au centre de l'engorgement, on trouve un ou plusieurs caillots sanguins flasques, noirâtres, infectes, baignant, le plus souvent, dans un liquide putrilagineux, et entourés de tissus en voie de décomposition.

Quelle est la source de tous les accidents graves que nous avons décrits? A coup sûr, c'est bien l'altération du sang emprisonné dans la plaie et des tissus lésés qui environnent le caillot. On a dû être frappé, en effet, de l'analogie que présente le tableau que nous venons d'exposer, avec l'ensemble des symptômes qui caractérisent l'infection putride. D'ailleurs ces accidents ressemblent aussi en tous points à ceux qu'on provoque chez les animaux en introduisant et en laissant séjourner dans une incision profonde un caillot sanguin ou un morceau de muscle en voie de putréfaction. Nous ajouterons, enfin, qu'on enraye la marche de ces symptômes ou même qu'on s'oppose à leur développement si, dès le début, on débarrasse la plaie des caillots qu'elle tient emprisonnés, ou si, plus tard, on y injecte de l'eau chlorurée.

Mais est-ce l'air qui est l'agent de putréfaction du sang dans ces plaies? On ne saurait nier l'influence active de ce mélange gazeux dans cette circonstance : car j'ai observé constamment que les accidents sont d'autant plus prompts et d'autant plus intenses que l'animal se trouvait enfermé dans un lieu où l'air était plus chaud, plus humide et plus confiné. C'est ainsi qu'autrefois ces accidents se montraient fréquemment dans les hôpitaux d'Alfort, qui étaient alors étroits, humides et mal aérés, tandis qu'ils sont fort rares aujourd'hui dans les nouveaux hôpitaux, vastes, bien construits et bien ventilés.

Un autre fait, qui nous porte à admettre l'influence malfaisante de l'air sur le sang extravasé dans les tissus, est le suivant : les infiltrations sanguines ou séro-sanguines qui se développent sous la peau des animaux, à la suite d'une contusion ou d'un frottement réitéré, se résolvent sans accidents par les sinapismes, les vésicatoires ou tout autre mode de traitement qui ne met pas à nu leur contenu ; au contraire, ces collections s'altèrent et aboutissent à une suppuration longue et fétide si la peau qui les recouvre est entamée par une incision ou par des scarifications profondes, et ici encore les accidents sont d'autant plus graves et d'autant plus prompts que les animaux vivent au sein d'une atmosphère plus malsaine et dans des conditions hygiéniques plus défavorables.

Les apoplexies pulmonaires ne sont pas rares chez les chevaux. Or, voici ce qu'on observe : si l'animal meurt après avoir présenté une haleine extrêmement fétide et comme gangréneuse, avec différents phénomènes généraux graves, on trouve à l'autopsie un foyer apoplectique profondément altéré, et communiquant avec l'air atmosphérique par une bronche déchirée ; tandis que le caillot est intact, ainsi que les parois qui l'environnent, si les canaux bronchiques ne se sont pas rompus pendant la vie, et si le foyer est resté soustrait à l'influence de l'air. Jamais le caillot n'est altéré, non plus, dans les foyers hémorrhagiques qui se forment au sein des viscères enfermés dans les cavités splanchniques à l'abri du contact de l'air, tels que le foie, la rate et le cerveau. Je ne sache pas que l'on ait jamais trouvé, dans ces foyers, aucun signe d'altération putride ni de trace de gangrène dans le parenchyme environnant.

Quand on pratique la castration des chevaux par l'étranglement du cordon, il en résulte des douleurs vives et une inflammation assez intense, mais qui se dissipe bientôt sans accidents ; dans ce cas, le testicule, ne recevant plus de sang, se mortifie, se flétrit. Mais si l'on pratique une incision dans les bourses, il y a excès d'inflammation, suppuration, gangrène du testicule et du cordon avec des phénomènes généraux extrêmement graves.

Dans ce dernier cas comme dans tous ceux que j'ai cités de semblables, n'est-il pas évident que c'est l'accès de l'air qui a donné lieu à tous les accidents, à la décomposition du sang épanché et aux symptômes consécutifs d'infection putride?

Enfin, je terminerai par cette remarque : c'est qu'il est d'observation, au moins en pathologie vétérinaire, que les phlegmasies qui deviennent le plus souvent gangréneuses sont celles des organes exposés au contact de l'air, la bouche, le pharynx, les bronches, les poumons ; et la gangrène est la terminaison d'autant plus fréquente de ces phlegmasies, que l'air respiré par les animaux possède des qualités plus vicieuses.

Il résulte donc des faits que j'ai observés, et qui viennent d'être exposés sommairement, que les liquides exhalés à la surface des tissus divisés s'altèrent promptement au contact de l'air ; que l'influence de cet agent est plus manifestement marquée sur le sang ; que l'air agit sur ce liquide en modifiant ses qualités, en le décomposant et en convertissant ainsi la plaie en un véritable foyer d'infection qui ne tarde pas à provoquer des accidents généraux graves et même mortels.

D'où je crois pouvoir conclure, messieurs, qu'il importe de garantir, avec le plus grand soin, les plaies du contact de l'air, et que la méthode sous-cutanée, qui a pour but et pour résultat de pratiquer toutes sortes d'opérations à l'abri de cet agent nuisible, devrait être accueillie favorablement par tous les praticiens et qu'elle mérite de compter au nombre des plus belles conquêtes de la chirurgie contemporaine.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en *comité secret*.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1857. — PRÉSIDENCE DE M. DUPARCQUE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Les membres de la commission d'examen des employés de l'administration procèdent à l'examen de plusieurs malades.

M. *Jacquemier* lit le rapport de présentation de M. le docteur Bauchet, à la suite duquel la Société admet M. Bauchet membre résident.

Paralysie arsenicale.

M. *Durand-Fardel* lit un rapport sur un mémoire de M. Raoul Leroy d'Étiolles sur la paralysie par les arsenicaux. (Voyez GAZETTE HEBDOMADAIRE, n° IX, p. 141.)

Discussion.

M. *Richard* demande, à l'occasion de cette lecture, si l'arsenic administré à dose thérapeutique peut déterminer une cachexie particulière. C'est pour moi, dit-il, une question d'intérêt personnel et dont je me préoccupe sérieusement ; je me trouve actuellement sous l'influence de la médication arsenicale, et si je puis constater l'heureuse action qu'elle exerce sur les fonctions digestives, dont elle augmente la force d'assimilation, sur l'énergie musculaire, qui se trouve accrue, je voudrais savoir ce qu'il faut penser de cette cachexie arsenicale.

M. *Durand-Fardel*. La cachexie n'a lieu que chez les individus qui prennent l'arsenic à titre diététique ; quant aux accidents de paralysie cités par M. Raoul Leroy d'Étiolles, ils ont été observés à la suite d'applications d'emplâtres contenant des préparations arsenicales.

M. *Chausit*. J'ai eu occasion de voir administrer sur une très large échelle les préparations arsenicales chez des sujets atteints de maladies de la peau. Cette médication, sagement dirigée, n'était jamais suivie d'accidents notables, si l'on en excepte un certain degré d'irritation intestinale, qui se dissipait très souvent par la suspension seule du médicament, après une durée de deux ou trois jours, ou, au besoin, par l'usage de boissons gommeuses et des opiacés. Je n'ai donc jamais remarqué, chez aucun des malades soumis à mon observation, de symptômes traduisant une cachexie arsenicale. Peut-être ne faut-il attribuer qu'à l'imprudence ou à l'usage immodéré les accidents généraux notés par certains observateurs.

M. *Guibout*. L'action analeptique de l'arsenic, dont M. Richard vient de parler et qui est un des effets les plus constants de ce médicament, a dirigé sans doute la pensée des médecins qui ont essayé de le mettre à profit dans le traitement de la phthisie. Cependant cette action est restée sans résultat aucun chez un de mes clients qui, à l'instigation d'un autre confrère, a été soumis à la médication arsenicale.

M. *Duparcque* a eu occasion de constater l'heureuse efficacité des fumigations arsenicales, par l'emploi des cigarettes, chez des individus atteints de laryngites chroniques, chez des artistes notamment dont la voix éteinte ou voilée devenait un obstacle à l'exercice de leur profession.

Indication des eaux minérales.

M. *Durand-Fardel* lit un mémoire sur les indications des eaux minérales (voir GAZ. HEBD, n° X, p. 169).

Toux opiniâtre; divers accidents nerveux; diagnostic obscur.

M. *Guibout* communique à la Société le fait suivant se rattachant à une série de phénomènes sur la nature desquels il a toujours hésité à se prononcer.

OBS. — En janvier 1854, dit-il, je fus appelé pour donner des soins à une fille âgée de vingt-cinq ans environ, appartenant à une famille de commerçants où la phthisie est héréditaire; deux ou trois de ses frères étaient déjà morts atteints de cette affection. Cette fille était affectée d'une toux sèche, continue, ne paraissant pas être bien indépendante d'une altération de l'organe pulmonaire, que je cherchai à combattre successivement par des cautères sous-claviculaires, par l'usage de l'huile de foie de morue, du sirop de raifort iodé, enfin par l'habitation à la campagne. Tous les symptômes du côté de la poitrine disparurent, et lorsqu'elle quitta la campagne, elle était fraîche et bien portante. Quinze jours après son retour à Paris, survint une toux sèche, comme métallique, fatigante, qui résista aux moyens précédemment employés et à tous ceux que je crus devoir essayer encore. Alors eut lieu une consultation avec MM. Barth, Chomel et Gosselin. Pour l'un, c'était une toux d'irritation; pour l'autre, la cause de la toux était un cartilage ulcéré irritant la muqueuse; finalement on proposa les cautérisations locales; j'essayai successivement et sans résultat les cautérisations avec le nitrate d'argent, avec l'ammoniaque; puis les inhalations de chloroforme poussées jusqu'au sommeil. A cette période, la toux cessait pour reparaître au réveil. En présence de toutes ces tentatives infructueuses, on proposa la trachéotomie que M. Gosselin refusa de faire parce qu'il n'existait pas pour lui d'altération matérielle dans les cartilages du larynx. M. Trousseau, qui fut appelé en dernier lieu, en janvier 1857, diagnostiqua par exclusion une toux hystérique et proposa, comme unique remède, un voyage aux Pyrénées. La position des parents ne permit pas de suivre ce conseil. Peu de temps après, à cette toux fatigante, et dont les caractères n'avaient pas changé, vinrent s'ajouter d'autres symptômes; des hallucinations de la vue et de l'ouïe, puis des vomissements immédiatement après toute ingestion d'aliments et de liquides. Ces vomissements résistèrent à l'usage de tous les moyens thérapeutiques essayés. La santé générale, qui s'était jusque-là maintenue dans d'assez bonnes conditions, éprouva une atteinte sérieuse puisque la malade ne pouvait conserver aucune nourriture. Les parents résolurent alors d'aller habiter un autre quartier, mais il n'en résulta aucun changement. On transporta, à grand'peine, la malade à Vincennes; quelques jours après, tous les accidents avaient disparu.

Telles sont, messieurs, les différentes phases de cette affection dont le diagnostic reste à établir. Est-ce, en effet, une toux hystérique, comme l'a pensé M. Trousseau? Je pose la question sans la résoudre. Je ferai cependant remarquer que les phénomènes observés tendraient plutôt à faire écarter cette opinion. J'ajouterai que l'éducation, les habitudes de la malade, sa vie calme et régulière semblent la soustraire à l'influence de toutes les conditions qui favorisent le développement des affections hystériques.

M. *Hervez de Chegoin* cite le fait d'une jeune personne atteinte depuis dix-huit mois d'une toux incessante, dont il ne caractérisera pas la nature, et qui fut guérie immédiatement par des affusions froides faites sur le dos.

M. *Duparcque* cite des faits analogues de toux tenaces résistant à toutes les médications et qui furent heureusement guéries par les affusions froides. Dans d'autres circonstances, il a vu le mariage, chez des jeunes filles, amener la disparition subite de semblables accidents.

M. *Jacquemin* s'élève contre la dénomination de toux hystérique appliquée à des symptômes qui se produisent en dehors de toute influence de l'organe utérin. C'est une toux nerveuse, si l'on [illegible] mais qui n'est pas hystérique, puisque l'on peut l'observer [illegible] chez les jeunes gens.

M. *Delasiauve* se demande d'abord si les hallucinations [illegible] vées chez la jeune fille dont M. Guibout a présenté l'histoire [illegible] partie intégrante de la maladie, ou bien si l'on ne pourrait pas [illegible] rattacher avec plus de raison aux médicaments employés, st[illegible] fiants et narcotiques, dont l'action sur les sens de la vue [illegible] l'ouïe est un résultat ordinaire, surtout après un usage plus [illegible] moins prolongé. Il accepte cette dernière interprétation. Quant [illegible] fait en lui-même, je ne chercherai pas, dit-il, à en établir le [illegible] gnostic; mais j'insisterai sur ce point, que, par une observation attentive, on trouve souvent dans des conditions locales l'explica[illegible] tion d'accidents analogues et qui résistent avec ténacité à [illegible] médication, si l'on ne parvient pas à connaître et à détruire la [illegible] sous l'influence de laquelle ils s'étaient développés. Je citerai [illegible] autres l'exemple d'une femme qui était depuis une quinzaine [illegible] jours en proie à un agacement nerveux très prononcé, occasi[illegible] par l'odeur d'une chambre fraîchement peinte, et qui céda s[illegible] ment lorsqu'on s'avisa de lui faire habiter une autre chambre; celui d'un négociant qui, à la suite d'émotions commerciales, éprouva des agitations nocturnes, eut de la propension à faire [illegible] mal à son enfant. Cet homme vivait dans une chambre basse [illegible] peu aérée. Je donnai le conseil de renouveler l'air de la chambre avant le coucher : en quelques jours le calme revint, et toutes les sensations éprouvées par le malade cessèrent.

Dans d'autres circonstances, rien ne peut mettre sur la voie de la cause pathogénique, et l'on se trouve réduit à essayer tour à tour les médicaments les plus variés. J'ai eu occasion d'observer, comme M. Guibout, un cas de toux fatigante, qui, après avoir résisté à tous les moyens essayés, disparut brusquement après l'administration d'une seule dose de sous-nitrate de bismuth.

La séance est levée à cinq heures.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 20 MARS 185[illegible].

1° *Guibout* (Observation d'une pneumonie rémittente).

2° Rapport de présentation du docteur *Leménant-Deschenais*, par M. *Dechambre*.

3° Rapport de présentation du docteur *Raoul Leroy* (d'Étiolles), par M. *Jacquemin*.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Guérison par absorption des abcès symptomatiques du mal vertébral, par le docteur BOUVIER.

La résorption des abcès symptomatiques, même de ceux qui se lient au mal de Pott, n'est pas très rare. Le premier exemple qui en ait été cité appartiendrait, suivant M. Bouvier, à David, chirurgien français qui écrivait en 1779 (*Dissertation sur le mouvement et le repos dans les maladies chirurgicales*). Dès 1793, on posait en principe l'indication de chercher à obtenir cette cure par résorption, en ouvrant la poche chaque fois qu'elle se remplissait. C'est Abernethy qui donnait ce précepte, et l'on sait que son procédé pour l'ouverture de ces sortes d'abcès consistait à pratiquer une ponction oblique destinée à prévenir l'entrée de l'air; de sorte que ce chirurgien réalisait déjà, en ses points essentiels, la pratique de nos jours, qui est mieux éclairée peut-être, servie par de meilleurs procédés, mais qui s'applique, en définitive, à prévenir par des ponctions obliques successives l'usure et la déchirure de la peau, et à obtenir la guérison sans ouverture directe. Depuis cette époque, les annales de la science ont enregistré un assez grand nombre de cas de guérisons obtenues de la même manière.

Le soin même de consigner les cas d'abcès symptomatiques ainsi terminés prouve d'abord que cette terminaison passe pour n'être pas fréquente, et ensuite qu'elle ouvre une chance assez peu connue de guérison. L'objet du travail de M. Bouvier est précisément d'établir que la résorption du pus des abcès est moins rare qu'on ne le croit, et que l'art a les moyens de l'activer.

En premier lieu, dit l'auteur, « depuis que je me suis fait une loi d'explorer attentivement les fosses iliaques dans tous les cas de mal vertébral *sans exception*, il m'est souvent arrivé de découvrir des abcès auxquels on n'avait pas songé, et plusieurs fois ces abcès ont disparu par résorption avant d'avoir acquis un volume qui les rendît apparents à tous les yeux. » C'est à cette période, en effet, que la résorption offre le plus de chances de s'accomplir, et comme il est très vrai que beaucoup d'abcès par congestion, encore contenus dans le bassin, échappent à l'investigation des chirurgiens, il est assez logique de conclure que le nombre des abcès qui se résorbent est plus grand qu'on ne le suppose généralement.

La guérison par résorption suppose que la poche ne reçoit pas incessamment du pus, conséquemment que la source de ce pus à la colonne vertébrale commence au moins à se tarir. L'indication principale, même au point de vue de la terminaison de l'abcès, est donc d'attaquer par tous les moyens possibles, internes et externes, la maladie des vertèbres. Mais quel que doive être le résultat de ce traitement, il y a toujours, du côté de la poche purulente, une première précaution à prendre, sans laquelle la résorption cesserait bientôt d'être possible : c'est d'évacuer le liquide par une ponction sous-cutanée, et de l'évacuer autant de fois qu'il menace de trop amincir la peau. On gagne ainsi du temps, pendant lequel on a chance de tarir ou de diminuer la source du pus, d'avoir affaire à une poche qui se remplit de moins en moins après chaque ponction, et finit même par s'oblitérer. Si, au contraire, la poche redevient chaque fois volumineuse, on entreprend directement de faire résorber le liquide.

Notons d'abord que les moyens généraux à employer dans ce but peuvent être mis en usage dès le début du traitement, puisqu'ils conviennent également à l'affection osseuse : ce sont les toniques, une alimentation substantielle, les purgatifs, ces derniers pouvant tout à la fois concourir à la guérison du mal vertébral et à la résorption du pus. Ce dernier effet peut être facilité par certaines substances administrées à l'intérieur, principalement par l'iode, que M. Bouvier dit avoir employé avec avantage. Quant aux moyens locaux, ce sont les vésicatoires, la pommade stibiée, la cautérisation épidermique à l'aide du feu, les bains et douches d'eau sulfureuse ou saline, ou iodurée, et « c'est par cette méthode mixte, ajoute M. Bouvier, que M. J. Guérin a obtenu des guérisons (*Rapport sur les traitements orthopédiques de M. J. Guérin à l'hôpital des Enfants*, Paris, 1848), en associant aux ponctions sous-cutanées un traitement médical, et notamment l'administration répétée de l'eau de Sedlitz. »

M. Bouvier rapporte cinq observations, dont quatre sont relatives à des abcès iliaques plus ou moins complétement résorbés. La cinquième, où il s'agit d'un abcès volumineux de la cuisse qui a entièrement disparu, est la plus remarquable de toutes : aussi croyons-nous devoir la reproduire *in extenso*.

Obs. — Émile Goizet, alors âgé de neuf ans, entra à l'hôpital des Enfants, le 7 décembre 1853, pour une toux et une diarrhée qui duraient depuis quelque temps et qui s'accompagnaient d'un commencement d'épuisement.

Placé d'abord dans le service de mon excellent collègue, M. Blache, cet enfant, dès qu'on le vit marcher, offrit dans son attitude quelque chose d'irrégulier, que mon confrère et ami m'engagea à examiner, et ce fut à la suite de cette exploration que Goizet passa dans mes salles, quinze jours après son entrée à l'hôpital.

Les dernières vertèbres lombaires étaient un peu saillantes ; le membre inférieur droit s'étendait incomplétement dans la marche par suite d'une légère flexion permanente de la cuisse ; le redressement du tronc était douloureux ; la palpation fit reconnaître un abcès iliaque à droite ; le pus commençait à s'engager sous l'arcade crurale.

Je ne pus avoir de renseignements sur les antécédents.

Je m'occupai, avant tout, de combattre l'affection bronchique et intestinale, de refaire la constitution du sujet, et n'opposai à la maladie des vertèbres que le repos prolongé et les toniques.

La toux et la diarrhée cessèrent peu à peu ; l'état général devint meilleur ; mais l'abcès augmenta progressivement de volume dans les six premiers mois de l'année 1854. Il finit par former une saillie très prononcée, d'une part à la partie postérieure et supérieure de la cuisse, sur le trajet du nerf sciatique, et, d'une autre part, à la partie interne et supérieure de ce membre, au-devant ou dans l'intervalle des muscles adducteurs ; il distendait, en outre, la région iliaque, le flanc droit, et il était facile de percevoir la fluctuation entre tous ces points, qu'occupait ainsi une seule et vaste collection de pus.

J'eus alors recours aux révulsifs cutanés ; des ventouses sèches vésicantes furent appliquées, pendant quelques mois, plusieurs fois par semaine. Plus tard, l'électrisation fut employée de manière à produire une sensation de picotement et de brûlure, ou même des commotions au voisinage des lombes et sur le trajet de l'abcès. Enfin, de nombreuses cautérisations *épidermiques* (1) furent pratiquées sur les mêmes régions, d'abord au moyen d'un disque métallique modérément chauffé à la lampe, ensuite avec l'allumette de Gondret. L'enfant prit en même temps des bains sulfureux et but de l'eau minérale factice *saline* et *bromo-iodurée*.

Pendant l'usage de ces divers moyens, le mal ne fit que peu de progrès ; mais l'abcès ne subit aucune diminution d'étendue ni de volume. Il se forma un autre abcès à la partie postérieure et supérieure de la cuisse gauche ; mais celui-ci *disparut en peu de jours*. La santé générale s'améliora de plus en plus.

Le 5 novembre 1854, la flamme de l'allumette fut promenée plusieurs fois de suite sur le foyer purulent, à la partie supérieure interne de la cuisse ; l'agitation de l'enfant ne permit pas de régler l'action du feu aussi bien qu'à l'ordinaire ; le derme se trouva brûlé comme par un moxa. La chute de l'eschare produisit une plaie elliptique, de 5 à 6 centimètres de diamètre, dans quelques points superficielle et semblable à un vésicatoire ancien, plus profonde dans d'autres, mais ne pénétrant nulle part jusque dans l'intérieur du foyer. Cette plaie suppura six semaines, et fut entièrement cicatrisée à la fin de décembre.

L'abcès parut éprouver une légère diminution par l'effet de cette révulsion énergique.

Cependant, en janvier 1855, son volume n'est pas moins considérable que l'année précédente ; il s'étend à toute la moitié supérieure de la cuisse, dont la circonférence, vis-à-vis le point le plus saillant, est de 37 centimètres. La gibbosité a un peu augmenté ; elle forme une saillie anguleuse, dont le sommet répond à la quatrième apophyse épineuse lombaire ; l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre est également soulevée, mais moins que celle de la quatrième. L'enfant marche avec assez de facilité, le tronc penché en avant, la tête renversée en arrière, et les mains appuyées sur les cuisses.

Du 22 janvier 1855 au 16 avril, application de teinture d'iode avec un pinceau, tantôt tous les jours, tantôt tous les deux ou trois jours, sur la région lombaire ou sur les parois de l'abcès.

Le 7 mars, la tumeur de la cuisse paraît plus proéminente ; la circonférence du membre a augmenté d'un centimètre.

Le 17 avril, cette tumeur est plus tendue ; un nouveau relief se dessine dans le pli inguinal. Cependant les parois de l'abcès conservent une assez grande épaisseur ; car un bistouri étroit, plongé obliquement dans deux points différents de la tumeur, à la partie interne de la cuisse, ne pénètre pas jusque dans sa cavité. Cette circonstance m'engage à surseoir à l'ouverture définitive de l'abcès, et à tenter de nouveau d'en obtenir la résorption.

Le 3 mai, la circonférence de la cuisse a encore augmenté d'un centimètre ; l'espace inguinal est plus soulevé. Retour de la diarrhée, à laquelle l'enfant est resté sujet ; elle cesse au bout de quelques jours.

Le 16 juin, même état relativement à l'abcès ; on remarque seulement que la tumeur iliaque forme au-dessus de l'aine une saillie allongée, sensible à l'œil, et parallèle à l'arcade crurale. La santé générale a beaucoup gagné, l'enfant a pris plus d'embonpoint.

On commence l'administration à l'intérieur de la teinture d'iode des hôpitaux (solution aqueuse d'iode au moyen de l'iodure de potassium), à la dose de 3 gouttes par jour, puis de 5, de 8, 10, 16, et finalement 18 gouttes. Ce n'est qu'à dater du 15 octobre que le malade prit la teinture d'iode du Codex, à une dose moitié moindre, qui fut, dans la suite, portée progressivement jusqu'à 24 gouttes. On a constaté, à plusieurs reprises, la présence de l'iode dans l'urine. L'usage de ce médicament a été continué, sauf quelques interruptions, jusqu'en juin 1856, c'est-à-dire pendant un an.

(1) Ici M. Bouvier renvoie à son *Mémoire sur la cautérisation cutanée dans les maladies du système osseux*, in *Arch. gén. de méd.*, novembre 1851.

Goizet fut présenté à ma clinique le 22 juin 1855 (1). L'abcès était toujours aussi volumineux. Le nouveau traitement n'était institué que depuis quelques jours. J'exprimai faiblement l'espoir d'une guérison par absorption du pus ; l'événement, comme on va le voir, a dépassé mon attente.

Dès le mois suivant (juillet 1855), on constate une légère diminution dans le volume de l'abcès ; en pressant alternativement sur la cuisse et sur la tumeur iliaque, on perçoit, pour la première fois, au niveau de l'arcade crurale, une sorte de flot et une crépitation comparable à celle que produirait le passage d'un corps grenu à travers une ouverture étroite.

En septembre, la circonférence de la cuisse a 4 centimètres de moins qu'au mois de mai ; la tumeur a diminué à peu près de moitié.

Trois mois plus tard, en décembre, nouvelle réduction de l'abcès ; ses parois sont partout affaissées, molles et flasques ; la circonférence de la cuisse a encore diminué d'un centimètre. Le bruit de flot perçu à l'aine est moins marqué.

La résorption se ralentit un peu dans les premiers mois de 1856. Je revins à l'emploi des ventouses vésicantes, appliquées cette fois à la cuisse, sur les parois de l'abcès. Enfin *les dernières traces de la présence du pus disparurent peu à peu*, d'abord à la région ischiatique, puis et presque en même temps à la cuisse, à l'aine et dans la fosse iliaque.

Le 30 juin 1856, l'enfant put être envoyé à la campagne comme convalescent ; il n'avait plus d'abcès La santé générale s'était toujours maintenue en bon état. Le tronc était redressé, la démarche libre. La gibbosité persistait au même degré ; elle n'était le siége d'aucune douleur, même dans le renversement du tronc en arrière.

Placé aux Enfants-Trouvés, quelque temps après, par une mesure administrative, Goizet, sur ma réclamation, rentra dans mon service le 4 octobre 1856. La guérison ne s'était pas démentie.

Cet enfant est encore aujourd'hui dans l'état le plus satisfaisant. Il est impossible de retrouver quelque indice de collection purulente dans la fosse iliaque ni à la cuisse. Le membre conserve seulement 1 centimètre de plus en circonférence que la cuisse du côté sain ; ce qui doit dépendre d'un reste d'empâtement du tissu cellulaire et de la présence des débris de la membrane pyogénique dans le lieu autrefois occupé par l'abcès.

Nous aurions désiré que M. Bouvier spécifiât un peu plus rigoureusement la période de la maladie à laquelle il fait intervenir les moyens destinés à activer l'absorption. Il paraît bien qu'il agit ainsi dès que la poche ne semble pas diminuer d'elle-même sous l'influence du traitement dirigé contre la maladie des vertèbres. Par conséquent l'iode est employé à l'intérieur, les purgatifs sont administrés, les petits moxas, les vésicatoires sont appliqués sur la poche à une époque où celle-ci reçoit chaque jour du pus nouveau. Les observations citées justifient cette pratique. Néanmoins, nous avons peine à croire que l'effet en puisse être souvent aussi heureux ; ou plutôt nous comprenons assez bien l'efficacité de l'iode et des purgatifs, qui tendent à modifier avantageusement la maladie principale, mais nous avons moins de confiance dans l'efficacité des moyens locaux, comme adjuvants de l'absorption. Nous y aurions quelque confiance, au contraire, s'ils étaient appliqués seulement au moment où, la source du pus étant plus ou moins tarie, la poche purulente reste à peu près stationnaire. Et, dans ce cas, il y aurait un autre mode de traitement à mettre en balance avec la rubéfaction, la pustulation, la cautérisation : ce serait l'injection iodée, qui, entre les mains de M. Boinet, paraît avoir fourni des résultats excellents, et qui ont eu cet autre avantage d'être rapides. (*Archives générales de médecine*, janvier 1857.)

Action de la digitale sur l'utérus, par M. HOWSHIP DICKINSON.

Le travail de M. Howship Dickinson a pour but d'établir que la digitale prise à l'intérieur exerce sur l'utérus, directement ou indirectement, une action spéciale jusqu'ici non soupçonnée, et dont le *modus operandi* ne saurait être déterminé quant à présent. La première idée d'une telle action lui vint en voyant à l'hôpital Saint-Georges une femme qui fut guérie, par l'administration de la digitale, d'une hémorrhagie utérine survenue à la suite d'une chute, traitée en vain par toutes sortes d'astringents, et que, en raison de l'intégrité de l'utérus, on avait fini par rattacher à quelque affection obscure du cœur. L'auteur entreprit d'abord une série d'expériences chez des femmes atteintes également de métrorrhagie ; les cas susceptibles de guérison spontanée ont été abandonnés à la nature, et la digitale a été le seul médicament employé, depuis 1854, dans les cas qui réclamaient un traitement actif. Or, l'auteur affirme que l'hémorrhagie a été arrêtée chez toutes les malades dans un espace de temps plus ou moins rapide. Avec une dose élevée, la perte cessait dès le second jour ; avec une dose moindre, elle se prolongeait quelquefois jusqu'au quatrième, mais *jamais au delà*. L'auteur rapporte en détail une observation dans laquelle l'infusion de digitale paraît avoir exercé à deux reprises une action hémostatique rapide. La métrorrhagie datait de ... mois et était survenue à la suite de fatigues et de privations. L'utérus était sain. Ce qui ne permet guère de mettre en doute, dans les cas de ce genre, l'influence particulière de la digitale, malgré l'emploi simultané du vin et d'un bon régime, c'est que chaque fois que le médicament était ingéré en infusion, les malades accusaient, dans les reins et l'hypogastre, de vives douleurs comparables à celles du début de l'accouchement.

Ces résultats sont confirmés, dit l'auteur, par la pratique de M. Barclay, qui assure également avoir guéri par la digitale des métrorrhagies réfractaires aux toniques et aux astringents.

Dans les essais précédents, il s'agissait de cas où la matrice était saine. L'auteur a essayé également la digitale dans les métrorrhagies dépendantes de lésions organiques de l'utérus. Le résultat a été le même, mais moins prononcé et moins durable.

Il n'est pas superflu de faire remarquer que l'action hémostatique de la digitale ne semble pas liée à l'influence exercée par ce médicament sur la circulation générale ; car la perte n'avait pas été sensiblement modifiée dans les cas où l'arrêt de l'hémorrhagie a été le plus subit et le plus complet. Les choses se passent comme si l'utérus entrait subitement en contraction douloureuse. Un caillot est rejeté ; l'hémorrhagie cesse *tant que dure la douleur*, puis se renouvelle ; une nouvelle dose d'infusion amène les mêmes effets. Du reste, l'auteur rapporte quelques observations dans lesquelles on pourrait supposer que l'administration de la digitale a précipité le travail de l'enfantement ou amené quelques jours après l'accouchement des contractions douloureuses de l'utérus ; mais nous croyons qu'il faut être très réservé dans les conclusions à tirer de ces quelques faits.

Toujours est-il que le travail de M. Howship Dickinson éveille une question de thérapeutique qui mérite d'être soumise au contrôle d'une expérience plus étendue et que nous recommandons à toute l'attention des praticiens. (*Transactions* de la Société royale de Londres pour 1856, et *Archives générales de médecine*, janvier 1857.)

Cas remarquable d'anomalie du placenta, par le docteur ALOIS VALENTA, médecin supérieur impérial et royal, et aide d'accouchement.

« J'ai fait connaître, il n'y a pas longtemps dit l'auteur, dans le *Wien. med. Wochenschrift*, un placenta double pour un seul fœtus. Cette fois-ci il s'agit d'un placenta que tout le monde pouvait prendre, à une inspection superficielle, pour un placenta double ; aussi on me l'avait donné pour tel. Mais une dissection anatomique exacte me fit connaître le contraire, et me fit découvrir l'état intéressant suivant. »

OBS. — Il s'agit d'un placenta d'une étendue extraordinaire. Il mesurait dans sa périphérie 30 pouces de Vienne (1), dans son diamètre longitudinal 12″, dans son diamètre transversal, vers le milieu, 5″ ; il pesait une livre 6 onces, poids civil de Vienne (2).

Soumis à un examen détaillé, il offrait au milieu un sillon de démarcation jaune, pâle, large de plusieurs lignes, qui avait donné lieu à la fausse apparence d'un *placenta duplex*. Le placenta était plus mince

(1) Voir les *Leçons cliniques* de M. Bouvier *sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur*, recueillies par E. Bailly, année 1855, p. 80 ; 1856.

(1) Le pied (12 pouces) d'Autriche équivaut à 316 millimètres.

(2) La livre de Vienne équivaut à 560 grammes.

le long de cette raie, ce qui se remarquait en le tenant en face de la lumière, parce qu'il n'y avait que cette partie qui fût transparente.

En faisant une incision verticale sur le sillon qui séparait les deux parties, on remarqua un conduit creux à surface parfaitement lisse, qu'on pouvait suivre d'un côté à l'autre, et qui se bifurquait au milieu, renfermant une île de cotylédons. Une quantité de vaisseaux des deux moitiés immergeaient dans le conduit. Un conduit latéral de la même force serpentait en se dirigeant vers le cordon ombilical et communiquait avec ses artères dans deux directions. Ces dilatations vasculaires sinueuses étaient entrelacées de fils rameux filamenteux qui se déchiraient facilement, et qui étaient composés de tissus cellulaires et de vaisseaux capillaires parallèles.

Le vaisseau du bord n'était pas entier; on pouvait bien découvrir un conduit au bord extrême de la portion à laquelle adhérait le cordon, mais ce conduit n'entourait pas sans interruption tout le bord placentaire, et il était interrompu par-ci par-là de vaisseaux provenant du centre du placenta, et débouchant dans le vaisseau imparfait du bord. Ainsi, le vaisseau du bord était composé de plusieurs vaisseaux, d'abord partiels, interrompus par endroits.

Toutes les dilatations sinueuses du centre et du bord furent reconnues par l'examen microscopique pour des vaisseaux artériels; leur membrane interne était enduite partout d'épithélium.

Il n'existait aucune altération pathologique des vaisseaux dilatés.

On ne pouvait pas découvrir des dilatations semblables dans l'autre portion du placenta: seulement des rameaux vasculaires ombilicaux très forts se trouvaient sur le bord.

On pourrait conclure qu'il s'agit ici d'une espèce de sinus, comme on les trouve dans les corps caverneux; seulement il y circulait du sang artériel; ce qui est démontré d'un côté par la microscopie, de l'autre par cette circonstance qu'on n'y trouvait pas de coagulum, tandis que les veines en regorgeaient.

Sous le rapport obstétrical on pourrait remarquer que, quoique pendant l'acte de l'accouchement aucune trace d'hémorrhagie ne se soit montrée, cependant la grosseur du placenta paraît avoir produit une légère atonie de l'utérus, car le cinquième jour de l'accouchement une plus grande quantité de coagulum sanguin fut expulsée. (*Wochenblatt der Zeitschrift der Kaiserl. Kœnigl. Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 1856, n° 44.)

De la revaccination; par le docteur SCHOLTZ (de Vienne).

M. Scholtz tire les conclusions suivantes de faits nombreux observés à l'hôpital des Enfants de Leopoldstadt :

1° L'inoculation avec la vaccine réussit, en général, une fois sur trois.

2° Le sexe n'a aucune influence sur l'inoculation.

3° L'inoculation a d'autant moins de chance de réussir que les cicatrices de vaccination sont plus marquées.

4° La réceptivité pour la vaccine est d'autant plus grande, que le temps entre la vaccination et la revaccination est plus considérable.

5° Cette réceptivité, survenant après un temps plus ou moins long, se manifeste après l'inoculation par l'éruption d'un nombre plus ou moins grand de pustules caractéristiques.

6° Parmi nos nombreux malades, il ne nous est arrivé qu'une fois de voir une éruption de variole survenant onze ans après une inoculation complète. Il fallait au moins huit ans d'intervalle pour inoculer avec succès la vaccine aux sujets ayant eu la variole.

7° La marche régulière des pustules de revaccination ne fut pas accompagnée d'ordinaire de symptômes fébriles; lorsque cette complication eut lieu, les sujets y étaient prédisposés par une affection antérieure à la vaccination (érysipèle, furoncles).

8° La plupart des maladies chroniques ne subirent aucune influence de la revaccination. Elles n'en exercèrent aucune non plus sur le développement du vaccin. Il est arrivé deux fois que des accès convulsifs habituels cessèrent pendant le temps où la vaccine se développait. (*Allg. Med. Cent. Zeitung*, du 4 février 1855, page 75.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Études sur les corps à l'état sphéroïdal, nouvelle branche de physique, par M. BOUTIGNY (d'Évreux); 3e édition, 1 vol. in 8, avec 26 figures. Paris, chez VICTOR MASSON, place de l'École-de-Médecine.

Il y a vingt ans, un de ces chercheurs que pousse une irrésistible vocation se livrait à des expériences chimiques sur la fécule amylacée, employant à cet effet de petites quantités d'éther qu'il jetait après l'opération. Quelques gouttes de ce liquide, tombant un jour sur des charbons embrasés, donnèrent lieu à une lueur d'une nuance bleue très différente de celle habituellement fournie par la combustion éthérée.

Le savant, surpris de ce phénomène, s'ingénie à le reproduire de diverses manières, notamment en versant l'agent volatil sur une plaque métallique incandescente. Il arrive alors ceci : au lieu de disparaître par une soudaine évaporation, comme on devait s'y attendre, sous l'influence d'une température aussi élevée, l'éther s'arrondit en globule, oscille et ne s'amoindrit qu'insensiblement.

Quelle est la cause d'une modification contradictoire en apparence aux lois de la chaleur? Ce changement n'est-il pas commun à d'autres corps? Quelles en peuvent être et la portée scientifique et les conséquences pratiques? Ces interrogations que s'adresse naturellement l'auteur de la découverte, M. Boutigny, ouvrent à son esprit de vastes perspectives. Tel a été le point de départ des investigations laborieuses dont les résultats, consignés dans les éditions de 1842 et 1847, forment la matière de cette troisième édition, devenue pour ainsi dire un ouvrage nouveau par les corrections qu'elle a subies, les additions importantes qu'elle a reçues et les nombreuses gravures qui ont été intercalées dans le texte.

Trois parties divisent le travail : dans la première, qui est aussi la principale, se trouve l'exposé des conditions propres à la manifestation et au maintien de la conversion sphéroïdale; la seconde permet d'entrevoir les variations que cet état est susceptible d'exercer sur les combinaisons chimiques; le dernier, enfin, est consacré à des vues théoriques où la doctrine particulière aux faits de l'auteur, corroborée par des arguments empruntés aux grands phénomènes de la nature, sert, à son tour, à l'interprétation de ces phénomènes eux mêmes.

La plupart des corps, sans exception des solides, sont capables de la transformation sphéroïdale. Parmi ses nombreux essais, M. Boutigny cite, entre autres, ceux auxquels il a soumis l'eau, l'alcool, les acides sulfureux et sulfurique, l'acide carbonique, les huiles fixes, le mercure, le sublimé corrosif, le chlorure de sodium, l'iodhydrargyrite de chlorure mercureux, le chlorure de carbone, le phosphore, l'acide azotique, l'azotate d'ammoniaque, l'iode.

En deçà de certaines limites de caloricité, la sphérification devient impossible. Ce minimum, en général, monte ou descend pour chaque corps, selon son point d'ébullition. Ainsi, par exemple, pour l'eau, qui bout à 100°, il est de 140, tandisque, pour l'alcool absolu et l'oxyde d'éthyle, plus facilement évaporables, il s'abaisse à 134 et à 61 degrés.

M. Boutigny a calculé que l'évaporation de l'eau, à l'état sphéroïdal, était cinquante fois plus lente qu'à l'état ordinaire. Cela tient vraisemblablement à ce que le niveau de sa température est alors toujours inférieur à celui de son degré d'ébullition, le thermomètre introduit dans la masse globulaire ne marquant jamais au-dessus de 96°,5, même si l'eau a été versée bouillante.

Sous ce rapport, l'acide sulfureux anhydre présente surtout une particularité des plus remarquables. Tel est le refroidissement qu'il subit que, par le plus étonnant contraste, de l'eau instillée dans son intérieur se congèle instantanément. La congélation du mercure a été obtenue de la même manière au milieu d'un mélange d'éther et d'acide carbonique.

Mais cette propriété n'est pas la seule curieuse. Si la tempéra-

ture de la surface chauffée vient à diminuer, ou qu'on ajoute un excès au volume du sphéroïde, celui-ci, tendant aussitôt à l'équilibre de chaleur, bouillonne avec force et s'évapore avec une soudaineté inexprimable.

Expérimentés en petit, les phénomènes, d'ailleurs, se produisent avec des quantités indéfinies et souvent même alors que l'immersion des corps a précédé l'incandescence des vases, comme le prouvent deux expériences de M. Boutigny fils, que leur haut intérêt nous engage à relater.

La première consiste à verser une certaine quantité d'eau distillée dans une auge de cuivre en inclinant de manière à laisser une partie du fond à découvert. On chauffe et l'eau entre rapidement en ébullition; mais la partie du fond non baignée parvient à une température relativement beaucoup plus élevée. En cet état, si on fait basculer le vase, l'eau en arrivant sur la partie très chaude passe à l'état sphéroïdal.

Dans la seconde, le jeune chimiste, délayant dans de l'eau une petite quantité du résidu de la préparation du valérianate de zinc, introduit ce mélange dans une capsule métallique qu'il place sur un bon feu de charbon. L'ébullition est d'abord prompte; mais, à mesure que se fait l'évaporation, il se dépose sur les parois capsulaires une couche blanchâtre non mouillable. Alors arrive un moment où le liquide s'isole tout à fait et cesse de bouillir. Les eaux savonneuses mêlées aux eaux très calcaires produisent des effets analogues.

Il est de l'essence de toute découverte de sortir tôt ou tard du domaine de l'abstraction. M. Boutigny entrevit bientôt, pour la sienne, des inductions pratiques d'une immense utilité. L'explosion si redoutable des machines à vapeur lui sembla, entre autres, trouver l'explication d'une de ses causes les plus actives dans les circonstances que nous venons de mentionner. Sous l'action d'un feu vif et continu, l'eau, selon lui, cessant d'être en proportion suffisante, prendrait la forme sphéroïdale, fournirait notablement moins de vapeur et, se gazéfiant tout à coup par une brusque et intempestive addition de liquide, ferait éclater la chaudière.

C'était beaucoup qu'un énoncé rationnel pouvant mettre sur les traces des moyens propres à prévenir de fâcheux désastres. M. Boutigny, qui en propose plusieurs fort ingénieux, ne s'en est pas tenu là. Aux données scientifiques nombreuses sur lesquelles est appuyée sa théorie, il s'est efforcé de joindre, pour en démontrer péremptoirement la réalité, des preuves expérimentales directes. Nous n'en citerons qu'une d'une signification incontestable.

On chauffe au rouge un matras métallique à tubulure, et on y introduit de l'eau qui passe rapidement à l'état sphéroïdal. Refroidit-on l'appareil, si l'ouverture reste libre, il en jaillit des flots de fumée; si on l'a fermée, le bouchon saute avec détonation à une hauteur considérable. Le vase se briserait si les parois n'étaient pas solides.

On s'est naturellement demandé le pourquoi de la sphérification. Quelques-uns ont admis que les rayons calorifères émanant des surfaces incandescentes traversaient le sphéroïde sans l'atteindre. D'autres ont supposé une force répulsive. M. Boutigny est de ce nombre. Il a constaté, au moyen d'un instrument d'optique très délicat, que le corps, outre l'intervalle qui le sépare du vase, est enveloppé d'une pellicule isolante. C'est au moment du contact que s'opérerait avec l'équilibre calorifique la dissolution rapide du sphéroïde en vapeurs.

Cette opinion semble d'autant mieux fondée, que M. Boutigny en a déduit l'interprétation de certains faits étranges réputés fabuleux, et dont la vérification n'est pas un des traits les moins singuliers de son livre original. Si, d'une part, il est parvenu à fabriquer de la glace au milieu d'une température de 600 degrés, il montre, d'autre part, qu'on peut, sans courir risque de se brûler, couper avec la main un jet de fonte incandescente, plonger son doigt dans du mercure bouillant, marcher pieds nus sur des gueuses en fusion, subir, en un mot, *l'épreuve du feu*. La seule précaution est d'avoir ces parties humectées par la sueur ou un liquide dont la métamorphose sphéroïdale les préserve en les isolant.

Force nous est de clore ces considérations. Nous aurions encore de nombreuses pages à remplir si nous voulions seulement noter ce que la notion de l'état sphéroïdal présente de fécond et d'intéressant. En chimie surtout, combien de points déjà attestent la puissance du levier mis à la portée des expérimentateurs! Mais le fait parlant de lui-même, il nous a paru suffisant, sinon préférable, de le traduire dans sa simplicité afin que, mieux saisi, chacun en comprît la valeur et les conséquences.

Du reste, en présence d'un travail qui révèle toute une face importante de la physique, on nous permettra, en terminant, de renouveler un vœu déjà par nous exprimé bien des fois. Quand donc, dans chaque série des connaissances, les savants s'entendront-ils pour former une grande famille d'où soient exclus le monopole et l'arbitraire? On se plaint souvent, et non sans raison, des obstacles qui se dressent à l'encontre des découvertes. Ce jury imposant et impartial assurerait leur rapide et légitime essor. Quel appui, quelle notoriété, par exemple, n'en eût pas obtenus M. Boutigny, qui, malgré l'éclatante ostensibilité des faits et ses qualités personnelles, surgit à peine après vingt ans d'efforts et de sacrifices! Au lieu de s'épuiser en luttant avec ses seules ressources, toutes les voies auraient été ouvertes à son ardeur; partout il eût rencontré des admirateurs et des auxiliaires. Qualifierait-on d'utopie le concert que nous souhaitons? Nous le tenons pour aisément réalisable, et, du jour marqué par son avénement, le progrès sans aucun doute marcherait à pas de géant au profit immense de l'humanité et de la justice.

DELASIAUVE.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DU RHÔNE. De l'exercice illégal de la médecine et des moyens de le réprimer, grand in-8° de 30 pages. Lyon, Mégret

DES FIÈVRES ÉRUPTIVES SANS ÉRUPTION et particulièrement de la scarlatine sans exanthème, par *Ch.-A. Buitura*, in-8° de 44 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils 1 fr. 50

ÉTUDE SUR L'ANESTHÉSIE LOCALE, dans ses applications à l'art dentaire, ou moyen de supprimer la douleur dans l'extraction des dents aussi bien que dans l'odontalgie, par M. *J.-B. George*, in-8° de 34 pages. Paris, Labé. 1 fr.

CRANIAL PRESENTATIONS AND CRANIAL POSITIONS; SUGGESTIONS, PRACTICAL AND CRITICAL, par le docteur *R.-U. West*, in-8° de 60 pages avec 4 planches. Glasgow.

HERNIA RETROPERITONEALIS. EIN BEITRAG ZUR GESCHICHTE INNERRER HERNIEN (Contribution à l'histoire des hernies intérieures), par *W. Treitz*, in-8°. Prague, chez Credner. 5 fr. 50

DER NYSTAGMUS UND DESSEN HEILUNG (Le nystagme et son traitement), par *L. Boehm*, in-8°. Berlin, chez Hirschwald. 5 fr. 50

ALLGEMEINE CHIRURGIE (Chirurgie générale), in-8°. Berlin, chez Hirschwald. 12 fr.

STUDIEN UEBER DEN ERGOTISMUS, INSBESONDERE SEIN AUFTRETEN IM XIX JAHRHUNDERT (Recherches sur l'ergotisme et particulièrement sur son apparition au XIX° siècle), par *Th.-O. Heusinger*, in-4°. Marburg, chez Koch. 4 fr.

LEHRBUCH DER HISTOLOGIE DES MENSCHEN UND DER THIERE (Traité d'histologie de l'homme et des animaux), par *F. Leydig*, in-8°. Francfort, chez Meidinger. 18 fr.

A REPORT UPON SOME OF THE MORE IMPORTANT POINTS CONNECTED WITH THE TREATMENT SYPHILIS (Rapport sur quelques points les plus importants concernant le traitement de la syphilis), par *H. Coote*, in-8°. Londres, chez Churchill. 7 fr.

CLINICAL LECTURES ON CERTAIN DISEASES OF THE URINARY ORGANS AND ON DROPSIES (Leçons cliniques sur certaines maladies des organes urinaires et sur l'hydropisie), par *R.-B. Todd*. Londres, chez Churchill. 8 fr. 25

NATURE AND ART IN THE CURE OF DISEASE (Nature et art dans la guérison de la maladie), par *J. Forbes*, in-8°. Londres, chez Churchill. 8 fr. 25

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. | PARIS, 27 MARS 1857. | N° 13.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 26 mars 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DE LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE. PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Si, dans les siècles passés, on s'attachait beaucoup trop aux définitions, et si l'on perdait en controverses de langage un temps qu'on aurait plus utilement employé à étudier les faits, en revanche, à notre époque, on ne s'astreint pas assez à donner aux mots un sens défini, clair, exact, qui puisse toujours, à première vue, rappeler nettement un ordre d'idées. Il en résulte une extrême confusion dans le langage, et dans la discussion les arguments frappent rarement le but. Je me propose, dans le présent article, d'étudier les caractères de la méthode sous-cutanée, au double point de vue de la médecine opératoire et de la physiologie pathologique, et tout d'abord je suis arrêté. Tout le monde m'accordera que, pour assigner des caractères à une chose, il faut d'abord savoir ce qu'est cette chose, c'est-à-dire la définir : car si un autre la comprend autrement que moi, les caractères que j'énoncerai lui sembleront trop nombreux, ou insuffisants, ou applicables à une chose différente plus restreinte ou plus étendue.

Qu'est-ce donc que la méthode sous-cutanée ? M. J. Guérin pense « qu'une définition *non pas nominale*, mais scienti» fique, devrait suffire pour couper court à tout débat (1). » J'avoue ne pas comprendre cette distinction entre une définition nominale et une définition scientifique. Je ne vois pas pourquoi ces deux qualités s'excluraient réciproquement; car, lorsque je dis simplement, par exemple, que la cautérisation est une méthode qui consiste à détruire les tissus vivants avec des agents physiques ou chimiques, je ne crois pas déroger à la dignité du savant.

Nous avions demandé une définition à M. Guérin : il s'est mis en devoir de la donner à l'Académie, et, par malheur, il n'a fourni qu'un principe susceptible d'applications pratiques.

Voici le principe : *Les plaies pratiquées sous la peau et maintenues à l'abri du contact de l'air ne suppurent pas et s'organisent immédiatement.* On l'appellera, si l'on veut, le principe de l'innocuité des plaies sous-cutanées. Les applications diverses de ce principe aux opérations chirurgicales constitueront la méthode sous-cutanée; ce qui, si je ne me trompe, revient à dire que *la méthode sous-cutanée est l'ensemble de toutes les opérations qu'on pratique en faisant sous la peau une section qu'on maintient à l'abri du contact de l'air.* Ainsi, point d'équivoque : les procédés au moyen desquels on divise sous la peau les tendons, les muscles, les nerfs, les veines, les ligaments, etc., sont autant de *procédés sous-cutanés* qui, par leur réunion, constituent la méthode opératoire; de même que l'application du caustique ou du fer rouge sur des hémorrhoïdes, sur des varices, sur le col utérin, sur un polype, sur un cancer, sur un os carié, etc., sont autant de dépendances de la grande méthode de la cautérisation. Tous les premiers procédés divisent quelque chose; tous les seconds détruisent quelque chose.

Je crois que la définition que je viens de donner ne gâte rien à l'intelligence de la méthode. On y sous-entend, à la vérité, le principe et le résultat, mais on indique le moyen; et quand on définit la cautérisation, on sous-entend également son principe fondé sur la propriété qu'ont certains agents de détruire nos tissus quand ils sont mis en contact avec eux.

M. J. Guérin trouvera sans doute que j'amoindris beaucoup le débat, que j'ôte à la question beaucoup de son élévation, et que je renferme prosaïquement une grande conception dans le cadre étroit d'une simple méthode opératoire ordinaire; mais, si la base que je pose est modeste, au moins tout le monde pourra l'adopter, et elle sera suffisante, si elle peut me guider ultérieurement jusqu'aux généralités les plus larges et les plus complètes.

(1) Second discours à l'Académie, *Gazette médicale*, p. 177, 1re colonne.

Il constatera, d'ailleurs, et avec satisfaction, que je ne songe nullement à contester les qualités d'une *méthode chirurgicale* à la réunion de toutes les opérations sous-cutanées.

Ayant ainsi défini la méthode, il est logique de prendre un procédé type, de l'étudier dans tous ses détails, comme fait l'anatomiste qui, pour comprendre la structure générale d'une glande, commence par étudier un lobule.

S'il y a plusieurs procédés distincts, ils seront examinés de même, puis comparés, puis rapprochés, et alors, le tour de la synthèse arrivant, la méthode sera constituée; après quoi le principe général sur lequel elle repose sera discuté en connaissance de cause. Nous rougirions presque d'adopter une marche aussi élémentaire, si nous n'étions convaincu qu'avec son aide seule on sortira du labyrinthe dans lequel la discussion erre sans guide. Il s'agit moins ici de produire des faits nouveaux que des arguments clairs; et comme je suis convaincu, avec tout le monde, du reste, de l'excellence des opérations sous-cutanées, je vais m'efforcer de prouver cette excellence comme si je m'adressais à des étudiants de première année. De même que j'ai tracé mon historique avec des textes précis, je me propose d'appuyer mes démonstrations sur des principes et des arguments connus, acceptés, simples et irréfragables.

Tout procédé sous-cutané suppose une plaie existant au-dessous de la peau; j'ajouterai que cette plaie doit porter sur des tissus, sinon absolument normaux, au moins exempts d'inflammation au moment où ils sont divisés; mais l'épithète de plaies sous-cutanées désigne, dans notre langage, deux variétés très distinctes de plaies : les unes spontanées et accidentelles, les autres artificielles ou chirurgicales. Cette division est très importante : car dans les premières il n'existe *aucune solution de continuité aux téguments*, tandis que, dans les secondes, cette solution de continuité *existe toujours;* car *jamais* on ne peut aller diviser un organe sous la peau, sans intéresser celle-ci par une piqûre qui présente 3 à 4 millimètres d'étendue, quelquefois bien davantage, quand on veut, par exemple, extraire au dehors un corps étranger articulaire.

Comme nous devons plus tard examiner scrupuleusement le rôle de l'air, constatons immédiatement :

1° Que les plaies sous-cutanées proprement dites, c'est-à-dire accidentelles, sont entièrement à l'abri du contact de l'air; d'où il résulte que les phénomènes inflammatoires dont elles pourraient devenir le siége ne sauraient être attribués à ce contact;

2° Que, par conséquent, sous ce rapport, elles sont dans des conditions beaucoup plus favorables que les plaies sous-cutanées chirurgicales.

S'il était nécessaire de citer des plaies de la première espèce, j'énumérerais la plupart des fractures simples, les ruptures tendineuses, musculaires, ligamenteuses, aponévrotiques, les luxations, les déchirures vasculaires, etc.; j'y joindrais certaines pratiques chirurgicales qui sont bien des opérations préméditées, mais qui se rapprochent des plaies sous-cutanées accidentelles par l'intégrité complète de la peau, exemples : les ruptures de cals difformes et d'ankyloses, le broiement de certaines tumeurs ganglionnaires sans lésion de la peau, etc.

Il y a des cas où ces plaies sous-cutanées accidentelles se rapprochent beaucoup des plaies sous-cutanées chirurgicales, exemples : certaines fractures du coude, de l'extrémité inférieure de la jambe, alors que la pointe d'un fragment vient faire de dedans en dehors une *petite piqûre* de quelques millimètres au tégument.

Les plaies sous-cutanées chirurgicales comprennent anatomiquement tantôt deux, tantôt trois parties distinctes. Deux sont constantes; ce sont :

1° Une *ouverture à la peau*, comprenant toute l'épaisseur de cette membrane et parvenant nécessairement jusqu'au tissu cellulaire sous cutané;

2° Un *foyer* qui répond à l'organe divisé, foyer d'autant plus spacieux que l'organe était plus volumineux, que les deux bouts se sont plus écartés. Aussi ce foyer sera nécessairement très grand après la section des muscles adducteurs fémoraux ou du sacro-lombaire, très petit à la suite de la section du nerf sous-orbitaire ou du tendon extenseur du gros orteil.

Le foyer et l'ouverture se continuent l'un avec l'autre, et, si l'on me permet une comparaison grossière, ils représentent ensemble une bouteille, un matras ampullaire, à goulot très court, à orifice très étroit. Il y a des variétés nombreuses dans la forme, les dimensions, les rapports respectifs de ces deux parties. Ainsi le foyer étant unique, il peut y avoir deux orifices, deux ponctions à la peau : exemple : le procédé de Delpech, la double ponction du tégument, que M. J. Guérin mettait encore en usage en 1840.

Réciproquement, l'ouverture étant unique, il peut y avoir deux foyers distincts, ou, si l'on veut, un foyer en bissac, lorsqu'on profite d'une seule ponction pour diviser les parties sous-jacentes dans une grande étendue au-dessus et au-dessous de la piqûre cutanée. C'est ainsi que procéda souvent M. J. Guérin dans les sections très étendues des muscles de l'épine (1).

J'ai dit que, dans ces opérations, le foyer et l'ouverture se continuaient immédiatement, et que le goulot n'avait quelquefois d'autre longueur que l'épaisseur du derme. On se souvient que Delpech avait déjà recommandé d'arriver *par un détour* jusqu'au tendon qu'on voulait diviser (2). Stromeyer avait, en 1836, réalisé cette indication en faisant un pli à la peau pour couper le sterno-mastoïdien (3); mais personne n'a insisté plus que M. Guérin sur la nécessité d'allonger le goulot, le col du matras, pour continuer ma comparaison première.

De là, la création d'une troisième région interposée entre le foyer et l'ouverture, et les séparant l'un de l'autre. Si je ne me trompe, cette addition rend le procédé sous-cutané tout à fait complet. Une opération, qui ne présenterait pas les trois conditions anatomiques que je viens d'énumérer, mériterait à peine une place dans la *vraie méthode sous-cutanée;* elle devrait être reléguée, « avec les procédés huntériens, » dans la pseudo-méthode, telle qu'elle existait avant le fameux Essai et le mémoire de 1839 et 1840 (4).

M. J. Guérin, dans son premier discours (17 février 1857), s'en explique très catégoriquement. « Il résulte de cette » manœuvre (formation d'un pli cutané et ponction à la base » de ce pli) *trois circonstances principales* qui constituent » les *caractères essentiels* du procédé de la méthode sous-» cutanée en opposition avec le procédé huntérien, qui ne le » présente pas.

» 1° La plaie cutanée est séparée de la plaie tendineuse

(1) Expériences sur les chiens, *Mémoire sur les plaies sous-cutanées*, p. 55.

(2) *Orthomorphie*, t. II, p. 330, 1828.

(3) J. Guérin, *Mémoire sur le torticolis ancien*, p. 16, 1838.

(4) J. Guérin, *Essais sur la méthode sous-cutanée*, 1841. — *Mémoire sur les plaies sous-cutanées*, 1839.

par un espace celluleux dont la longueur varie de 5 à » 10 centimètres, suivant l'extensibilité de la peau et du » tissu cellulaire.

» 2° Le trajet celluleux qui sépare les deux plaies est très étroit; il n'est pas direct, mais sinueux, concave, par suite du retour à leur situation primitive des couches soulevées dans le pli cutané et traversées dans cette situation par l'instrument ponctionneur.

» 3° Toute communication entre la plaie cutanée et la plaie tendineuse est empêchée par la pression atmosphérique, et par suite du tassement élastique des lamelles celluleuses distendues par le pli; d'où l'on peut dire que la » plaie tendineuse est lutée, absolument fermée à l'air. »

D'une manière générale, ces trois propositions de M. J. Guérin sont vraies: il faut donc autant que possible en réaliser les conditions; malheureusement la chose n'est pas toujours praticable, comme je vais le démontrer.

Première condition. Peut-on toujours séparer le foyer de l'ouverture par un espace de 5 à 10 centimètres? Évidemment non. L'extension de la peau est beaucoup trop limitée dans certaines régions. Exemples: la paume de la main, la plante du pied, les doigts, les orteils, la marge de l'anus, certaines régions occupées par des cicatrices. Il faut se résoudre, en pareil cas, à n'avoir qu'un goulot très court ou à peu près nul, et renoncer à l'un des quatre plis que M. J. Guérin a eu l'obligeance de faire connaître à l'Académie dans son dernier discours.

Deuxième condition. Le goulot, quand il existe, pourra-t-il toujours être très étroit, sinueux et concave? Évidemment non. Il ne sera pas étroit quand il devra donner passage à un corps étranger articulaire; il ne sera point sinueux, puisqu'il sera pratiqué par un instrument tranchant rectiligne, le ponctionneur; il ne sera pas concave quand on opérera dans une région plane, comme le dos par exemple: dans tous ces cas, le trajet sera évidemment direct.

Troisième condition. Je ne sais pas trop ce que veut dire le « tassement élastique des lamelles celluleuses; » mais j'admets très volontiers que le foyer est de coutume *absolument fermé à l'air*; cependant, ce fluide pourrait bien s'y *introduire à* notre époque, puisque, en 1837, M. Guérin nous dit que « l'introduction bruyante de l'air est fréquente » dans ces sortes d'opérations et propre au procédé qu'il » emploie (1). » Si, d'ailleurs, en poussant dans le vagin une injection d'*eau*, il peut y avoir passage d'*air* à travers l'intestin et les trompes, on comprendrait très bien le transport accidentel dans le foyer de la plaie tendineuse de ce fluide éminemment voyageur. Car, je ne connais pas une seule opération sous-cutanée dans laquelle le goulot ne soit infiniment plus large que l'orifice et le trajet intra-utérin des trompes de Fallope.

Mais je suppose un procédé sous-cutané complet avec son ouverture étroite, son goulot étendu, son foyer profond. Quels sont les rapports de ces trois parties? Le foyer communique avec le goulot, celui-ci avec l'orifice. Le tout forme un trajet continu. C'est donc au figuré que M. J. Guérin peut admettre une indépendance complète entre le foyer profond et la plaie de la peau; car cette indépendance n'existe pas en réalité, pas plus qu'elle n'existe entre un lac et la mer quand un fleuve déverse dans la seconde le contenu du premier. Si étroit, si long que soit le trajet intermédiaire, toute inflammation développée dans le foyer peut se propager à son aide jusqu'à l'ouverture cutanée, et réciproquement. Il faut pourtant reconnaître que l'existence de ce trajet est très utile et concourt puissamment à l'innocuité de l'opération. Voici comment: les accidents inflammatoires, lorsqu'ils surviennent, n'apparaissent ordinairement dans les plaies superficielles que du deuxième au quatrième jour; ils sont plus tardifs encore dans les plaies profondes, comme celles de la première espèce (plaies sous-cutanées accidentelles). Or, la réunion par première intention, quand elle a lieu, s'effectue, au contraire, avec une rapidité beaucoup plus grande qu'on ne se l'imagine. Vingt-quatre ou trente-six heures suffisent le plus souvent, surtout quand la plaie est petite, quand elle siége dans le tissu cellulaire, quand ses parois sont en contact immédiat et permanent, quand aucun corps étranger n'est interposé. Toutes ces conditions se trouvent réalisées au plus haut degré dans le trajet qui s'étend entre le foyer profond et la ponction cutanée; il en résulte nécessairement trois conditions très favorables: 1° à l'époque où les accidents inflammatoires ont la chance d'apparaître, il existe déjà une barrière très étendue interposée entre les deux régions extrêmes de l'opération; 2° si l'inflammation envahit le foyer profond, elle y restera confinée, car les parties molles qui circonscrivent le goulot seront presque rentrées dans l'état normal, et dès lors le pronostic de cette inflammation ne sera pas plus grave que celui d'un phlegmon ordinaire développé primitivement sous la peau; 3° si l'inflammation, au contraire, se développe autour de l'ouverture cutanée, elle aura peu de tendance à gagner le trajet de communication, d'abord parce que les phlegmasies cutanées ont plus de disposition à se propager en surface qu'en profondeur; ensuite, parce que l'épanchement plastique, qui s'est fait autour du goulot pendant la réunion immédiate de ce dernier, a précisément rendu le tissu cellulaire moins apte que jamais à la diffusion de l'inflammation. Personne n'ignore que les phlegmons se propagent très difficilement dans les régions où le tissu cellulaire sous cutané est naturellement dense ou rendu tel par des phlegmasies chroniques antécédentes.

On comprend très bien pourquoi le rôle préservateur du goulot sera d'autant plus efficace que ce goulot sera plus long. On sait, en effet, que l'inflammation vive est la plus *cruelle ennemie*, si je puis ainsi dire, de la réunion immédiate; lorsqu'elle apparaît, la matière plastique, qui a agglutiné les parties et qui est déjà en voie d'organisation avancée, est rapidement résorbée ou dissoute; ce qui rend compte des insuccès consécutifs si fréquents des réunions primitives, lorsqu'on laisse les sutures trop longtemps en place. Cette action dissolvante (1) s'étend plus ou moins loin du siége de l'inflammation. Si donc entre le foyer et la plaie cutanée nous n'avons qu'un diaphragme plastique de quelques millimètres, l'inflammation qui envahit l'un ou l'autre pourra aisément détruire cette faible barrière qui eût résisté bien mieux si le trajet isolant avait eu plus de longueur.

J'arrive ainsi à une démonstration de l'utilité du goulot sans avoir besoin d'invoquer en lui un obstacle douteux à l'introduction problématique du fluide aérien. Car remarquons qu'avant de chercher si l'air introduit dans les plaies sous cutanées est nuisible, il serait bon de démontrer l'existence de cette pénétration. M. Guérin, à la vérité, l'observait

(1) *Mémoire sur le torticolis ancien*, 1838, p. 35.

(1) J'emploie cette expression sans y attacher une grande importance. La nature intime de la désunion consécutive des plaies nécessite de nouvelles recherches.

communément en 1837; mais les autres chirurgiens ne paraissent pas avoir noté le même phénomène, et pour ma part, ayant répété la section du tendon d'Achille un bon nombre de fois à l'amphithéâtre, et deux fois sur le vivant, par le procédé de M. Bouvier, je n'ai jamais vu pénétrer l'air entre les bouts du tendon. C'est ce dont tout le monde peut s'assurer en quelques instants.

De ce que je viens de proclamer l'utilité du pli et du trajet intermédiaire, cela veut-il dire que ces précautions soient indispensables à la réussite des opérations sous-cutanées; je ne le pense pas. Stromeyer, Dieffenbach, MM. Duval, Bouvier, Stœss et bien d'autres, ne faisaient pas de pli, et il n'arrivait nul accident entre leurs mains; ce qui me conduit au dilemme suivant: ou l'introduction de l'air dans la plaie sous-cutanée amène fatalement la suppuration du foyer, ou cette introduction est innocente. Si nous admettons la première hypothèse, l'absence d'accidents dans les ténotomies faites par les chirurgiens que je viens de citer implique que jamais l'air ne s'introduisait dans ces opérations; donc leurs procédés étaient bons en réalité; et M. Guérin les calomnie quand il les accuse de favoriser « la communication facile de l'air et l'appel incessant de ce fluide au fond de la plaie tendineuse » (premier discours, 17 février).

Si nous admettons la seconde hypothèse, l'innocuité du contact passager de quelques bulles d'air avec le foyer, nous n'avons pas à nous préoccuper de tout cet attirail opératoire et théorique pour combattre un danger imaginaire. Dès lors les accidents rares qui accompagnent parfois les opérations sous-cutanées doivent reconnaître d'autres causes, et il est plus utile de les chercher que de perdre son temps à torturer les faits pour leur faire dire bon gré mal gré ce qu'ils ne disent pas.

M. Guérin lui-même a, sans y prendre garde, plaidé éloquemment la cause des procédés qu'il condamne si énergiquement aujourd'hui. Le premier accident dont il fasse mention survint chez une jeune fille de quatorze ans à laquelle il fit la section de treize muscles du dos, dans les derniers jours de l'année 1839 (1); l'air s'introduisit, à ce qu'il paraît, sous la peau. « Je modifiai, *dès lors*, dit-il, mon procédé » opératoire, ainsi que *tous mes autres procédés de ténotomie*, de manière à les mettre rigoureusement d'accord avec » le principe que l'expérience et l'observation contradictoires » *venaient de me faire conquérir et constituer.* » Est-il téméraire d'en conclure qu'avant l'opération pratiquée sur la jeune fille de quatorze ans, M. Guérin ne se doutait nullement de la fameuse théorie, et pourtant il avait pratiqué à cette époque, si j'en crois ses chiffres, au moins 1,500 sections sous-cutanées par les procédés de tout le monde et sans aucun accident.

Qu'on veuille bien relire l'*Essai sur la méthode sous-cutanée*, 1841, et en particulier les pages 20 et 22, on restera convaincu que M. Guérin ne s'est que très tardivement douté de l'influence fâcheuse de l'air qu'il ne redoutait guère en 1837, et que de plus *un seul fait* a suffi pour l'éclairer soudainement. Je veux prouver encore que M. Guérin était moins opposé qu'il ne le dit aux anciens procédés; on sait avec quelle énergie il condamnait, en 1838 (*Mémoire sur le torticolis*), la double ponction de la peau; il regardait avec raison comme tout à fait inutile de percer deux fois le tégument pour couper le sterno-mastoïdien. Eh bien! en 1840, il avait oublié déjà ce précepte si sage et renoncé même au pli cutané.

Voici un passage extrait d'une note rédigée et lue par l'auteur à l'Académie des sciences le 20 juillet 1840. Elle est intitulée: ***Résumé d'un mémoire sur le torticolis ancien et le traitement de cette difformité par la section sous-cutanée des muscles rétractés.*** J'y trouve la description d'un procédé nouveau dit ***procédé du doigt***, « qui consiste » à glisser le doigt index ou médius entre les muscles rétractés et les parties sous-jacentes en refoulant la peau au » devant du doigt, de manière à tenir les muscles isolés de » ces parties et soulevés comme sur une sonde. On fait pénétrer le ténotome sur le point correspondant à la pulpe » du doigt, on retire celui-ci au fur et à mesure que l'instru» ment s'enfonce jusqu'à ce qu'il arrive au bord opposé du » muscle, OU IL TRAVERSE UNE SECONDE FOIS LA PEAU! La section des muscles s'effectue des parties profondes aux parties » superficielles (1). » M. Guérin ferait bien de relire souvent ses œuvres et d'en donner enfin une édition expurgée.

En résumé, les anciens procédés sous-cutanés sont en général bons; mais toutes les fois que cela pourra se faire, il sera préférable de donner à la plaie les trois conditions que M. J. Guérin considère avec raison comme favorables à la réussite.

Avant de chercher pourquoi les plaies sous-cutanées chirurgicales sont généralement innocentes, jetons un coup d'œil rapide sur les plaies en général, et voyons si quelques-unes d'entre elles peuvent leur être comparées sous ce rapport. On ne saurait nier les affinités qui existent entre les plaies sous-cutanées et les solutions de continuité accidentelles par instruments piquants surtout lorsqu'elles sont très obliques, et par instruments piquants je désigne ici, non-seulement les instruments filiformes d'un petit calibre comme les aiguilles, le trocart, un fleuret, la pointe d'une épée acérée, un poinçon, etc., qui écartent les tissus autant qu'ils les divisent, mais encore les instruments tranchants dont l'extrémité est mince et étroite, comme la pointe d'un bistouri, d'une lancette, d'un couteau, des ciseaux, etc. Lorsque les blessures faites par ces instruments sont bornées aux parties molles extérieures quand elles n'atteignent ni vaisseaux ni nerfs importants, quand elles portent sur des tissus sains et que le blessé observe les précautions les plus simples, tout se passe avec la plus grande bénignité. On est bien revenu aujourd'hui des craintes exagérées qu'inspirait autrefois ce genre de blessures. J'admets, bien entendu, que les instruments vulnérants ne sont chargés d'aucune matière virulente inoculable et qu'ils ne laissent aucun corps étranger au fond de la plaie, car le pronostic ne serait plus subordonné dès lors aux minimes proportions de la blessure.

Lorsque les solutions de continuité par instruments piquants sont peu profondes, elles sont tout à fait comparables à l'une des trois parties des plaies sous-cutanées chirurgicales, c'est-à-dire à la plaie de ponction pratiquée au tégument.

Quand, au contraire, elles ont une étendue plus grande, il faut distinguer deux cas. Ces plaies sont directes, c'est-à-dire plus ou moins perpendiculaires à la surface extérieure, ou bien très obliques et presque parallèles à cette surface. Dans le premier cas, elles rencontrent aisément quelques organes importants, vaisseaux, nerfs ou viscères; alors ce n'est plus à la plaie elle-même qu'incombe la responsabilité du pro-

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 20 janvier 1840. M. Guérin dit: J'ai fait il y a trois semaines chez une jeune fille de quatorze ans, etc., etc.

(1) *Comptes rendus de l'Institut*, t. XI, p. 118, 1840.

nostic, mais bien à la blessure de ces parties; exemples : l'opération de la cataracte par abaissement, les plaies pénétrantes de poitrine, d'abdomen, etc. Dans le second cas, la plaie peut suivre un trajet très long dans le tissu cellulaire sous-cutané et à travers les muscles sans amener le moindre danger. Je prendrai comme type la plaie très oblique qu'on pratique lorsqu'on veut établir un séton : si l'on ne plaçait pas dans son trajet un corps étranger, cette plaie serait guérie en deux ou trois jours.

Les blessures de ce genre se rapprochent des plaies sous-cutanées chirurgicales parce qu'elles sont presque entièrement cachées sous le tégument; elles en diffèrent parce qu'elles manquent de foyer profond, à moins toutefois qu'un vaisseau de quelque importance ayant été blessé, le sang qui s'en échappe ne donne lieu à ce foyer en écartant les mailles du tissu cellulaire.

Dans les exemples que je viens de citer, la plaie extérieure et le goulot existent, le foyer manque ordinairement. Dans les suivants le contraire a lieu; une incision cutanée s'abouche immédiatement dans un foyer béant plus ou moins spacieux, le trajet intermédiaire fait défaut: je veux parler des *plaies* réunies par première intention et pratiquées avec les instruments tranchants. Il faut cependant distinguer ici plusieurs cas assez tranchés. — *Premier cas.* La plaie succédera à l'ablation d'une tumeur, à l'extirpation d'un os; la place qu'occupaient ceux-ci deviendra naturellement le foyer futur. Une division rectiligne ou flexueuse plus ou moins étendue portera sur le tégument et représentera, aux dimensions près, la ponction cutanée. — *Deuxième cas.* La plaie sera faite pour une autoplastie je suppose. La ligne de réunion du lambeau avec les parties avivées représentera la même ponction, les surfaces saignantes destinées à s'agglutiner laisseront entre elles un espace qui pourra devenir un foyer (je prends la blépharoplastie pour exemple). — *Troisième cas.* La plaie pénètre dans une cavité naturelle, articulation, réservoir muqueux, membrane séreuse, gaîne tendineuse, etc., qui constituera un foyer tout préparé. — *Quatrième cas.* La plaie portera sur la continuité d'un membre, du tronc ou de la face; elle n'occupera que l'épaisseur du tégument et s'arrêtera au tissu cellulaire sous-cutané. Si celui-ci est détruit aux alentours de la plaie, ou en d'autres termes si les lèvres cutanées sont décollées et flottantes, nous aurons les conditions nécessaires à la formation d'un foyer. Si, au contraire, le tissu cellulaire reste intact, ou s'il manque presque complétement, comme aux lèvres, au sourcil, au menton, au nez, il n'y aura pas de foyer; la solution de continuité sera le seul élément de la blessure; celle-ci ne différera de la ponction des plaies sous-cutanées que par ses dimensions.

Toutes ces plaies, réunies par première intention, avec les précautions nécessaires, et alors qu'elles sont récentes, se trouvent immédiatement placées dans les conditions matérielles des plaies sous-cutanées; l'air n'y pénètre plus, et si le contact passager de ce fluide ne les a pas fâcheusement impressionnées (ce que nous examinerons plus loin), il semble que rien ne devrait s'opposer à ce qu'elles présentassent bientôt toutes les phases successives de la cicatrisation primitive; et en effet, dans un certain nombre de cas, ce travail heureux s'accomplit, ce qui me dispense de produire de nouveaux faits pour démontrer qu'il est possible.

Personne, je crois, ne contestera la légitimité d'un rapprochement établi entre les plaies sous cutanées chirurgicales et les plaies réunies par première intention. M. J. Guérin, d'ailleurs, en cas de besoin, viendrait à mon secours; car, en 1839, il écrivait ces deux phrases tout à fait explicites : « Lorsqu'on examine ce qui se passe entre les lèvres d'une plaie qui se réunit par adhésion immédiate, on trouve exactement la même série de phénomènes que dans l'organisation immédiate des plaies sous cutanées... (p. 65). Le mécanisme de l'organisation des plaies sous-cutanées est le même que celui de la réunion adhésive... (p. 70) (1). »

On voit que j'ai pris le plus long chemin pour arriver à établir l'affinité intime et incontestable qui réunit quatre espèces de lésions traumatiques, savoir :

Les solutions de continuité sous-cutanées accidentelles;
Les plaies sous-cutanées chirurgicales;
Les plaies très étroites et très obliques;
Les plaies réunies par première intention.

Cette famille naturelle présente une foule de caractères communs, connus et appréciés depuis longtemps, et que révèle l'expérience de tous les jours. Ces caractères sont les suivants :

1° L'inflammation vive, la suppuration, la gangrène, la suppuration, la réaction générale, sont rares; par conséquent, les intoxications, les accidents généraux si graves, consécutifs à l'inflammation intense, à la formation du pus, à la stagnation, à la résorption de ce fluide, n'apparaissent point tant que leur cause fait défaut. De là une bénignité relativement très grande par rapport aux plaies que le tégument ne recouvre pas.

2° Le mécanisme de la guérison est essentiellement le même dans toutes ces plaies; il se compose d'un certain nombre d'actes organiques successifs dont l'ensemble est désigné sous les dénominations impropres ou non d'*inflammation adhésive*, de *réunion immédiate*, de *cicatrisation par première intention.*

3° Une même circonstance, fortuite ou provoquée, s'observe dans tous ces cas : je veux parler de l'ABSENCE DE CONTACT PERMANENT *entre les surfaces saignantes et l'air atmosphérique.* Je dis « contact permanent, » parce que, dans une foule de cas, l'exposition passagère des surfaces divisées avec le fluide aérien ne modifie nullement la marche ordinaire et favorable du travail de cicatrisation particulier à ces plaies.

4° Le tégument naturel n'a, de coutume, subi dans tous ces cas aucune perte de substance. Si cette perte de substance existe, elle est immédiatement comblée par le rapprochement des lèvres ou par un épanchement plastique rendu bientôt imperméable par la dessiccation (croûtes), il en résulte l'*absence du travail organique nécessaire à la formation de la membrane dite des bourgeons charnus*, travail qui, jusqu'à nouvel ordre, paraît l'accompagner toujours.

Mais dire que l'inflammation vive, la suppuration, etc., sont rares, implique que ces accidents arrivent quelquefois : ceci ne saurait être contesté pour aucune des quatre classes de lésions que nous avons réunies, et trop souvent pour les plaies réunies. Dès lors la nature du travail curatif change, le pronostic devient beaucoup plus grave; car toutes les éventualités funestes des plaies exposées surgissent aussitôt.

Rien ne saurait être plus utile que de rechercher les causes de ces insuccès, et je dirai comme M. Malgaigne (discours du 27 janvier) que, « le jour où l'on pourra trouver ces causes, ce jour-là la chirurgie aura accompli un de ses plus grands progrès. » S'il y a identité, comme le pensait M. J. Guérin en

(1) *Mémoire sur les plaies sous-cutanées*, 3e édition, à la suite de l'*Essai sur la méthode sous-cutanée*, 1841.

1839, comme l'a dit M. Bouley, et comme je le crois moi-même avec J. Hunter autrefois, et tout le monde, en 1857; s'il y a, dis-je, identité entre les phénomènes de la réunion immédiate et ceux de la cicatrisation des plaies sous-cutanées, il est, je l'affirme, très logique de conclure que toutes les causes qui font manquer la réunion immédiate peuvent faire manquer la cicatrisation des plaies sous-cutanées. Parmi ces causes, je trouve l'exposition *permanente* d'une partie de la plaie au contact de l'air. J'admets sur-le-champ que l'exposition *permanente* d'un foyer sous-cutané avec l'air fera suppurer ce foyer. Mais cette cause est-elle unique? L'étendue des incisions, la nature des organes blessés, l'attrition des parties molles, les corps étrangers, les influences d'âge, de constitution, les régions diverses, les saisons, les écarts de régime, etc., ne sont-ils pour rien dans les revers, et faut-il les supprimer audacieusement au profit exclusif d'une cause unique fort contestée? Pour ma part, je proteste énergiquement contre cette tendance erronée, dangereuse; car où cela conduirait-il les chirurgiens, sinon à l'exagération la plus nuisible, à l'illusion la plus funeste? Une plaie étant donnée, et la seule indication se tirant de la présence ou de l'absence de l'air, ils s'évertueraient, négligeant toute autre précaution, à préserver la plaie de ce fluide, puis se croiseraient les bras et s'endormiraient dans une fausse sécurité; ou bien, oubliant les sages conseils de Hunter (1), ils abuseraient de la réunion immédiate et la mettraient en usage dans des cas où elle est tout à fait contre-indiquée et peut devenir nuisible. Je suis convaincu que M. Guérin, s'il avait fait de la chirurgie générale, serait tombé dans ces excès; ou bien l'expérience aurait bientôt modifié les opinions qu'il adoptait autrefois. (*Mém. sur les plaies sous-cutanées*, p. 68 69.)

Non, ce n'est point ainsi qu'il faut procéder : l'air, sans contredit, est nuisible aux plaies saignantes; de concert avec d'autres causes, il prédispose puissamment à l'inflammation. Dans quelle proportion? C'est ce qu'il faut chercher. Aussi, dans le prochain article, nous appliquerons-nous à lui faire une part, et cette part sera large. Mais nous étudierons parallèlement les causes congénères.

(1) *Œuvres complètes*, traduction française, t. III, p. 293; 1840.

(*La suite à un prochain numéro.*)

AR. VERNEUIL,
Agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

On commence à devenir injuste envers M. Malgaigne. On le gourmande comme si son dernier discours ne se composait absolument que d'amères récriminations. Nous aussi nous croyons que la déférence due à l'assemblée devant laquelle on parle commande le sacrifice des griefs personnels et cette modération de langage que le goût peut allier à la plaisanterie; mais en même temps nous ne perdons pas de vue un intérêt plus grand que celui d'une joûte oratoire, l'intérêt historique, et nous constatons que, dans le fond, l'argumentation de M. Malgaigne met à nu de très sérieuses inexactitudes commises par M. Guérin, et l'inanité de ses revendications à la *découverte* de la méthode sous-cutanée.

— Mardi dernier, M. DEVERGIE a été élu membre titulaire de l'Académie de médecine dans la section d'hygiène et de médecine légale. L'élection a été fort disputée par M. Tardieu, à qui nous souhaitons maintenant que M. Devergie, arrivé le premier, tende la main.

A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ÉTUDE SUR L'ANATOMIE DU RECTUM ET DE L'ANUS, SUR CELLE DES PARTIES QUI LES AVOISINENT ET SUR LES MALADIES QUI LES AFFECTENT, par le docteur AUG. MERCIER (1).

I. — Partie anatomique.

Quand on considère l'anatomie descriptive dans son ensemble, on est tenté de la regarder comme une science à peu près faite; mais essaye t on de pénétrer dans les détails et de passer à l'application, qu'il s'agisse d'expliquer des phénomènes physiologiques ou pathologiques, on rencontre aussitôt des erreurs, des obscurités, des inconnues, et souvent sur des points de la plus haute importance. C'est du moins ce qui m'est arrivé chaque fois que j'ai voulu aborder quelque nouveau sujet d'étude, et c'est ce qui m'arrive encore aujourd'hui que j'entreprends de dire quelques mots sur les maladies du rectum.

Lorsque cette dernière partie du canal alimentaire a été dégagée des organes qui l'entourent, surtout si l'on a fait choix d'un rectum de vieillard, dont la couche musculaire est habituellement hypertrophiée et presque aussi rouge que les muscles de la vie animale, on remarque à sa face antérieure une intersection aponévrotique qui, bien que presque aussi évidente que celle des muscles droits antérieurs de l'abdomen, n'a cependant été signalée par personne avant 1840, époque où j'en ai parlé dans mes *Recherches sur les maladies des organes urinaires et génitaux des hommes âgés*, p. 66. Cette intersection, que j'ai décrite plus complètement, en 1845, dans la *Gazette médicale*, p. 147, et dans mes *Recherches sur les rétrécissements de l'urèthre*, p. 12, a la forme d'un V; sa pointe correspond à la portion membraneuse de l'urèthre, ses branches aux bords latéro-postérieurs de la prostate, et leur écartement à la face postérieure de cette glande, qui est unie au rectum par un tissu cellulaire mince, dans lequel il ne s'accumule jamais de graisse, quoi qu'on en ait dit.

Ce V aponévrotique joue un très grand rôle dans le mécanisme du bassin et des fonctions qui s'y opèrent. Si nous l'isolons par la pensée, nous verrons qu'un grand nombre de parties y convergent et s'y réunissent.

1° Les fibres longitudinales du rectum étant coupées par lui, on peut supposer que les supérieures, formant un plan continu assez épais, viennent s'y rendre, et que les inférieures, moins nombreuses, en partent pour gagner l'anus.

2° Les bords latéro-postérieurs de la prostate et la portion membraneuse de l'urèthre lui sont intimement unis par des attaches fibreuses. Des moyens d'union analogues existent, chez la femme, entre le rectum et le vagin; c'est ce qui a sans doute fait dire à Sabatier que les fibres longitudinales antérieures du premier semblent se porter sur le second (*Anat.*, t. II, p. 322).

3° Le muscle que j'ai décrit, dans le Ier volume de mes *Recherches*, sous le nom de *pubio-prostatique*, après sa naissance derrière la symphyse pubienne, au-dessous des ligaments antérieurs de la vessie, ou, pour parler d'une ma-

(1) Cette étude a été entreprise à propos d'un ouvrage du docteur Richard Q... intitulé : *The Diseases of the Rectum*, dont M. le rédacteur du *Journ. hebd. de méd. et de chir.* m'a demandé de faire l'analyse. J'ai profité de cette occasion pour exposer quelques idées qui me sont propres : c'est ce qui explique le caractère mixte de ce travail.

nière plus vraie, au-dessous des tendons des fibres longitudinales antérieures de la vessie, va se rendre à la saillie qu'on remarque en haut du bord latéro-postérieur de la prostate ; mais il envoie aussi quelques fibres à la partie supérieure de la branche correspondante du V. On pourrait même dire qu'il lui en envoie dans toute sa longueur, si l'on considérait comme faisant partie de ce muscle un plan de fibres qui semble le prolonger en bas, fibres blanchâtres, moins brillantes et plus friables que celles des aponévroses, entremêlées d'un lacis de capillaires veineux assez développés, surtout chez les vieillards, pour leur donner souvent une couleur brunâtre, et qui, partant également de la symphyse pubienne, côtoient la face correspondante de la prostate et de la région membraneuse auxquelles elles adhèrent, pour se rendre en arrière, à la même intersection. M. Jarjavay, n'ayant pas remarqué celle-ci, a cru que quelques-unes des fibres en question se jettent parmi les fibres longitudinales du rectum (1).

4° En dehors de ce qui précède s'insère, à la même intersection, le fascia représenté par Lecat sur sa planche VI, sous le nom de *tissu ligamenteux et aponévrotique qui recouvre les prostates et les attache aux pubis*, et décrit par M. Denonvilliers sous celui d'*aponévrose latérale de la prostate*. Ce fascia ne se prolonge donc pas sur les parties latérales du rectum comme l'a dit ce dernier (*Thèse;* Paris, 1837, p. 21).

5° Plus en dehors, l'intersection donne, jusqu'à sa pointe, attache aux fibres *internes* de la portion inférieure du muscle *pelvien*, improprement appelé *releveur de l'anus* (nous verrons plus loin ce que deviennent les externes) ; c'est donc à tort que M. Gosselin dit que ces fibres se perdent dans le tissu cellulaire qui unit la prostate au rectum (*Arch. de méd.*, fév. 1845). Dès 1839 je les avais décrites comme se continuant avec les fibres longitudinales antérieures du rectum par l'intermédiaire de l'intersection aponévrotique (*Bull. Soc. anat.*, t. XIV, p. 321 ; *Rech.*, etc., p. 66) : c'est qu'en effet cette intersection est leur rendez-vous commun (2).

6° Plus en dehors encore s'insère l'aponévrose moyenne du périnée, nommée *diaphragme inférieur* par J.-L. Petit (*voy.* Garengeot, *Opér.*, 3e édit., t. II, p. 36 ; 1740), décrite par Winslow sous le nom de *ligament interosseux des os pubis*, par Colles sous celui de *ligament triangulaire*, et par Carcassone sous celui de *ligament périnéal*. On pourrait même, ainsi que je l'ai également démontré en 1839 à la Société anatomique, considérer cette aponévrose comme composée de fibres qui, partant de l'intersection que j'étudie, vont se rendre, en divergeant à la manière d'un éventail, aux différents points de l'arcade pubienne, et auxquelles se surajoutent, comme pour les renforcer, d'autres fibres qu'il ne rentre pas dans mon sujet de décrire (*Bull. Soc. anat.*, 1839, p. 322). Aucun anatomiste n'a cherché à établir d'une manière précise les rapports de cette aponévrose avec le rectum. M. Sappey, qui l'a essayé, a commis une erreur évidente, lorsqu'il a dit que « la partie moyenne de sa face supérieure est en rapport avec la face inférieure de la prostate, *qu'elle sépare du rectum.* » (*Rech. sur l'urèthre*, p. 43.)

7° Dans un espace qui résulte de la réflexion de l'aponévrose latérale de la prostate abandonnant la portion membraneuse pour se porter sur la face supérieure de l'aponévrose moyenne, se trouve un muscle que Santorini a décrit et figuré chez la femme sous le nom de *dépresseur de l'urèthre* (*Obs. anat.*, cap. XI, § IV, tab. 2, fig. 1, F), et qu'il a trouvé ensuite chez l'homme, ainsi que le témoignent ses planches posthumes, publiées à Parme, en 1775, par Mich. Girardi (tab. 15, fig. 3, F). Ce muscle, qui a été retrouvé par M. Guthrie, naît à peu près vers la jonction de la branche descendante du pubis avec la branche ascendante de l'ischion, se dirige obliquement en dedans, en avant et en haut, sur la portion membraneuse au-devant de laquelle il s'étale, et s'unit à son congénère. M. Guthrie dit qu'une partie de ses fibres s'unit également avec celles du côté opposé derrière l'urèthre (*Anat. and Diseases of the Neck of the Bladder ;* 1834, p. 40), ce que nie M. Jarjavay. Suivant celui-ci, « les faisceaux les plus postérieurs se recourbent en arrière pour gagner les fibres longitudinales antérieures du rectum » (*loc. cit.*, p. 140). La divergence est ici beaucoup plus apparente que réelle : ces faisceaux vont se rendre à la pointe du V aponévrotique que ces auteurs n'ont pas vu ; de sorte que l'un a pu dire qu'ils passent derrière l'urèthre pour s'unir à leurs congénères, et l'autre qu'ils gagnent les fibres longitudinales du rectum. La vérité, c'est que toutes ces fibres musculaires se rendent à un point commun.

Les fibres supérieures du sphincter de l'anus, le transverse et le fascia superficiel du périnée ont-ils des connexions avec la partie inférieure de l'intersection ? Je le crois ; mais je ne m'en suis pas assuré. S'il en était ainsi, les muscles que je viens de nommer tireraient son extrémité en bas et en arrière, et seraient antagonistes des fibres que les muscles pelviens envoient à la même intersection.

Quoi qu'il en soit, on voit que ce V est pour ainsi dire le

(1) *J'ai dit*, lorsque j'ai fait connaître le muscle pubio-prostatique, qu'il avait été *décrit par* Winslow ; mais en examinant le texte de cet auteur avec plus de soin, il est devenu évident pour moi que ce qu'il donne sous le nom de *prostatique supérieur* est une portion du releveur de l'anus dont il sera parlé plus loin ; car il dit qu'il s'attache aux *petites branches du pubis, à côté des insertions de l'obturateur interne* (*Expos. anat.*, éd. de 1752, t. IV, p. 54). Il en est certainement de même de l'*élévateur ou adducteur de la prostate* de Santorini, qu'il décrit et représente comme formant une *anse immédiatement au-dessus du bulbe* et comme *tirant l'urèthre en avant* (*Obs. anat.*, cap. X, § 4). Quant aux fibres blanchâtres qui recouvrent la prostate, et la portion membraneuse, Duverney les regarde comme *charnues* (*Œuvres anat.*, t. II, p. 272). Les recherches habiles de M. Jarjavay semblent favorables à cette opinion (*Sur l'urèthre de l'homme*, p. 87). J'avais exprimé quelques doutes à cet égard ; cependant je ne m'étais pas prononcé positivement (*Rech.*, etc., p. 27) ; ce que j'ai nié sans réserve, c'est que la tunique externe de la région membraneuse fût elle-même musculeuse, comme le voulait Amussat, qui, indépendamment des fibres précédentes, trouvait, dans cette région, *la même organisation que celle de la vessie* (*Arch. de méd.*, 1re série, t. IV, p. 42).

(2) J'ai dit, dans la note précédente, que cette portion du muscle pelvien avait été décrite comme muscle à part par Santorini et Winslow. Je persiste à croire qu'il en est de même de Wilson. MM. Gosselin et Jarjavay assurent que je me trompe et que le muscle de Wilson se compose des fibres annulaires qui entourent immédiatement la région membraneuse. A cela je réponds : Wilson décrit et figure un tendon arrondi à sa naissance et s'aplatissant ensuite ; il critique même Baillie de n'avoir démontré que des fibres orbiculaires (*Med. Chir. Trans.*, t. I, p. 178). M. Jarjavay sort de cette difficulté en affirmant que les attaches vues par Wilson étaient le résultat de sa dissection. Et cependant celui-ci dit ce muscle très facile à trouver et l'avoir disséqué au moins 50 fois (*Lect. on Urin. Org.*, p. 155) ; il dit même que *quelques fibres, vers sa partie inférieure, semblent parfois être unies avec celles du releveur de l'anus*. Il ajoute, il est vrai, qu'il est ordinairement facile de les séparer en coupant une membrane celluleuse, et M. Jarjavay en conclut qu'il s'agit là de l'aponévrose latérale ; mais s'exprimerait-il ainsi à propos d'un muscle qu'on ne pourrait découvrir qu'après avoir enlevé et le releveur et cette aponévrose ? Ne s'agit-il pas plutôt d'un interstice celluleux séparant deux portions d'un même muscle ? Quant à M. Gosselin, quand il dit que le muscle de Wilson est formé de fibres annulaires n'entourant que la partie de la région membraneuse *la plus rapprochée du bulbe*, il me paraît n'avoir vu que le muscle que nous allons étudier et dont il avait coupé les attaches aux branches ischio-pubiennes. Wilson représente son muscle recouvrant en partie la prostate.

Quoi qu'il en soit, cette portion du muscle pelvien joue certainement le principal rôle dans la production des spasmes si fréquents dans cette région, et, quand on y introduit alors un instrument, il ne faut jamais oublier la forte courbure qu'il lui imprime. Wilson a signalé cette action, déjà reconnue par Santorini (voir la note précédente) ; or des fibres annulaires pourraient-elles la produire ? Admettons même que les fibres qui entourent immédiatement l'urèthre ne soient pas annulaires, et qu'elles aient des attaches aux pubis, leur partie contractile aurait-elle assez de longueur, assez de portée, pour entraîner l'urèthre en avant d'une manière sensible ? Ce ne sont donc pas ces dernières que Wilson a décrites.

nœud central du bassin ; que là se trouvent maintenus fixes et presque immobiles, non-seulement la prostate et la région membraneuse de l'urèthre, mais encore la paroi antérieure du rectum. De là vient que sa dernière courbure ne peut s'effacer, que sa paroi antérieure ne peut se rapprocher de la postérieure, et que, par conséquent, sa cavité forme constamment une ampoule inférieurement. Nous en tirerons plus loin quelques autres conséquences.

Si maintenant nous réfléchissons que la pointe antérieure du sphincter anal a des connexions intimes avec le bulbe et l'extrémité postérieure du bulbo caverneux, où trouverons-nous, entre l'extrémité du rectum et la région membraneuse, cet espace triangulaire que beaucoup d'anatomistes décrivent ? Où trouverons-nous cette « masse de tissu cellulaire graisseux qui, au dire de Dupuytren, remplit l'espace compris entre le rectum, le bulbe et la portion membraneuse? » Ce célèbre chirurgien aurait été plus près de la vérité, s'il n'eût pas borné « à l'union du sphincter externe avec le bulbo-caverneux et les transverses, » et s'il eût prolongé jusqu'à la pointe de la prostate « un noyau ou centre musculaire situé sur la ligne médiane, à 8 ou 9 lignes de l'anus, et formé par une masse épaissie, consistante et dure, *plus que ne l'est ordinairement le tissu musculaire, et où des tissus fibreux se trouvent entremêlés à des tissus musculeux*, renflement d'autant plus important à connaître qu'il cache et qu'il protége la portion membraneuse de l'urèthre, qu'on ne peut atteindre qu'après avoir profondément et largement incisé cette masse. » (*Mémoire sur une nouvelle manière de pratiquer l'opération de la taille ;* gr. in-fol., p. 18 et 26; 1836.)

Ce sont ces moyens d'union qui m'ont fait dire, il y a quelques mois, qu'il est moins facile qu'on ne pense de séparer, sur le vivant, la région membraneuse et la prostate de la face antérieure du rectum. (*Recherches sur le traitement des maladies des hommes âgés, des rétrécissements, de la gravelle et de la pierre,* etc., p. 607.)

Si l'on se rappelle, en outre, ce que j'ai surabondamment démontré, quoiqu'on répète et qu'on représente tous les jours le contraire, qu'*au niveau du vérumontanum et au-dessous, la prostate n'a jamais, derrière l'urèthre, plus de 3 à 6 millimètres d'épaisseur*, on se demandera s'il n'en résultera pas une contre-indication de la taille médiane qu'on a voulu dernièrement remettre en honneur, et si ce n'est pas seulement grâce à la laxité des adhérences de la muqueuse du rectum qu'on ne pénètre pas infailliblement dans la cavité de cet intestin quand on la pratique.

Chacun sait que, si l'on introduit un doigt dans ce conduit pendant qu'on passe une sonde dans l'urèthre, on la sent pour ainsi dire à nu jusque près du col de la vessie ; aussi est-il difficile de comprendre comment les anatomistes, même les plus modernes, ont pu décrire et représenter une si grande épaisseur de tissus entre ces deux canaux. Qu'on jette, par exemple, les yeux sur les belles planches de M. Jarjavay, on verra que, quoiqu'elles soient loin de grandeur naturelle, elles représentent un intervalle de 15 à 25 millimètres entre la partie la plus antérieure de l'ampoule rectale et la face postérieure des régions prostatique et membraneuse ; et cependant l'auteur prend soin de nous dire que ses coupes ont été faites sur des sujets congelés. C'est que de pareilles coupes ne sont pas faciles à faire : c'est sur des sujets congelés que j'ai recherché la forme de l'urèthre, et si mes résultats, que M. Jarjavay trouve satisfaisants dans certains points, ne le sont pas autant dans d'autres, c'est que la méthode peut être fautive. Je le dis hautement, et j'ai la ferme confiance qu'on ne me démentira jamais pièces en main : *Au-dessous de la portion sus-montanale* (moyenne) *de la prostate*, dont l'épaisseur varie beaucoup selon les âges, *au-dessous du passage des canaux éjaculateurs par conséquent, et jusqu'à l'aponévrose moyenne du périnée, on ne trouvera jamais un intervalle de plus de 6 à 8 millimètres entre les cavités uréthrale et rectale.* Ce fait, que les auteurs donnent comme une exception rare, est une règle peut-être sans exception. Je me fonde sur l'examen de plusieurs centaines de prostates, la plupart hypertrophiées.

Je reviens à la structure du rectum.

Nous avons vu comment se comportent ses fibres longitudinales antérieures.

Les postérieures descendent jusqu'en bas, et il en est de même des latérales. Mais à celles-ci se joignent des fibres assez nombreuses, qui sont *les plus externes* de la portion inférieure du muscle pelvien ou releveur de l'anus, et que j'ai démontrées en même temps que d'autres parties de ce muscle, en 1839, à la Société anatomique (*loc. cit.*).

Tandis que les internes, après leur naissance à la face postérieure du corps du pubis, vont se rendre en partie à la branche correspondante du V aponévrotique jusqu'à sa pointe et en partie au raphé coccy-anal avec celles du plan supérieur, les externes, partant de cette même face et principalement de la face interne de la branche descendante, au-devant et au-dessous des insertions de l'obturateur interne, glissent sur la face supérieure de l'aponévrose moyenne ; puis, arrivées au niveau de la partie libre de son bord postérieur, elles se réfléchissent sur lui comme sur une poulie de renvoi, et, descendant sur la face correspondante du rectum avec ses fibres longitudinales, toutes vont s'épanouir dans les téguments de la marge de l'anus, croisant à angle droit les fibres des sphincters interne et externe entre lesquels elles passent.

Ces dernières fibres du muscle pelvien sont donc celles qui méritent à plus juste titre le nom de *releveatrices de l'anus*, en même temps qu'elles en sont *dilatatrices*, comme les fibres longitudinales du rectum. Santorini me paraît les avoir connues et décrites sous le nom de *sphincteris lacertus ;* seulement il ne les a pas suivies entre les sphincters, et il a confondu leur extrémité rectale avec l'extrémité postérieure de celles des fibres précédentes qui vont se rendre au raphé coccy-anal, ce qui changerait complétement leur fonction, puisque, parallèles aux fibres supérieures du sphincter externe, dont elles feraient pour ainsi dire partie, non-seulement elles relèveraient à peine l'anus, mais encore elles contribueraient à le fermer, bien loin de servir à sa dilatation. Cet auteur les dit plus fortes chez la femme que chez l'homme (*loc. cit.*, cap. X, § III, tab. 2, fig. 1).

Nous comprenons maintenant comment les fibres longitudinales du rectum, prenant un point fixe sur tout le pourtour de l'arcade pubienne par l'intermédiaire des aponévroses et des faisceaux musculaires qui se rendent au V aponévrotique, peuvent raccourcir l'intestin et dilater l'anus, pour concourir à l'expulsion de la masse stercorale.

Disons quelques mots du rôle des fibres circulaires.

On sait qu'elles forment, dans toute l'étendue du rectum, une couche continue plus épaisse et plus rouge que dans les petits et gros intestins. Toutefois leur couleur et leur épaisseur se font remarquer surtout en bas, et près de l'anus leur agglomération est telle, qu'on a donné au renflement annulaire qui en résulte le nom de *sphincter interne*.

Le docteur O'Beirne (de Dublin) a posé en fait que les fibres

irculaires des 5 ou 6 pouces supérieurs du rectum sont toujours contractées, que les matières sont retenues ainsi dans l'S iliaque du côlon, et qu'elles ne descendent dans l'ampoule rectale que quelques minutes avant l'évacuation (voir *Arch. gén. de méd.*, sept. 1833). M. Nélaton est allé plus loin : il dit s'être assuré qu'il existe, à 4 pouces environ au-dessus de l'anus, un renflement de ces fibres formant un véritable sphincter supérieur, haut de 6 à 7 lignes en avant et d'un pouce en arrière, et que c'est à lui que sont dues les particularités signalées par O'Beirne (*Anat. chir.* de M. Velpeau, 2ᵉ édit., t. Iᵉʳ, p. xxxviij). Pour ces auteurs, les sphincters inférieurs ne seraient que des auxiliaires dans la rétention des matières fécales.

MM. Raige-Delorme (*Dict. de méd.*, t. X, p. 358) et Pétrequin (*Anat. méd.-chir.*, p. 434) ont fait, à cet égard des réserves qui me paraissent parfaitement fondées.

On trouve habituellement, en effet, les parois de l'extrémité supérieure du rectum rapprochées ; mais n'est-ce pas simplement parce qu'à cette hauteur elles sont libres d'obéir à leur tonicité ? La preuve qu'elles n'opposent pas une grande résistance au passage des matières, c'est que, quoi qu'en ait dit O'Beirne, un lavement bien dirigé passe habituellement avec facilité dans l'S iliaque ; de même que, pour peu qu'on analyse en anatomiste ce qu'on éprouve en état de santé et de maladie, on ne tarde pas à s'assurer que les matières gazeuses, liquides ou même solides, passent sans difficulté de l'S iliaque dans le rectum ; on les sent même assez souvent remonter de l'un dans l'autre, quand on résiste au besoin de les rendre.

Souvent, il est vrai, on ne rencontre pas de matières fécales dans le rectum ; mais on n'a pas suffisamment réfléchi que, même dans les parties les plus élevées du canal digestif, la progression de ces matières ne se fait pas par un mouvement continu, de manière à en amener sans cesse des quantités nouvelles à l'extrémité de l'S iliaque, que cette progression ne se fait au contraire qu'avec lenteur, au moyen de contractions péristaltiques séparées par de longs intervalles, surtout dans les gros intestins, et surtout encore dans l'S iliaque, partie très flexueuse et où ces matières ont acquis leur maximum de condensation ; on n'a pas suffisamment remarqué non plus que, lorsque la défécation a lieu, la contractilité de ces organes se trouve excitée, et qu'il en résulte l'expulsion de matières qui étaient encore assez éloignées quand cette opération a commencé. Est-il donc étonnant qu'il faille un certain temps pour qu'il en arrive de nouvelles au rectum.

Et puis est-il vrai que, dans l'intervalle d'une défécation à l'autre, il ne se trouve jamais, ou du moins il ne se trouve que très peu de fèces dans cet intestin? Non : l'examen direct ou fait par le vagin prouve que le contraire n'est pas rare, et, ce qui ne l'est pas moins encore, c'est que, dès qu'il s'en est aggloméré une quantité notable, le besoin de l'expulser se fait sentir.

J'étais, il y a peu d'années, convaincu de l'existence d'un sphincter supérieur; mais, réfléchissant depuis sur ces résultats de l'observation, j'ai recherché ce muscle, et je n'ai rien trouvé d'appréciable ou de constant, surtout quand j'avais soin de ramener à un diamètre égal les diverses parties de l'intestin, précaution sans laquelle la couche de fibres circulaires aurait en épaisseur ce qui lui manquerait en longueur. Je ne voudrais pas soutenir qu'il n'y a jamais là une agglomération de fibres un peu plus grande que dans les parties voisines ; mais, qu'il s'y trouve constamment un véritable sphincter soumis presque à la volonté, capable de se passer des autres dans certaines circonstances, et dont ceux-ci ne sont que les auxiliaires, comme le dit O'Beirne : voilà ce que je ne puis admettre.

Je n'ai rien à dire de la membrane séreuse que le péritoine fournit au rectum, ni de sa membrane fibreuse. Quant à sa muqueuse, je rappellerai seulement qu'elle est lâchement unie à la couche sous-jacente, surtout en bas, et qu'elle forme des plis, les uns longitudinaux, les autres circulaires, au sujet desquels les opinions offrent quelques divergences, en raison probablement de ce qu'ils dépendent de circonstances souvent accidentelles, telles que l'habitude de résister plus ou moins au besoin d'aller à la selle, de faire, quand on y satisfait, des efforts plus grands ou plus prolongés, etc.

Au sujet des vaisseaux, je trouve dans l'ouvrage de M. Quain une description et des figures qui méritent attention. « Le rectum, dit-il, est amplement fourni de sang. Les vaisseaux vus sur sa face externe sont larges, et ils envoient par intervalles, à travers la tunique musculaire, des branches qui se ramifient entre elle et la muqueuse. Mais, indépendamment de leur position par rapport aux tuniques de l'intestin, leur arrangement n'est pas le même dans toute son étendue. Dans la plus grande partie, les artères et les veines (je suppose que ces deux ordres de vaisseaux suivent la même marche) pénètrent la couche musculaire à courtes distances, et en même temps se divisent en petites branches qui prennent une direction transversale et forment un réseau par leurs communications avec les subdivisions d'autres vaisseaux pareils. A la partie inférieure de l'intestin, dans une étendue de cinq pouces environ, l'arrangement est très différent. Là les vaisseaux ont une longueur considérable, et leur direction est longitudinale. Pénétrant à des hauteurs différentes, ils se dirigent parallèlement en bas vers l'orifice. Dans ce trajet, ils communiquent entre eux par intervalles ; mais c'est surtout près de l'anus que ces communications sont nombreuses. Les artères, dans cet endroit, s'anastomosent par des branches transversales d'un bon volume ; les veines forment des anses, et communiquent entre elles avec une égale facilité. » Nous verrons plus loin quelles conséquences l'auteur tire de ce qui précède, et nous bornerons là ces études anatomiques.

(*La suite prochainement.*)

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Profanation de cadavres. — Délire érotique.

Monsieur le Rédacteur,

C'est dans le recueil des *Annales médico-psychologiques* (année 1849, p. 360) que se trouve l'article de M. Lunier que j'ai cité et qui a paru sous le titre de : *Examen médico-légal d'un cas de monomanie instinctive* (affaire du sergent Bertrand). Il est dit, à la page 376 : « La déposition de M. Pajot a fait un instant supposer » que Bertrand mangeait la chair des cadavres qu'il déterrait.... »

La rectification de M. le docteur Pajot dans votre numéro du 20 mars établit le fait sous son véritable jour.

Je n'ai qu'une observation à ajouter. N'ayant pas à ma disposition les pièces primitives du procès, j'ai dû m'en rapporter à l'appréciation de M. le docteur Lunier. D'un autre côté, je ne pouvais soupçonner, à la lecture de l'article de mon honorable collègue de l'asile de Blois, qu'il s'agissait de la déposition d'un médecin expert désigné par le commissaire de police. J'ai donc attribué à un

simple témoin l'opinion qui revenait à M. le docteur Pajot Si cette dernière circonstance m'avait été connue, je me serais gardé de commettre une pareille confusion de noms ; j'aurais été, au contraire, heureux de m'adresser directement au savant professeur agrégé de la Faculté de Paris, afin d'avoir tous les renseignements propres à éclairer ma conscience.

Agréez, etc. MOREL.

— La confusion dont parle M. Morel avait été faite aussi par nous, et c'est le motif qui nous avait fait laisser, dans la rédaction de notre confrère, ces mots : *Un nommé Pajot.* C'était une manière naturelle et usitée de désigner un témoin sans aucune notoriété, mais qui serait peu convenable appliquée au professeur agrégé de la Faculté de Paris. A. D.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 16 MARS 1857.— PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

PHYSIOLOGIE. — M. *Cabot* adresse une note faisant suite au mémoire qu'il avait précédemment présenté sous le titre de *Physiologie des sensations de l'oreille* (*Renvoi à l'examen d'une commission mixte*, composée de MM. Babinet, Duhamel, Despretz, et MM. Reber et Clapisson, de l'Académie des Beaux-Arts.)

MÉDECINE. — M. *Delfraysse* annonce l'envoi prochain d'un mémoire concernant l'influence des phénomènes météorologiques sur l'apparition des maladies épidémiques et en particulier du choléra. A cette occasion, il mentionne l'observation qu'il a faite pendant un orage sur un homme atteint de tétanos. Chaque coup de tonnerre était précédé d'une forte contraction musculaire qui durait de deux à trois secondes, et apparaissait avant que l'éclair eût été aperçu. Le malade avait fini par remarquer cette coïncidence et annoncer d'avance chaque nouvelle détonation.

MATIÈRE MÉDICALE. — M. *Galy* présente une note sur diverses préparations iodées qu'il compose pour l'usage de la médecine, et qui permettent, suivant lui, d'administrer, sans inconvénient pour les voies digestives, ce médicament aux doses exigées pour les différents cas.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 24 MARS 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Haute-Vienne et l'arrondissement de Villefranche. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Une réponse au rapport transmis par l'Académie sur la préparation nouvelle du *quinium*. M. le ministre appelle l'attention de l'Académie sur les inconvénients des dispositions et des réserves auxquelles elle a cru devoir subordonner son approbation. Le ministre demande s'il ne suffirait pas que la circulaire ministérielle par laquelle sera notifiée aux préfets l'autorisation d'insérer la formule du quinium au Bulletin de cette Compagnie savante recommandât expressément aux jurys médicaux d'exercer une surveillance particulière sur la composition de ce nouveau remède. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2° L'Académie reçoit : — *a*. Une note de MM. *O. Henry* fils et *Hombert*, relative à un perfectionnement qu'ils ont apporté à la recherche de l'iode et du brome. (*Comm.* : MM. Guérard, Chevallier, Würtz.) — *b*. Une note de MM. *Pichot* et *Malapert* (de Poitiers), sur un perfectionnement apporté à la préparation du papier destiné à la filtration des liquides. (M. O. Henry, *rapporteur*.) — *c*. Un mémoire de M. le docteur *Bertherand* (de Lille), intitulé : *Études historiques et statistiques sur la vaccine et la variole dans le département du Nord de* 1803 à 1856. (*Commission de vaccine.*) — *d*. Un mémoire de M. le docteur *Thomas Longueville*, ayant pour titre : *Considérations sommaires sur les eaux minérales naturelles, thermales ou autres* ; et observations sur quelques bains thermaux célèbres que l'auteur a visités en 1856. (*Commission des eaux minérales.*) — *e*. Une lettre de M. le docteur *Vernois*, qui remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait de l'avoir placé sur la liste de présentation pour la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale (1).

M. *Victor Masson* offre à l'Académie un exemplaire de chacun des ouvrages qu'il a édités depuis son dernier envoi.

M. *le Secrétaire perpétuel*, en annonçant qu'une lettre de remerciments serait adressée à M. *Victor Masson*, regrette que l'exemple de libéralité donné par cet éditeur n'ait pas encore trouvé d'imitateurs parmi les autres libraires.

M. *le Président* annonce à l'Académie que les nouvelles de la santé de M. *Gueneau de Mussy* sont plus rassurantes.

Lectures et Mémoires.

HYDROLOGIE MÉDICALE. — M. *O. Henry* lit, au nom de la *Commission des eaux minérales*, un rapport sur la source de *Soultz-sous-Forêts*. Cette eau appartient au genre des eaux salines salées (chlorurées et iodo-bromurées) : elle a une grande analogie de composition chimique avec celle de Bourbonne-les-Bains, à la température près, car elle est froide ; mais elle peut être chauffée sans altération sensible. La Commission est d'avis qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter cette source, à la condition d'y exécuter des travaux convenables de captage et d'aménagement. (*Adopté.*)

MÉDECINE. — M. le docteur *Woillez* lit un travail intitulé : *Nouveau procédé de mensuration de la poitrine*. Pour pratiquer ce nouveau mode de mensuration, l'auteur se sert d'un instrument qu'il appelle *cyrtomètre* (quoique ce nom ait été déjà donné à un autre instrument, d'ailleurs très différent), et qui fournit à la fois non-seulement l'étendue du contour circulaire ou périmètre des deux côtés de la poitrine et tous ses diamètres, mais encore le tracé sur du papier de la courbe horizontale circulaire du thorax.

Le nouveau cyrtomètre consiste en une tige de baleine, aussi peu embarrassante qu'un ruban gradué, longue de 60 centimètres

---

(1) *La lettre suivante a été adressée par nous à M. le Président de l'Académie de médecine. Le bureau n'a pas cru devoir en donner lecture à l'Académie, dans la crainte de soulever une discussion intempestive, ce à quoi nous souscrivons avec empressement.*

A. DECHAMBRE et MARC SÉE.

« M. le président, nous protestons de toutes nos forces contre l'étonnante réclamation faite dans la dernière séance par M. Guérin, au sujet de nos expériences sur les plaies soustraites au contact de l'air extérieur. Il est possible que ce soit l'*intérêt de la vérité qui ait obligé* l'honorable académicien *à déclarer que, depuis l'année* 1840, *il n'a cessé de s'occuper de la question de la cicatrisation des plaies hors du contact de l'air*. Mais que penser de cette étrange assertion de M. Guérin, qui prétend avoir fait des *expériences exactement semblables* aux nôtres, *avec les mêmes moyens, dans les mêmes conditions et avec des résultats plus ou moins semblables*; et cela quand nous n'avons fait connaître jusqu'ici ni les *conditions* dans lesquelles nous nous sommes placés, ni les *appareils* dont nous nous sommes servis, soit pour interdire tout accès à l'air extérieur, soit pour faire passer sur la plaie un courant continu de gaz ? Nous demanderons enfin, à tout homme impartial et de bonne foi, s'il est vraisemblable qu'un *publiciste*, qui pourtant ne se vante pas d'être de l'école de Bâcon, ait poursuivi *pendant dix-sept ans* une série d'expériences, qu'il aurait tenues constamment dans le secret le plus absolu, auxquelles il n'aurait pas même fait la moindre allusion dans ses récents discours sur la méthode sous-cutanée, alors surtout que ces expériences pouvaient répondre victorieusement aux justes reproches de ses contradicteurs ?

» En vous priant de vouloir bien donner connaissance de cette lettre à l'Académie, nous avons l'honneur d'être, monsieur le président, etc. »

environ et articulée à double frottement, de deux en deux centimètres, de manière à conserver l'inflexion qu'on lui donne en l'appliquant sur une surface convexe.

Le malade étant couché sur le dos, cette tige s'applique de champ, et successivement sur chaque côté de la poitrine, à la hauteur de l'articulation sterno-xiphoïdienne. Elle est maintenue fixée par une de ses extrémités contre l'épine vertébrale, tandis que l'autre extrémité est ramenée en avant. Le cyrtomètre ainsi appliqué se moule, en quelque sorte, sur la convexité thoracique, dont il indique en même temps le périmètre. Il peut être ensuite facilement écarté de la poitrine sans se déformer, grâce à deux articulations particulières qui rendent cet écartement très facile, tout en permettant de rétablir la courbe primitive, et de la tracer sur le papier à l'aide d'un crayon.

L'application de l'instrument est aussi facile chez la femme que chez l'homme. Le rapprochement, sur une ou plusieurs feuilles de papier, des courbes obtenues dans le cours d'une maladie, permet de saisir au premier coup d'œil les différences survenues dans la capacité de la poitrine, soit dans ses diamètres, soit dans son périmètre. L'emploi du nouvel instrument a démontré que, pour la mensuration, on doit tenir compte de la capacité générale de la poitrine comparée à différentes époques, comme M. Damoiseau l'a entrevu pour la pleurésie, et non des résultats comparatifs des deux côtés à un moment donné. Le cyrtomètre a prouvé, de plus, que la mensuration n'est pas un moyen de diagnostiquer les maladies, mais d'en suivre la marche, et, par suite, d'en établir le pronostic, et parfois même d'en instituer le traitement. C'est principalement dans le cours des affections thoraciques, dans certaines affections du foie, mais surtout dans la pleurésie, que cette mensuration peut être utile aux praticiens. Elle révèle la marche cachée des épanchements pleurétiques et fournit l'indication précise de la thoracentèse, même dans les cas dits latents. La chirurgie et l'orthopédie peuvent retirer quelque avantage de ce nouveau moyen d'exploration qui pourrait servir aussi à étudier la conformation extérieure du crâne, mieux qu'on n'a pu le faire jusqu'à présent. (*Comm.* : MM. Louis, Grisolle et Barth.)

ÉLECTION. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre titulaire dans la section *d'hygiène et de médecine légale.*

La section présente :

En première ligne, *ex æquo*, M. *Devergie* et M. *Tardieu*.

En deuxième ligne, *ex æquo*, M. *Bouchut* et M. *Duchesne*.

En troisième ligne, M. *Grassi*.

L'Académie ajoute M. *Vernois*.

Votants 84, majorité absolue 43.

Au premier tour de scrutin, M. *Devergie* obtient 43 suffrages ; M. *Tardieu*, 34 ; M. *Boudin*, 2 ; M. *Vernois*, 1 ; M. *Bouchut*, 1 ; billets blancs, 4.

M. *Devergie*, ayant obtenu la majorité des voix, est proclamé membre titulaire de l'Académie, sauf l'approbation de l'Empereur.

Discussion sur la méthode sous-cutanée.

M. *Malgaigne* : Messieurs, la première question soulevée dans ce débat a été une question de découverte ; découverte de la méthode sous-cutanée, découverte du principe qui lui sert de base et de point de départ. M. Renault a essayé, dans la dernière séance, de porter la discussion sur un autre terrain. Mais la question de l'influence de l'air dans la production de la gangrène traumatique me paraît, cette fois, tout à fait collatérale et secondaire, et je reviens à la question de priorité, sur laquelle s'est concentré véritablement le débat.

J'avais cru et je crois encore que cette question doit se résoudre par les faits, et dans la mesure de mes forces j'avais recherché tout ce qui avait été écrit sur ce sujet, tant en France qu'à l'étranger. M. Guérin, laissant de côté l'histoire, a préféré faire appel à l'opinion publique; et cette fois encore, comme en 1843, il a trouvé un appui favorable dans cette partie de l'opinion publique, que j'appellerai la rivale de l'histoire, et qui, arguant de son ignorance, se plaint de voir ses convictions ébranlées par des citations qu'elle ne connaissait pas et par l'exhumation de textes anciens bons à troubler et à contrarier ses paisibles croyances. Cette partie de l'opinion publique, qui ne connaissait pas la méthode sous-cutanée avant que M. Guérin ne la lui eût enseignée, et qui refuse d'entendre parler d'un autre inventeur, ressemble, selon moi, à un rustique qui aurait appris du magister de son village le système du monde et qui, entendant parler plus tard de Copernic, répondrait : — Eh ! que m'importe Copernic ! c'est mon magister qui m'a enseigné le système du monde, je ne reconnais pas d'autre inventeur ! — Messieurs, je le répète, dans cette question c'est l'histoire, l'histoire impartiale, qui doit être prise pour souverain juge. C'est donc l'histoire à la main que je répondrai encore à la dernière argumentation de M. Guérin.

Est-il vrai, d'abord, qu'à l'époque où M. J. Guérin *promulgua sa méthode*, nous fussions plongés dans un tel abîme d'ignorance, qu'il n'y eût rien qui, *de près ou de loin*, ressemblât à la méthode sous-cutanée? Non-seulement M. Guérin le déclare ainsi, mais encore, pour le prouver, il invoque deux autorités, celle de M. Velpeau et celle de M. Malgaigne, qui, dans leurs traités de *Médecine opératoire*, ne disent rien ou presque rien de la prétendue méthode. Je laisse à M. Velpeau le soin de se défendre. Pour ce qui me concerne, je considère mon autorité comme nulle quand elle n'est pas d'accord avec les faits. Mais voyons un peu ce qui a été dit à propos de mon *Manuel de médecine opératoire* (édition de 1837) :

« M. Malgaigne nous avertit d'abord, dans sa préface, que son livre est la perfection du genre. » Cela est inexact, je n'ai rien dit de semblable ; si j'avais énoncé une pareille niaiserie, j'en serais honteux. Je la laisse à son inventeur : qu'il la reprenne ; elle est bien à lui.

« M. Malgaigne définit la méthode : ce qui donne lieu à des procédés. Si on lui demandait ce que c'est qu'un procédé, il répondrait probablement : ce qui donne lieu à une méthode. » M. Guérin trouve cette définition un peu imprévue. Et moi aussi ; cette naïve définition, je la renvoie aussi à qui de droit.

« Le *Manuel* commence par les incisions ; des sous-cutanées, pas la plus petite mention. Quant aux évocations d'auteurs faites depuis, ce sont autant d'expédients que, pour la plupart, ces messieurs, et M. Malgaigne surtout, ne rapportent même pas dans leurs ouvrages, expédients qui ne doivent leur résurrection qu'à la méthode sous-cutanée. » J'ouvre le *Manuel* de 1837 et j'y lis :

Page 12 : « Quelquefois on enfonce le bistouri plus ou moins obliquement; c'est surtout quand on veut détruire le parallélisme entre l'ouverture intérieure et celle de la peau. »

Page 118 : *Abcès; ponctions successives*. « On ne les emploie que pour les vastes abcès, soit lymphatiques, soit par congestion, pour lesquels on redoute l'entrée de l'air. » Suit le procédé de Boyer, où il est rappelé à la fin qu'il faut prévenir l'entrée de l'air.

Page 124 : *Ganglions*. « On a conseillé l'ouverture à l'aide d'une très petite incision. »

Page 129 : *Tumeurs érectiles*. « 1° La ponction avec broiement. On a proposé de plonger dans la tumeur une aiguille à cataracte, avec laquelle on broiera les tissus morbides. »

Page 152 : « Description du procédé de Stromeyer pour le pied bot. »

Page 153 : « Description du procédé d'A. Cooper pour les brides palmaires, avec cette annotation : « Ce procédé est le premier en date, et a précédé le procédé analogue de M. Stromeyer pour le tendon d'Achille. »

Page 163 : *Varices; procédé de Brodie*. « On espérait ainsi éviter l'accès de l'air, cause présumée de la phlébite; mais Béclard a vu survenir la phlébite et l'érysipèle phlegmoneux après ce procédé comme après l'autre. »

Page 208 : *Hydarthroses*. « On peut choisir entre la ponction au trocart et l'incision au bistouri. La ponction expose moins à l'entrée de l'air. »

Page 211 : *Corps étrangers articulaires*. « L'extraction achevée,

on laisse revenir la peau sur elle-même ; l'incision de la capsule se trouve ainsi fermée et à l'abri du contact de l'air. »

Eh bien ! même en supposant que M. Guérin n'eût eu que mon livre pour apprendre la chirurgie, il ne lui aurait pas fallu, je pense, de grands efforts d'invention pour imaginer le moyen de s'opposer à l'entrée de l'air. Il y avait donc là quelque chose qui ressemblait déjà d'assez près à sa méthode.

Mais, messieurs, pourquoi M. Guérin s'en est-il tenu à mon édition de 1837? Il y en a une autre de 1839, et, notez ceci, du 24 juin 1839 ; la date y est ; quinze jours avant la promulgation de la méthode sous-cutanée. Cette édition nouvelle pouvait donc, beaucoup mieux que la première, indiquer l'état de la science ; serait-ce intentionnellement que M. Guérin n'en aurait pas parlé? On vient de voir tous les documents que lui avait fournis celle de 1837 pour constituer sa méthode ; celle de 1839 lui en a apporté bien d'autres, et il eût été juste d'en avertir l'Académie. Je m'en vais réparer cet oubli.

Ouvrez le livre, page 151 : *Opérations qui se pratiquent sur les muscles et leurs dépendances*. « On pratique la section en travers d'un muscle, d'un tendon, d'une aponévrose, dans les cas de rétraction permanente et rebelle à tout autre moyen. »

» Ces sortes d'opérations, fort rarement pratiquées jusqu'à ces dernières années, ont pris tout à coup une extension extraordinaire. Les sections du tendon d'Achille, du sterno-mastoïdien, des brides fibreuses attribuées à l'aponévrose palmaire, sont devenues des opérations communes ; et il est peu de tendons que depuis on n'ait attaqués ou conseillé d'attaquer. Sir A. Cooper a divisé le tendon du fléchisseur propre du gros orteil pour une flexion de ce doigt. M. Velpeau conseille, dans certains cas de pied bot, de couper, après le tendon d'Achille, les tendons du court fléchisseur des orteils, l'aponévrose plantaire ; et, au besoin, les tendons du long fléchisseur du gros orteil, du long péronier latéral, du long fléchisseur commun. MM. Duval, Dieffenbach et Stromeyer ont coupé le tendon du jambier antérieur. M. Vidal propose de couper celui du jambier postérieur. M. Duval a coupé une fois les tendons des péroniers latéraux. Pour le pied bot antérieur, M. Vidal indique la section du jambier antérieur, de l'extenseur du gros orteil, et, au besoin, de l'extenseur commun. Les tendons des muscles biceps, demi-tendineux, demi-membraneux et couturier ont été divisés par MM. Michaelis, Stromeyer, Dieffenbach et Duval. M. Vidal pense qu'il est des cas où l'on devrait couper le ligament rotulien. M. Stromeyer a coupé le bord antérieur du trapèze. »

Arrêtons-nous un moment. On attribue fort libéralement à M. Guérin la généralisation des sections sous-cutanées. Le tableau que je viens de lire lui laissait-il beaucoup à faire? Or ce tableau est incomplet, et déjà cependant je blâmais ce débordement d'opérations ; je disais, page 152 : « Je l'avouerai, je crains qu'une sorte de vogue passagère n'ait entraîné les chirurgiens un peu plus loin qu'il n'était nécessaire et même permis. »

Depuis lors on a été beaucoup plus loin encore, mais sans qu'il en soit résulté rien de bon, ni pour les malades ni pour la science.

Cependant, on a pu être surpris de ne pas voir figurer là dedans M. Guérin. M. Guérin, en effet, avançait hardiment à cette tribune (*Bull. de l'Acad.*, p. 373) : « Pendant plusieurs années, de 1835 à 1839, j'avais pratiqué un très grand nombre, un nombre prodigieux de sections tendineuses. »

Ce n'est pas une médiocre fatigue, Messieurs, qu'une discussion où les moindres assertions ont besoin d'être vérifiées ; mais vous allez voir combien la vérification est utile. Or, en 1835, M. Guérin *n'avait pas coupé un seul tendon ;* en 1836, M. Guérin *n'avait pas coupé un seul tendon ;* en 1837 jusqu'au 2 décembre, *il n'avait pas coupé un seul tendon*. Le 2 décembre 1837, il fit enfin, pour la première fois, la section du sterno-mastoïdien. De pareilles assertions vous épouvantent peut-être, et vous seriez bien aises d'en avoir la preuve? Lisez donc le mémoire de M. Guérin *Sur le torticolis ;* vous y verrez (p. 32) qu'il fit la première section le 2 décembre 1837, la deuxième le 16 janvier 1838. — Fort bien, direz-vous ; mais il avait probablement coupé déjà autre chose? — Lisez donc le mémoire sur la méthode sous-cutanée (p. 52) : « Mes premières expériences sur l'homme consistèrent dans la section sous-cutanée des muscles sterno et cléido-mastoïdiens. » D'où il résulte que l'illustre opérateur, qui croyait avoir pratiqué un nombre prodigieux de sections sous-cutanées à partir de 1835, en réalité au 15 janvier 1838 n'en avait encore pratiqué qu'une seule. Et qu'est-ce que je veux en conclure? Rien. Je tenais seulement à expliquer comment je n'avais pas pu citer M. Guérin pour des opérations qu'il n'avait pas faites.

Cependant, comme il avait coupé le sterno-mastoïdien (je le dis un peu plus loin), je décris ses procédés, auxquels même je donne la préférence. Mais les procédés laissaient encore à désirer ; chose curieuse, c'est moi qui les ai perfectionnés. Lisez ceci, page 158 de mon *Manuel :* « Les procédés de M. Guérin n'acquerraient-ils pas une nouvelle garantie de sécurité, si l'on commençait par faire une ponction à la peau par laquelle on glisserait ensuite un bistouri à pointe mousse? »

Vous savez qu'il a suivi ce conseil, et vous savez aussi comment il m'en a remercié. Du reste, l'invention n'était pas grande ; j'avais tout simplement emprunté cette idée à l'un des procédés de M. Bouvier pour le pied bot, et M. Bouvier n'était même pas le premier en date.

Mais voici, toujours dans ce même volume, quelque chose de plus sérieux. Je distingue, messieurs, pour la section du sterno-mastoïdien, deux méthodes, la méthode ancienne et la méthode nouvelle, et sous celle-ci je range les procédés de Dupuytren, de Stromeyer, de Syme, de M. Guérin. Je les compare et je dis, page 156 : « Sans aucun doute la seconde méthode doit obtenir la préférence sur la première. » Pour la section du tendon d'Achille, même distinction ; et à la nouvelle méthode je rattache les procédés de Stromeyer, de M. Bouvier, de M. Duval. Voilà, messieurs, ce qui, dans mon livre, a pu aider efficacement M. Guérin à inventer sa méthode ; et vous comprendrez peut-être pourquoi l'habile orateur, en vous renvoyant à mon Manuel, voulait vous arrêter à l'art du pédicure.

Ainsi, messieurs, s'il suffit de rallier quelques procédés à une méthode commune pour se proclamer inventeur de la méthode, me voilà ; j'ai sur M. Guérin une incontestable priorité. Mais, direz-vous, vous avez nommé la méthode pour le torticolis et puis pour le pied bot, vous n'avez pas nommé de méthode générale. Attendez donc ; je suis bien aise de me mettre de côté dans un débat d'une aussi piètre importance ; cette idée de la méthode sous-cutanée était tellement vulgaire, qu'un chirurgien aurait craint le ridicule en essayant de se l'approprier. Voici un auteur qui a sur moi toute priorité à cet égard, et son livre n'est pas resté dans l'ombre, il a servi à l'éducation de toute une génération chirurgicale : c'est le livre de Vidal de Cassis. L'édition porte sur le titre la date de 1839, mais les deux premiers volumes avaient paru en 1838, et la préface porte la date précise du 31 *octobre* 1838 ; et en effet on a vu, par les extraits de mon Manuel, que j'y avais largement puisé. Voici donc ce qu'imprimait Vidal *huit mois* avant le premier mémoire de M. Guérin : « Trois méthodes se rapportent aussi à trois époques et à trois noms : 1° Isaacus Minius divise du même coup le tendon et la peau qui le recouvre ; 2° Delpech respecte cette portion de peau ; elle est seulement divisée sur les deux côtés du tendon, et celui-ci n'est pas mis à nu : c'est le principe de la méthode sous-cutanée ; 3° Dupuytren ne fait qu'une ouverture à la peau, coupe le tendon ou le muscle, et complète la méthode sous-cutanée (t. II). »

Eh bien ! est-elle bien dénommée ici, et cela est-il assez clair? Notez que c'est au chapitre général de la *Ténotomie*, et qu'il s'agit bien d'une méthode générale.

Page 460, Vidal, pour le pied bot, rejette la méthode ancienne : « Les seuls procédés qui méritent d'être décrits sont ceux qui se rapportent à la méthode sous-cutanée. »

Page 474, pour les brides fibreuses de la main, Vidal, qui ne connaît pas le procédé d'A. Cooper, dit que : « M. Velpeau fait remarquer que, s'il y avait possibilité, on devrait appliquer ici la ténotomie sous-cutanée. »

Page 477, pour le torticolis : « La vraie méthode sous-cutanée a été pratiquée d'abord pour la section du sterno-mastoïdien, et c'est à Dupuytren qu'on en attribue l'honneur. »

Mais peut-être, messieurs, M. Guérin ne connaissait pas ce livre? Impossible; l'analyse des deux premiers volumes parut dans la *Gazette médicale* du 17 novembre 1838. Mais peut-être l'article des *rétractions* n'attira l'attention de personne? Un paragraphe spécial de l'analyse est consacré à cet article. « Dans aucun ouvrage de chirurgie, est-il dit, ce sujet, peu exploré jusqu'ici, n'est traité avec autant de développement. »

Dites donc maintenant, répétez donc *hardiment*, qu'avant 1839 il n'existait rien *qui ressemblât, de près ou de loin, à votre méthode!* Jusqu'à son nom, tout était créé, vulgarisé par un ouvrage classique; un ouvrage que vous avez entre les mains, que vous avez recommandé à vos lecteurs!

Rendez donc à mon livre ce que vous y avez pris! Rendez donc à l'ouvrage de Vidal ce que vous lui avez emprunté!

Je viens de parler de ce qui avait été écrit en France; mais à l'étranger on avait aussi étudié ce sujet. En Allemagne, Dieffenbach avait publié son *Orthopédie sous-cutanée* En Angleterre, nous trouvons un grand nombre de chirurgiens, Ch. Bell, Brodie, A. Cooper, Marshall Hall, Syme, Asthon Key. Quant aux procédés de Ch. Bell, M. Guérin dit: « Malgré des recherches *approfondies*, je n'en ai trouvé aucune trace dans Benjamin Bell, dans John Bell. » J'admire la *profondeur* de ces recherches: aller chercher, dans les œuvres de Benjamin Bell et de John Bell ce qui se trouve dans celles de Charles Bell!

« A Cooper, dit M. Guérin, attachait si peu d'importance à son indication, qu'il la perdit immédiatement de vue. » Mais le chirurgien la perdit si peu de vue, qu'à plusieurs reprises il en est question dans ses *Lectures of Surgery*. A propos du tic douloureux de la face, il conseille la section sous-cutanée du nerf sus-orbitaire, du sous orbitaire, du mentonnier et de la plupart des nerfs de la face.

Si nous arrivons au procédé de M. Guérin, nous trouvons le fameux *pli de la peau* que M. Velpeau lui a généreusement et malencontreusement laissé. Ce pli a des vertus supérieures; c'est sur lui que repose toute l'efficacité de la méthode sous-cutanée. Mais Stromeyer, bien auparavant, avait fait ce pli. Pourquoi? Pour ne pas agrandir l'incision en retirant le bistouri, nous dit M. Guérin, et, dans son *Mémoire sur le torticolis*, il cite, à l'appui de cette idée, une page tout entière de Stromeyer. Malheureusement, c'est son texte à lui, M. Guérin, qu'il cite comme étant de Stromeyer. Il y a là une méprise. Du reste, la citation est arrangée, je dirai presque avec tant d'art, que j'ai cru que c'était de Stromeyer: j'avoue que j'y ai été pris. Stromeyer lui même déclare qu'il fait ce pli pour *empêcher* l'accès de l'air, et j'avoue qu'à cet égard je m'en *rapporterai* plutôt à son propre texte qu'à celui que lui prête M. Guérin. Quant à la valeur de ce pli en elle-même, M. Bouvier vous en parlera, il a fourni des résultats plus mauvais que le procédé ordinaire.

Examinons maintenant les résultats: M. Guérin nous avait parlé de phlegmons, de gangrènes; on en avait observé, selon lui, des *multitudes*. J'ai nié le fait. M. Guérin me fait dire: « Chirurgiens qui m'entendez, praticiens qui m'écoutez, pourrez-vous me citer un cas, un seul cas? » Cette citation est inexacte encore. J'ai cité deux cas de Dieffenbach, deux cas de M. Duval, et à ce propos j'ai rappelé des cas de piqûres avec des aiguilles, qui déterminent sur les doigts piqués des panaris violents; et cependant on ne peut pas accuser ici la pénétration de l'air comme cause d'inflammation. Ceux qui croient avec un pli éviter cet accident feraient bien de relire le travail de Boyer sur les plaies par instruments piquants.

M. Guérin rapporte ensuite sept témoignages à l'appui de son assertion, et demande si je suis satisfait. Pour moi, je le suis parfaitement; mais pour la science cela ne suffit pas: vous allez en juger. M. Guérin rapporte d'abord un fait de Blandin, qui fut suivi d'érysipèle et de gangrène; mais à ce moment il y avait une épidémie d'érysipèle dans les services de l'Hôtel-Dieu; et où la gangrène s'est-elle montrée? au talon! M. Velpeau, après avoir coupé les tendons du jarret, fit l'extension continue, et quinze jours après il se forma un phlegmon. Cette date, éloignée du moment de l'opération, semble l'innocenter en grande partie. — Bérard observa un accident semblable dans les mêmes conditions. — « Plus loin, c'est M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, qui rend compte successivement de *quatre cas* de ténotomie suivie d'érysipèle, de phlegmon, d'abcès, de gangrène et de mort. » M. Guérin cite ces faits comme consignés dans la *Gazette des hôpitaux*, année 1840: le numéro des pages est inexact; il ajoute *passim*. J'ai eu la curiosité de rechercher ces faits dans le journal indiqué: je n'ai trouvé que *deux cas*; j'ai feuilleté page par page tout le volume, toujours *deux cas* seulement. C'est assez, me direz-vous, et même trop. Soit! C'est justement pour cela qu'il ne fallait pas en ajouter deux autres, qui sont un pur effet de la libéralité de M. Guérin. Enfin, pour pousser les choses jusqu'au bout, je me suis adressé à M. Guersant lui-même, qui m'a répondu qu'il n'y avait effectivement que deux cas. Il y a eu gangrène à l'endroit même où l'opération avait été pratiquée; mais on avait appliqué un appareil dextriné qui causait de vives douleurs. Il faut, en effet, examiner l'opération seule et les circonstances qui la suivent, telles que l'application intempestive d'appareils, contre laquelle je me suis élevé déjà souvent, à propos du traitement des fractures. Dans les cas précédents, M. Guersant attribue les accidents à l'application de l'appareil. En réunissant les cas observés par ces chirurgiens, on en trouve cinq en six ans (M. Guérin en a eu autant à lui seul); cinq cas! Où est donc la *multitude* de revers annoncée par M. Guérin? Citation inexacte encore. Voilà pour Paris; mais M. Guérin fait le tour de l'Europe. A Berlin: « Là encore, dit M. Guérin, ce sont MM. Dieffenbach et Phillips qui citent deux cas d'érysipèle, d'abcès, d'inflammation vive, et même de grands abcès. » Citation fausse. Il n'y a de Dieffenbach que les deux abcès dont j'ai parlé, et pas un troisième.

En Russie, M. Pirogoff a eu deux chevaux tués sous lui par la méthode sous-cutanée. Le même chirurgien, selon M. Guérin, aurait également vu mourir *deux hommes*. Laissons de côté les chevaux; Adelman a perdu un homme à Dorpat, mais M. Pirogoff a perdu un homme à Fassagoni, *un seul*. M. Pirogoff est loin d'ici; mais ce n'est pas une raison pour lui attribuer deux morts quand il n'en a eu qu'une. Citation inexacte encore, et toujours! Voici, du reste, le fait cité par ce chirurgien: Ténotomie des quatre tendons de la fosse poplitée; redressement forcé de l'articulation et appareil amidonné. Malgré la douleur aiguë, l'appareil ne fut pas ôté. Perte de la chaleur animale des doigts, paralysie; suppuration, gangrène, mort. Encore une application intempestive d'un appareil amidonné! Admirez ici les bienfaits de la méthode sous-cutanée! M. Pirogoff, partisan des doctrines de M. Guérin, s'imagine qu'il a suffisamment fait en opérant à l'abri du contact de l'air; il s'endort dans une sécurité trompeuse, son malade souffre. Le chirurgien ne s'en inquiète pas; et, quelques jours après, l'opéré mourait avec une gangrène du membre!

En réunissant tous ces faits, nous trouvons à Paris, de 1835 à 1841, 7 cas, en comptant les 2 de M. Duval; en Europe, 11 cas, de 1830 à 1849. En tout, 11 cas en 19 années, et il a fallu aller jusqu'au Caucase encore! Et *tous les chirurgiens en avaient vu*! Aucun n'en a vu autant que M. Guérin. Cela peut donner une idée d'une méthode qui croit pourvoir à tout en empêchant le contact de l'air. Mais dans les cas cités il y a bien d'autres causes d'accidents. Dieffenbach redresse trop fort, violente les parties, et il observe deux abcès. M. Guersant applique deux appareils d'une manière vicieuse, dit-il, et il observe des accidents que l'on voit se produire, même quand il n'y a pas de plaie. Dans le fait de M. Pirogoff nous retrouvons la même cause. Sur les 11 cas, il en est à peu près 7 qui peuvent être attribués à ces circonstances indépendantes de l'opération.

« J'espère, ajoute M. Guérin, que sur ce point M. Malgaigne sera aussi satisfait que l'Académie. » L'Académie est-elle satisfaite? Pour moi, je le suis. M. Guérin ajoute qu'il a lu Hunter: c'est possible; mais qu'il le relise encore, et il finira peut être par apprendre ce que c'est que l'inflammation adhésive.

« A peine le principe de l'innocuité des plaies sous-cutanées fut-il proclamé, dit M. Guérin, qu'un grand nombre de chirurgiens distingués s'empressèrent à l'envi de réaliser la plupart des applications chirurgicales que l'auteur de la méthode avait lui-

même indiquées, etc. » Et il cite MM. Barthélemy, Malgaigne, Lisfranc, Pinel-Grandchamp, Jobert, Ricord, Velpeau, Goyrand, Bonnet. « Voilà comment la méthode sous-cutanée a été saluée et accueillie dès son apparition. » Plus loin, après avoir rappelé les oppositions : « Voilà le genre de bruit qu'elle a eu l'insigne honneur de provoquer autour d'elle. Ce n'étaient certes pas des ovations. »

Reprenons un peu tout cela, et voyons comment ces chirurgiens ont appliqué la méthode sous-cutanée d'après les indications de l'auteur de cette méthode, et se sont enrôlés sous ses drapeaux.

En 1838, M. Barthélemy publie son procédé de division sous-cutanée des tumeurs, « se fondant sur l'innocuité du moyen qui consiste à les rompre; » il espère « qu'elles guériront sans accident, vu l'impossibilité de pénétration de l'air. » (*Gazette des hôpitaux*, 1838, p. 558, numéro du 27 novembre.) — En 1839, il porte un article à la *Gazette médicale*, on y lit : « J'ai songé à leur appliquer la méthode des sections sous-cutanées, dont les principes et les avantages ont été établis par M. Guérin. » En 1840, je parlai du même procédé, sans connaître le travail de M. Barthélemy ; de même M. Thierry en 1841. Dans la *Gazette médicale* de 1841 (p. 538), on trouve la phrase suivante : « Il est bien évident qu'il n'y a rien de propre à M. Thierry dans cette idée de l'incision sous-cutanée, idée implicitement contenue parmi les applications de la méthode sous-cutanée formulée dès 1839 par M. Guérin, et depuis lors pratiquée avec succès par MM. Barthélemy, Chaumet, Marchal et Malgaigne. » M. Barthélemy se récrie, il envoie à la *Gazette médicale* une lettre où il est dit :

« Que devient, je vous prie, le procédé que j'ai inventé ? procédé qui ne m'a certainement point été inspiré par vos formules générales de 1839, puisque je l'ai publié dans la *Lancette* le 14 novembre 1838. » Vous entendez, le 14 novembre 1838 !

» Pour vous décider, mon cher confrère, à vous approprier mon procédé, il a réellement fallu que votre mémoire fût grandement en défaut. Vous avez donc oublié qu'au commencement de 1839, vous ayant proposé un article sur quatre opérations de cette espèce, vous vîntes me voir avec empressement ; que dans l'entretien que nous eûmes ensemble à ce sujet, vous m'amenâtes, avec un talent particulier de persuasion, à mettre dans cet article, qui fut publié dans votre journal, les deux phrases suivantes : « Mon procédé n'est, à vrai dire, qu'une application à un cas » spécial de la méthode sous-cutanée de M. J. Guérin, etc. »

» .....Il y a mieux : c'est qu'avant le 14 novembre 1838, je ne sache pas qu'il fût sorti de votre féconde plume un seul mot qui constituât, même implicitement, l'idée de cette opération. »

La lettre ne fut point publiée : il y eut des explications ; par malheur, M. Barthélemy, prenant ses sûretés, l'avait adressée aux *Annales de chirurgie*. Il voulut la retirer ; il n'était plus temps, elle était imprimée. Il en envoya une autre, bien plus curieuse encore, et que les *Annales* imprimèrent religieusement. Des explications qu'il avait reçues il était résulté, pour lui, la conviction qu'il n'y avait pas eu intention de s'approprier le procédé, mais simplement interprétation différente des expressions employées dans la *Gazette médicale*. De quoi se trouvant satisfait, il se faisait un devoir de reconnaître que son procédé n'était, en effet, qu'une inspiration de la méthode générale de M. J. Guérin. (*Ann. de la chir.*, t. III, p. 251 et 379.)

Voilà comment M. Barthélemy fut la première recrue enrôlée au service de la méthode sous-cutanée. Voyons les autres :

Lisfranc opère un ganglion décoré du nom de *tumeur articulaire considérable* ; il échoue !

M. Pinel-Grandchamp voit un malade qui portait aussi un ganglion : la tumeur avait été ponctionnée trois ans auparavant par Gensoul ; il la ponctionne de nouveau simplement avec la pointe d'un bistouri et par le même procédé que Gensoul : le voilà enrôlé sous les drapeaux de la méthode.

M. Ricord imagine un procédé de ligature des veines dans le varicocèle, M. Guérin veut le rattacher à la méthode sous-cutanée, et à ce propos il publie même une note curieuse : « Peut-être, lorsque nous aurons fait connaître les conditions qui doivent assurer le succès constant des opérations sous-cutanées, M. Ricord trouvera-t-il le moyen de mettre son procédé à l'abri de tout accident inflammatoire. » (*Essai sur la méthode sous-cutanée*, p. 101.) Cela était écrit en 1844, lorsque depuis deux ans M. Guérin était censé avoir fait connaître ces conditions.

M. Malgaigne : « Je pensai qu'on pourrait appliquer là, avec avantage, les incisions sous-cutanées sur lesquelles M. Guérin avait récemment éveillé l'attention des chirurgiens. » C'était un petit gâteau de miel que je jetais alors à M. Guérin.

M. Dufresse-Chassaigne s'est bien innocemment attiré la phrase suivante de M. Guérin : « En proposant l'opération dont nous voulons parler, M. Dufresse a omis de la rapporter à son origine. Il nous saura gré, sans doute, en reproduisant son ingénieuse tentative, de réparer son oubli. »

M. Jobert, on lui attribue des réflexions du rédacteur de la *Gazette des hôpitaux* ; de même M. Velpeau, qui se défendra bien seul.

Pour M. Goyrand, le fait est plus curieux : Voici ce qu'on lui fait dire : « La généralisation de la méthode des incisions sous-cutanées est un immense progrès chirurgical. L'innocuité, si bien démontrée par M. J. Guérin, des plaies sous-cutanées, alors même qu'elles pénètrent dans les articles, m'a donné l'idée d'une opération nouvelle, etc. »

M. Guérin a encore habilement arrangé cette citation ; il a transposé les deux phrases pour les rapporter à lui et a supprimé la petite phrase incidente. M. Goyrand parlait de la méthode sous-cutanée dont il est question dans Vidal, son ami intime ; il avait collaboré avec lui au deuxième volume du *Traité de pathologie externe*, et il ne parlait que du *Mémoire sur les plaies des articulations*, de M. Guérin. Pourquoi donc ainsi changer les citations ?... Messieurs, je n'en sais rien.

Voici la citation que M. Guérin attribue à M. Bonnet (de Lyon) :

« C'est à M. Guérin que l'on doit la découverte des phénomènes intimes dont les plaies sous-cutanées sont le siége. Il était réservé à M. Guérin d'établir, en lois nettement formulées, les propositions émises par Delpech d'une manière incidente, et de faire passer ces lois, à l'aide d'une suite de démonstrations rigoureuses, dans l'ordre des vérités acquises à la science. »

Vous croyez qu'il s'agit de la méthode sous-cutanée ! Erreur ; la dernière phrase a été prise trois pages plus loin que l'autre, et a trait au rôle du système nerveux dans les rétractions musculaires.

Pour la méthode sous-cutanée, voici ce que dit M. Bonnet, page XIII :

Les caractères propres aux plaies sous-cutanées, tels qu'on peut les reconnaître par l'observation clinique, ont été pressentis par Delpech et observés par Stromeyer et Dieffenbach..... M. Guérin, quoique n'ayant point été l'inventeur proprement dit des principes de la méthode sous-cutanée, a contribué, plus que personne, à lui assigner son véritable caractère, etc. »

Le témoignage de Dieffenbach lui-même n'aurait pas manqué à M. J. Guérin : « Puisque l'on vous persécute, et parce que l'on vous persécute, je n'hésite pas à venir vous dire que je vous reconnais, moi, comme le véritable auteur de la méthode sous-cutanée et le créateur de l'orthopédie scientifique. » C'est en 1844 que Dieffenbach a adressé ces paroles à M. Guérin, en présence de témoins. Dieffenbach est mort le 11 novembre 1847. Moi aussi j'ai eu l'honneur de connaître Dieffenbach. Esprit ingénieux, habile opérateur, il était tout à fait chirurgien, et, par conséquent, tenait beaucoup à tous ses procédés. S'il a abandonné ainsi ses droits en faveur de M. J. Guérin, il a fait un grand acte d'abnégation. En tout cas, Dieffenbach n'a jamais parlé de ce petit conciliabule ni dans ses cours, ni dans sa *Chirurgie opératoire* ; c'est seulement en 1855 que M. Phillips en parle pour la première fois. Il a donc fallu que huit années aient passé sur la tombe de Dieffenbach pour que la déclaration de cet illustre chirurgien arrivât à notre connaissance. Puisque c'est M. Guérin qui le dit, il faut bien le croire ; mais j'avoue que ce serait un autre, je n'y croirais pas.

Plus loin, M. Guérin s'écrie : « Moi, comparé à Lapeyronie et à Dupuytren, moi, qui ne suis rien, qui n'ai jamais été rien qu'un modeste travailleur, comparé aux chirurgiens des rois et des grands hôpitaux de Paris ! ! » — Ni si haut, ni si bas. Messieurs, il y a quelques années encore, j'étais imbu de cette idée que la

sse est une quatrième puissance en politique, en littérature, etc. ; croyais que certains journaux dévoués à un homme, à un parti, més du premier-Paris et du feuilleton, promenaient leur mendié impudente de bureaux en bureaux et forçaient les ministres x-mêmes à des trafics honteux. Qu'il ait existé quelque chose de nblable en médecine ! !... non !... mes idées se troublent ! non, st impossible ! Toujours est-il que M. Guérin fut nommé, sans ncours, chirurgien d'un hôpital en 1839. Était-ce pour sa mostie ? c'est peu probable. Malgré l'illégalité de cette nomination ns concours, il ne fallut rien moins qu'une révolution pour renser le protecteur et le protégé.

J'arrive maintenant aux citations que M. J. Guérin a empruntées *Journal de chirurgie*. C'est ici que M. Guérin m'attache à son r de triomphateur. Les pompeuses paroles que j'ai écrites, 1843, à l'éloge de mon adversaire vous ont surpris, messieurs, ont excité vos rires. Mais pourquoi M. Guérin n'a-t-il pas rapté tout le passage ? Est-ce qu'il aurait craint que sa louange ne amoindrie par celle de M. Bouvier ? Messieurs, permettez-moi compléter une citation que M. Guérin n'a fait que tronquer :

« Il (M. Bouvier) se trouve, disais-je, subitement réveillé par le uit que faisait son voisin, qui lui taillait vraiment de bien autre sogne. En effet, les doctrines de M. Guérin remuaient l'orthopée de fond en comble, donnant aux questions déjà étudiées une e imprévue, en suscitant de toutes nouvelles, et de plus se ccédant avec une telle rapidité, qu'il en résultait d'abord une te d'éblouissement. Il fallut tout revoir, tout soumettre à un uvel examen ; c'est la tâche que M. Bouvier a poursuivie avec rsévérance, et plus d'une fois avec succès.

» Il y a donc un contraste presque absolu entre les deux antanistes... Pour nous, et nous croyons en ceci représenter assez en l'opinion générale, nous professons une très haute estime ur l'un et l'autre talent ; nous croyons qu'ils se complètent l'un utre, et que de leur réunion, ou pour mieux dire, de leur lutte, science retirera des bénéfices que chacun d'eux isolément serait puissant à lui donner. »

Voilà, si vous voulez bien le permettre, quel était alors le jugent de M. Malgaigne : les éblouissantes théories de M. J. Guérin mbattues *plus d'une fois avec succès* ; et M. Guérin tout seul *imtissant* à rendre à la science des services pour lesquels il avait esoin de M. Bouvier. Voilà ce qu'il fallait citer jusqu'au bout, si on avait eu l'idée d'éclairer l'Académie et de la mettre à même e juger entre les appréciations de diverses époques. Maintenant, ourquoi ne l'a-t-on pas fait ? Pourquoi la citation a-t-elle été si *eureusement ou si* malheureusement tronquée ? Je pose la queson *: que celui seul* qui peut y répondre y réponde !

Du reste, il ne s'agissait pas là de la méthode sous-cutanée. Le 1 février de la même année, j'adressais à l'Académie une lettre produite dans mon numéro de mars. M. Guérin n'en a cité que commencement. Mais écoutez, messieurs, ce qui suit : je comlète encore la citation :

« D'après cette théorie, comme on sait, le contact de l'air est cause essentielle de l'inflammation dans les plaies ; prévenez contact, il n'y aura plus d'inflammation ; et de là, la nécessité es précautions les plus minutieuses pour empêcher l'entrée de ir. *C'est une idée déjà ancienne, avancée un peu témérairement par I. Monro, vivement combattue par J. Bell, difficile, dès lors, à conlier avec les notions chirurgicales les mieux assises. A-t-elle été eux démontrée de nos jours* ? Je crains qu'à cet égard son *ingéeux rénovateur* ne se soit fait illusion, etc. »

Suivait la critique des expériences de M. Guérin et l'exposé des iennes. Peut-être la citation ainsi complétée, n'a-t-elle pas tout fait le même sens que celle qu'on vous a faite. Quant à la théorie, us le voyez, je la rapportais à qui de droit, et je la déclarais use. Quant au grand fait de l'innocuité des fonctions sous-cutaes, je le déclarais acquis à la science, et ce que j'accordais à . J. Guérin, c'était *surtout l'honneur de s'en être emparé*. Est-ce e cela qu'il se félicite ? Je suis tout prêt à reconnaître qu'il s'est paré de beaucoup d'autres choses encore. Mais j'ajoutais qu'il avait généralisé les applications. C'est vrai : et là est tout mon teur. Hélas ! j'avais eu le tort d'en croire MM. Barthélemy, Goyrand et Bonnet, qui faisaient dériver leurs procédés de la prétendue découverte, ne sachant, eux pas plus que moi, et moi pas plus qu'eux alors, que depuis longtemps toutes ces applications étaient du domaine public. Voulez-vous me railler de mon ignorance ? Soit. Mais quelle preuve nouvelle en tirez-vous pour la réalité de votre prétendue invention ? Mais ce n'est pas là ce que vous vouliez sans doute. Il fallait à votre modestie le spectacle de mon humiliation. Vous vouliez surtout montrer au grand jour la versatilité, l'inconstance de l'homme de science. Vous vouliez me faire repentir à soixante ans de ce que j'avais écrit à trente. Eh bien ! oui, j'en rougis ; et je désire que mon exemple serve de leçon ; seulement, je veux que tout le monde sache quels étaient les sentiments qui m'animaient alors, et dans quel esprit j'ai écrit les paroles que vous m'avez reprochées. Une formidable coalition venait de se former contre M. J. Guérin, coalition au sein de l'Académie, coalition au dehors. De vagues soupçons de fraude et de mensonge s'étaient répandus dans l'atmosphère. La lutte était opiniâtre, acharnée ; mais il me semblait qu'on allait trop loin et qu'on ne traitait pas le savant avec tous les égards convenables. Je volai au secours de l'opprimé ; et tout en réservant, comme je le croyais alors, les droits de la science, j'essayai de le consoler par un grand et beau langage. Je jouais là un rôle bien généreux, puisque, à cette époque déjà, je n'avais pas trop à me louer de celui que je défendais. Mais pourquoi l'ai-je donc abandonné, et comment ai-je pu à ce point changer d'allures et de ton ? Le voici, messieurs :

En 1843, l'année même de la coalition, cinq mois après ma lettre à l'Académie, la *Gazette médicale* publiait, non plus des théories, mais des résultats bien propres à donner *tout d'abord une sorte d'éblouissement*. Savez-vous comment j'en parlais d'abord ? M. J. Guérin pourra joindre ce témoignage aux autres : « En ce qui nous concerne, sans prétendre ni les nier, ni les admettre, nous étions du moins résolûment de cet avis que si, en effet, M. Guérin les avait obtenus, il avait fait faire à la chirurgie des progrès gigantesques, et tels que l'état de la science permettait à peine de les espérer. » (*Journ. de chirurgie*, 1843, p. 259.)

Mais, messieurs, plus cela était grand et beau, plus il importait de le vérifier. Je fis donc pour ces faits le travail de vérification que M. Bouvier avait fait pour les théories ; et à la place des résultats annoncés, que trouvai-je ? Rien ! rien ! rien ! Ce fut alors que je rougis de ce que ma crédulité naïve avait écrit quelques mois auparavant ; mais comme j'étais alors un homme de la presse, comme j'avais pu tromper par mon premier langage un certain nombre de lecteurs, je compris que j'étais tenu de les désabuser. Je sonnai le tocsin d'une manière si terrible, qu'il retentit d'un bout de la France à l'autre. Oui, ç'a été un terrible changement de langage, et cependant moins terrible encore que ce qui en fut l'occasion ! J'ajouterai encore qu'à partir de ce jour, sentinelle vigilante je ne laissai passer, sans vérification aucune nouvelle découverte orthopédique ; et je le dis maintenant, sans crainte d'être démenti, depuis ce jour, l'orthopédie n'a plus fait de découverte !

J'ai fini, messieurs ; et quoi qu'il arrive, quelque tour que puisse encore prendre cette discussion, je n'y rentrerai plus ; je renonce à la parole. Les triomphateurs d'hier pourront se donner demain de nouveaux airs de triomphe, si bon leur semble ; ils n'auront plus d'autre réponse que le silence. Même aujourd'hui je ne répondrai point à cette sorte de défi que l'Académie a dû être bien étonnée d'entendre. On l'a sagement effacé du *Bulletin*, et on aurait pu l'attribuer à l'inexpérience de la tribune, s'il ne s'était étalé en italiques dans le compte rendu de la *Gazette médicale*. Le sentiment qu'il m'inspire est tel, que mon respect pour l'Académie ne me permet même pas de l'exprimer.

M. *Jules Guérin* : L'Académie comprendra ma réserve et mon insistance tout à la fois ; il y a dans le discours de M. Malgaigne deux ordres de choses très distincts : des critiques prétendues scientifiques auxquelles je ne répondrai pas, et des attaques personnelles auxquelles je me propose de répondre en temps et lieu.

La séance est levée à cinq heures un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

Considérations sur l'anévrysme artérioso-veineux, par M. Henry. Thèse de Paris du 15 mars 1856.

Les affections du système vasculaire ne cessent d'exciter l'émulation générale par l'attrait de problèmes dont les lois physiques semblent promettre la solution aussi prompte que complète. Entraînés dans cette voie par de hauts et récents exemples, nous avons aujourd'hui à constater les heureux efforts de deux jeunes travailleurs. M. Henry et M. Caron, sans vouloir révolutionner la science, nous paraissent l'avoir très utilement servie en recueillant des faits nouveaux, en indiquant des règles thérapeutiques précises, dont l'ensemble donne à leurs monographies une valeur considérable. Nous suivrons leur exemple en nous bornant à l'analyse de ce qui, dans chacun des deux sujets, leur appartient le plus en propre.

Dans l'anévrysme artérioso-veineux, le souffle spécial, le *susurrus* pathognomonique, lorsqu'on ausculte au niveau de la tumeur, est, on le sait, continu, avec renforcements isochrones à la diastole artérielle. Ceci tient à ce qu'en ce moment le jet artériel devient plus fort sous l'influence de la systole cardiaque. Mais M. Henry a noté que ce souffle est intermittent si l'on ausculte à une certaine distance de l'anévrysme ; il n'est alors perceptible qu'au moment des renforcements. L'exagération de ces derniers produit aussi parfois une résonnance particulière (piaulement). De plus, l'auteur étaye de nouvelles preuves ce fait, admis déjà, que le bruit et le frémissement ont leur siége au niveau même de la communication anormale artérioso-veineuse, et ne font que retentir plus ou moins loin dans les vaissea x.

On s'accorde à traiter assez légèrement les conséquences physiologiques de l'anévry me artérioso-veineux par les fonctions et la vitalité du membre. Raison de plus pour ne pas négliger l'étude de ces conséquences, et nous louons M. Henry d'avoir voulu échapper à ce reproche. Mais raison de plus aussi de ne pas en exagérer l'importance. Crampes, engourdissement, anesthésie, affaiblissement, douleurs névralgiques, tout ceci s'observe réellement. Mais il ne faut pas qu'une analyse trop soigneuse grossisse afin de mieux voir. En somme, ce sont là de faibles inconvénients, à côté des dangers que d'autres anévrysmes entraînent à leur suite. — M. Henry a constaté, contrairement à ce qui avait été dit avant lui, une élévation sensible de la calorification accusée par le thermomètre, bien que les malades se plaignent de refroidissement. Si, comme le démontre M. Bernard, la stase veineuse que produit la paralysie vasculaire, consécutive à la section du grand sympathique, amène un engorgement capable d'élever la température de la partie, il n'est pas étonnant qu'ici le même obstacle à la circulation produise un effet physique analogue. Cette indication n'éclaircit, il est vrai, que la cause des phénomènes intimes de nutrition, d'où résulte cet excès de calorification. Il resterait à en approfondir l'essence même ; mais cette recherche appartient à un ordre de considérations tout différent de celui que l'auteur a fait rentrer dans son cadre.

Il y touche néanmoins en signalant, à part l'œdème et l'engorgement, une hypertrophie véritable du membre affecté, hypertrophie dépendant du plus de temps et de facilité que la nutrition aurait pour s'effectuer lorsque la circulation est ralentie. Mais *le temps* est-il ici l'agent principal ? Et n'y a-t-il pas d'ailleurs quelque malentendu entre cette hypertrophie, qui, à moins de n'être qu'apparente, doit nécessairement porter aussi sur les muscles, et l'affaiblissement notable du membre, précédemment signalé ?

Quant au traitement, M. Henry préfère à toute autre méthode la compression. Fondé sur les remarquables travaux de M. Broca, il veut qu'on provoque dans le sac le dépôt de caillots actifs. Pour ce, il faut d'abord oblitérer l'orifice artérioso-veineux, puis ralentir la circulation dans le sac. Double indication, dont la première s'obtient par la compression directe au niveau de l'orifice, la seconde par la compression indirecte, modérée, entre la tumeur et le cœur. Ainsi l'anévrysme artérioso-veineux se change en faux consécutif, qui lui-même se guérit définitivement par le dépôt de caillots fibrineux. Résorbés à leur tour, ils laissent l'artère perméable au niveau de la lésion, radicalement guérie.

N'y a-t-il que varice anévrysmale sans sac, un tel plan thérapeutique est inapplicable. Heureusement les accidents sont rares dans cette variété, qui devient très supportable avec l'emploi d'une compression légère. En est il différemment? Alors la méthode ancienne (ligature des deux bouts de l'artère) deviendrait justifiée.

La thèse de M. Henry, ainsi qu'on a pu le voir, est loin de reproduire ces compilations incolores, trop usuel tribut inaugural de plus d'un jeune confrère. Elle repose sur de consciencieuses observations très détaillées, recueillies par l'auteur durant son internat, et parmi lesquelles on en remarque surtout une plus que rare, unique dans la science, et qui fournit à M. le professeur Nélaton l'occasion d'un brillant diagnostic. C'est le fait d'un anévrysme artérioso-veineux traumatique de l'artère carotide interne droite, au niveau de son passage dans le sinus caverneux, déterminé par un coup de parapluie porté sur l'œil gauche. La lésion, reconnue sur le vivant, fut constatée à l'autopsie du blessé, qui succomba à des hémorrhagies répétées par les fosses nasales. P. Diday.

Mémoire sur la centralisation des actes de l'état civil au domicile d'origine, par le docteur J.-N. Loir. Paris, chez Cotillon.

Quand on se met en voyage avec une idée, on ne prévoit pas toujours les circuits qu'elle peut faire parcourir, ni le point de la route où l'on s'arrêtera. M. Loir s'émeut un jour des inconvénients de la présentation des nouveau-nés aux mairies pour la constatation des naissances. Pourquoi n'accomplirait-on pas cette formalité à domicile? En exprimer le vœu paraît chose toute simple.

Néanmoins, si ce mode est plus avantageux que l'autre, il n'est pas à l'abri d'objections, et la réflexion indique bientôt à M. Loir la nécessité d'en peser comparativement le fort et le faible. De là un premier mémoire qui, par les horizons qu'il découvre, en appelle un second. Plus tard, ces mêmes travaux se fondent dans un traité étendu, comprenant, analysées et discutées à un point de vue analogue, un ensemble de règles relatives aux principaux actes de l'état civil.

L'opuscule actuel, composé seulement d'une trentaine de pages, est encore une dépendance des précédentes élucubrations. Déjà l'auteur avait touché quelques points du sujet ; mais la question, dont le seul énoncé atteste l'importance, a reçu ici les développements qu'elle mérite. Malgré les nombreux perfectionnements introduits dans l'organisation des archives publiques, on éprouve souvent d'insurmontables difficultés pour se procurer les documents qu'on désire relativement aux personnes mariées ou décédées loin de leur pays natal. Il en résulte de graves embarras, notamment lorsqu'il s'agit, soit d'une succession qui s'ouvre ou tombe en déshérence, soit d'un consentement à donner ou d'une autorisation à produire, etc. Force est alors d'attendre ou de suppléer à l'absence par des formalités coûteuses et gênantes.

N'est il pas un moyen de parer à cette imperfection? C'est le problème, examiné avec soin, dont M. Loir croit avoir trouvé la solution. Elle lui a été suggérée par une proposition de M. A. Bonneville, consistant à réunir au chef-lieu d'arrondissement du lieu de naissance les dossiers des condamnés. Conformément à ce procédé, M. Loir voudrait, lui, sitôt que s'accomplit un mariage ou que se constate un décès dans les conditions précitées, qu'un extrait des actes, adressé à l'administration centrale, fût transmis au maire du domicile d'origine, et inscrit dans les archives communales. La connaissance du lieu de naissance conduirait ainsi à tous les autres renseignements.

Cette mesure ne paraît nullement impraticable. En facilitant les recherches, elle amènerait inévitablement de promptes et sûres découvertes. Si elle entrait surtout dans la jurisprudence des autres peuples, on pourrait aisément, grâce aux relations internationales, retrouver les traces des compatriotes qui se sont fixés à l'étranger. A ces divers titres, elle se recommande tout particulièrement à la sollicitude du gouvernement et de l'administration générale.

Delasiauve.

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'Ecole-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. | PARIS, 3 AVRIL 1857. | N° 14.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 3 au 31 mars 1857.

37. WIMBACK, François-Ernest, né à Metz (Moselle). [*Des caustiques et de leur action.*]

38. MARMISSE, Géraud, né à Argentac (Corrèze). [*Analyse critique des travaux de Parent Duchâtelet en hygiène publique*]

39. PAIN, Amédée-Martin, né à Clermont (Oise). [*Essai sur le traitement des abcès par congestion.*]

40. POIRRÉ, Louis-Jean-Gustave, né à Paris (Seine). [*Des inflammations subaiguë et chronique du tissu cellulaire péri-utérin.*]

41. BOYER, Augustin-Barthélemy, né à Caylus (Tarn-et-Garonne). [*Des hémorrhoïdes, considérées surtout au point de vue chirurgical.*]

42. HOUDET, Augustin-Nicolas, né à Saint-Servan (Ille-et-Vilaine). [*De la cirrhose du foie.*]

43. FONTAN, Grégoire-Dominique-Sernin, né à Cazaux-Debat (Hautes-Pyrénées). [*De la médecine et de la chirurgie, considérées au point de vue du traitement des maladies.*]

44. PERROTTE, Prosper, né à Blaisy-Bas (Côte-d'Or). [*Du lipome.*]

45. LACHAUX, Antoine, né à Marseille (Bouches-du-Rhône). [*De la manie hystérique.*]

46. BEAUFORT (DE), Pierre-Élie-Philippe-Antonin, né à Saint-Benoît-de-Sault (Indre). [*Des causes de la phthisie pulmonaire.*]

47. CHONNOW, Jules, né à Brzostowitz (Russie). [*De l'allaitement.*]

48. BOURGAREL, Joseph-Émile, né à Toulon (Var). [*Des anomalies dans la fièvre typhoïde. De l'influence de l'âge sur cette maladie.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

FEUILLETON.

Les sectateurs de Pöschl ou d'une folie religieuse en Autriche, par le docteur F.-W. ZILLERN (de Salzbourg).

Plusieurs fois déjà nous avons indiqué les conséquences de certaines prédications ascétiques. Au point de vue de la raison, le sage s'afflige des tristes aberrations auxquelles peut conduire une imagination crédule et superstitieuse. Néanmoins, nous l'avons dit aussi, on a vu ces effervescences, expression exagérée d'une tendance instinctive, devenir, par compensation, le mobile d'une heureuse transformation dans les opinions et les mœurs sociales. L'épidémie religieuse de Finlande, dont nous avons extrait la relation d'un journal allemand, l'*Allgemeine*, nous a fourni un remarquable exemple de cette rénovation. Dans le récit suivant, emprunté au même recueil (1), l'exaltation fanatique, s'offrant sous des traits analogues et avec un semblable cortége de symptômes nerveux, eut malheureusement, après quelques années, un dénoûment violent et tragique.

C'est au commencement de ce siècle, et dans la Haute-Autriche, vers les confins de la Bohême, que se passèrent les événements que nous allons raconter. Les rayons de la civilisation n'avaient encore que faiblement pénétré dans cette partie de l'Allemagne. Les habitants, simples, laborieux, attachés au sol, menaient une existence retirée et toute patriarcale. On était aussi à l'époque des grandes guerres révolutionnaires. Arrivée à son apogée, la gloire militaire de Napoléon, du géant des batailles, fascinait tous les esprits. Mais la diversité des situations rendait les impressions bien différentes. En Allemagne, où pesait cruellement le fléau dévastateur, cette poésie avait quelque chose de lugubre. Le héros n'était guère que l'ogre de Corse, qu'un Attila épouvantable, dont la politique et la religion prenaient soin de grandir les proportions, en le peignant comme un lieutenant de l'Ange des ténèbres envoyé pour punir l'impiété et faire expier au monde le crime des idées nouvelles,

(1) 1856.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 2 avril 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DE LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE. PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Nous avons, dans le dernier article, rassemblé en un même groupe un certain nombre de lésions traumatiques auxquelles nous avons assigné plusieurs caractères communs. Nous avons insisté surtout sur les analogies extérieures. Il convient maintenant d'examiner les phénomènes intimes, la véritable physiologie pathologique.

J'ai déjà fait pressentir que le caractère de bénignité de toutes ces plaies était dû essentiellement à ce que l'inflammation y manquait ou restait dans des limites assez modérées pour que la suppuration, la gangrène et leurs suites fâcheuses fissent complétement défaut.

De là cette première proposition : *Les plaies sous-cutanées qui suivent leur marche naturelle ne s'enflamment pas ou s'enflamment légèrement.*

L'inflammation vive et arrivant jusqu'à la suppuration dans une plaie sous-cutanée doit donc être considérée comme un *accident* qui change complétement la nature du travail réparateur et place ces lésions dans les conditions essentielles des plaies découvertes ou béantes ou *exposées*, pour adopter l'expression de J. Hunter (1).

Cette absence d'inflammation était parfaitement connue de l'illustre chirurgien anglais et très catégoriquement énoncée dans ses écrits. Je ne veux pas rentrer ici dans l'historique, mais comme nous trouvons dans Hunter la théorie de M. J. Guérin à peu près tout entière, moins les exagérations, nous ne pouvons nous dispenser de citer quelques passages du *Traité du sang et de l'inflammation* (2).

« Dans les lésions accidentelles, qu'elles soient en elles-» mêmes légères ou considérables, et quel que soit leur siége, » si les phénomènes salutaires ci-dessus décrits (il vient de » parler du travail de la réunion immédiate) s'effectuent » rapidement, aucun autre effet morbide ne dérive de la lé-» sion ; *aucune irritation, aucune douleur*, ne survient » comme conséquence des opérations de la nature ; aucune » sympathie générale ou fièvre, excepté celle qui est l'effet » direct de la lésion, ne se manifeste : *tout est tranquille,* » *comme s'il ne fût rien arrivé...* » (Pag. 283.)

« Cependant, ces actions immédiates et salutaires ne s'ac-» complissent pas toujours telles qu'elles viennent d'être » décrites ; souvent elles sont modifiées par d'autres circon-» stances, car quelquefois la lésion devient une cause d'irri-» tation et *donne naissance à une autre action des par-» ties appelée inflammation.* » (Pag. 283.)

« Lorsque le premier mode d'union est impossible, il en faut » pour en produire un nouveau, une action secondaire, sa-» voir, l'*inflammation* ; et si ce second est impossible égale-» ment, il s'en forme un troisième par l'intermédiaire des » *granulations.* » (Pag. 287.)

« Les effets des lésions accidentelles qui peuvent être » guéries par première intention ne faisant aucun appel aux » puissances de la constitution pour concourir au travail ré-» parateur, la constitution n'est ni affectée ni troublée par » eux... Dans les cas même où *il survient un peu d'inflam-» mation*, c'est une action purement locale et si peu considé-» rable que la constitution n'en est point affectée parce que » les forces de la partie qui en est le siége suffisent ample-» ment à cette opération. L'inflammation peut produire une » légère douleur, mais l'acte de la réunion ne donne au-» cune espèce de sensation. » (Pag. 294.)

En France, tout chirurgien pouvait puiser dans Hunter ces principes dès le commencement de 1840, s'il n'avait pas jugé à propos de consulter l'original publié près de cinquante ans auparavant ; mais déjà, au commencement de 1839, le premier volume de la traduction française était publié, et nous trouvons à la page 454 un petit paragraphe fort clair : « Dans les cas de lésions traumatiques où nulle partie in-» terne n'a été *exposée* et dans ceux où cette *exposition* a » eu lieu, mais où, le rapprochement ayant été fait en temps » convenable, la vitalité d'aucune partie n'a été détruite, la » résolution s'opère promptement. »

Je ne puis pas multiplier ces citations, mais quiconque lira avec soin le chapitre de la *Réunion par première intention* (t. III, p. 271) y trouvera une description extrêmement fidèle des symptômes qui accompagnent la guérison des plaies sous-cutanées.

(1) Je ferai remarquer que *exposed* veut tout simplement dire *découvert*, de telle sorte qu'on aurait pu se dispenser d'introduire dans notre langue l'expression un peu vague de plaie *exposée*. Plaie couverte et plaie découverte sont synonymes de plaie sous-cutanée et de plaie non réunie.

(2) Il ne faut pas oublier que cet ouvrage admirable parut en 1793. La traduction française parut en 1840.

---

dont se propageaient insensiblement les ferments combustibles.

De telles conditions étaient, certes, de nature à favoriser les suggestions mystiques ; et l'on ne saurait s'étonner de l'étrange enthousiasme suscité, chez des natures ainsi prédisposées, par l'apôtre d'une doctrine ayant pour but la conversion des infidèles et notamment des Juifs, l'extirpation du mal, et la régénération universelle par le zèle du bien et la pratique des vertus.

Un mot de l'homme avant d'exposer les faits.

Th. Pöschl, le nouvel inspiré, naquit à Heviz, près Kouman, aux confins de la Bohême. Quoique d'un caractère doux, modeste, expansif, il laissa percer, dès sa jeunesse, ce qui n'est pas incompatible, une sorte de propension sombre et inquiète. Quelle était sa famille ? L'historien ne le mentionne point. Il ne dit rien non plus de la communion à laquelle il appartenait. Vraisemblablement Pöschl était catholique, la religion romaine dominant dans le pays.

Ayant achevé ses études à Linz, il fut ordonné prêtre en 1796. Jusqu'en 1806 sa carrière ne l'avait point distingué. Nommé vicaire à Brunau, l'État, en outre de cette fonction, lui avait confié l'enseignement religieux des écoles publiques.

Dans le temps dont il s'agit, les armées françaises occupaient le territoire autrichien, où Napoléon commandait en maître. Interprète de la douleur commune, un libraire, Palm, sous ce titre « *L'Allemagne à l'apogée de sa honte*, » publia un pamphlet qui causa une sensation générale. Terrible fut l'irritation du vainqueur. Traduit et condamné, le courageux écrivain paya de sa vie son imprudente hardiesse. Pöschl, en qualité de prêtre, dut l'assister à ses derniers moments.

On se figure sans peine l'impression que put occasionner à une âme sensible et juste le supplice d'un homme dont l'unique tort consistait dans la manifestation intempestive de son ardent amour pour sa patrie. Celle de Pöschl fut immense et profonde.

De cette commotion datèrent, selon toute apparence, les premiers bouillonnements de cette explosion qui eut lieu quelques années après. Souvent une idée, avant son éclosion définitive, mûrit ainsi dans une longue incubation. L'esprit, d'abord, ne l'entrevoit

M. J. Guérin croit avoir démontré un principe nouveau en disant : *Toutes les plaies pratiquées sous la peau, quels que soient leur siége et la nature des tissus divisés, participent à la propriété des plaies sous cutanées des tendons, c'est-à-dire qu'elles ne s'enflamment ni ne suppurent et s'organisent immédiatement* (1). Or, je trouve, ce me semble, exactement les mêmes idées dans Hunter, et j'adresserai même à M. J. Guérin le reproche d'être tombé dans une exagération que l'auteur anglais a su éviter. Il est évident que les plaies sous-cutanées suppurent quelquefois et s'enflamment plus souvent encore. L'expérience prouve également que l'inflammation peut exister dans une plaie sous-cutanée sans arriver à la suppuration et qu'alors, sauf un retard léger, la guérison s'opère en définitive aussi heureusement que si cette complication ne s'était pas montrée. Pour être dans le vrai, M. Guérin aurait dû noter soigneusement ces exceptions et en chercher l'interprétation.

Les passages que je viens d'emprunter à Hunter, démontrent qu'il concevait très bien la guérison des plaies sous-cutanées sans l'intervention de l'inflammation ; j'ai donc été fort surpris d'entendre, dans son premier discours, M. Guérin dire, en parlant de ses contradicteurs, qui d'après lui suivent les errements de Hunter :

« Ils prétendent que le travail de réparation sous-cutanée » est un travail d'inflammation adhésive : on a vu matériellement qu'il n'y a pas d'adhésion ; reste l'hypothèse de l'inflammation : quelles preuves en donnent-ils ? aucune. »

Et plus loin : « Ainsi donc l'opposition de la théorie hunterienne se résout dans la négation ou la non-observation » d'un fait capital : l'écartement des parties divisées et l'interposition d'une partie de nouvelle formation, et dans l'allégation d'une hypothèse gratuite l'inflammation adhésive » comme agent de cette formation (2). »

Je ne sais si quelqu'un a interprété ainsi les opinions de Hunter; mais s'il en est ainsi, j'affirme que ce quelqu'un n'a jamais lu cet auteur, et je m'étonne que M. Guérin le rende solidaire encore d'assertions aussi erronées et aussi éloignées de sa pensée. Comment Hunter n'admettrait pas l'écartement des parties divisées, lorsqu'il parle à chaque instant du *sang qui s'accumule* entre ces parties, qui s'y coagule et qui *rétablit* leur continuité. Il n'admettrait pas l'interposition d'une partie de nouvelle formation ; mais quel rôle fait-il donc jouer en cent passages à la lymphe coagulable, que dit-il donc à propos de la rupture du tendon d'Achille, « dont les deux » bouts restent toujours d'abord à une certaine distance, parce » qu'ils sont écartés l'un de l'autre par des forces opposées, » et qui guérit sans inconvénient quand il y a entre les deux » bouts du tendon rompu une petite séparation comme un » demi-pouce ou un peu plus. » (P. 408, t. Ier, 1840.)

Comment Hunter invoquerait toujours l'inflammation adhésive pour expliquer la réparation des plaies sous-cutanées ou non découvertes; mais c'est là une hérésie historique énorme, et je pourrais citer vingt pages où ce travail réparateur est soigneusement distingué de l'inflammation adhésive. Que veut dire celui-ci (il s'agit des plaies) : « Le traitement est naturel ou artificiel : par ces mots traitement naturel, je veux » désigner la *réunion par première intention*. Quand cette » réunion ne peut être obtenue, *un nouveau moyen d'union* » *se présente, l'inflammation adhésive*, et à défaut de ce » dernier un troisième, *la granulation* (1). »

M. J. Guérin répète en dix endroits que les plaies sous-cutanées ne suppurent pas, qu'elles ne guérissent pas par l'inflammation adhésive, mais bien par l'organisation immédiate, qu'il considère comme tout à fait spéciale, « comme un ordre de phénomènes à part, » et qu'il croit fermement avoir découverte. Hunter admet qu'il faut éviter la suppuration, qu'il ne faut considérer l'inflammation adhésive que comme une seconde ressource quand la première a manqué, et cette première, c'est la réunion par première intention, sorte de travail qui s'opère sans douleur, sans inflammation, sans réaction locale ni générale, et dans laquelle *tout est tranquille comme s'il ne fût rien arrivé*.

Tous les deux donc admettent trois choses distinctes : ce que le premier appelle *organisation immédiate*, le second le nomme *réunion par première intention*. Je vois deux noms différents : le premier est peut-être meilleur, parce qu'il est plus court ; mais dans les idées rien ne diffère, si ce n'est que les secondes ont sur les premières un droit d'aînesse de quarante-sept ans.

En 1840, M. J. Guérin ne connaissait point les idées de Hunter, ou il ne les connaissait que très imparfaitement, sans quoi il aurait remarqué qu'il ne faisait que les reproduire, en les altérant, et il ne nous les aurait certainement pas données comme entièrement nouvelles (2).

Je m'explique, du reste, comment M. Guérin a pu méconnaître les distinctions faites par Hunter. La méprise existe

(1) *Essai sur la méthode sous-cutanée*, 1841, p. 24.
(2) *Académie de médecine*, Discours du 17 février.

(1) T. Ier, 1839, p. 444. Voir la note de J.-F. Palmer au bas de la page.
(2) *Essai sur la méthode sous-cutanée*, p. 24.

qu'à travers un crépuscule ; puis, à mesure qu'elle se dégage, la passion s'en empare, transformant la timidité qui hésite en une foi brûlant de s'épandre.

A force de se mettre face à face avec sa pensée, Pöschl finit, l'étreignant de plus en plus, par arriver à ce degré de résolution qu'aucun empêchement ne rebute ni n'arrête. La mission du prophète se révèle en 1812. Pour en bien apprécier le caractère, il importe d'envisager les mobiles divers dont son action est la résultante. Luther proclame la liberté d'examen, tout en conservant sa fougue religieuse. Avant d'appartenir à la démocratie, Lamennais tend à la réformation sociale par d'éloquentes objurgations contre l'indifférence en matière de religion. Il y a quelque chose d'analogue dans l'histoire du sectaire allemand voulant fonder sur un idéal rigoureux de perfection chrétienne l'édifice de son culte, les assises de la vertu et l'empire de la justice. Tant, dans leur inconséquence, les esprits les plus généreux se méprennent aisément sur les signes de la tyrannie !

Ses premières prédications dénotent déjà, sinon des visions positives, au moins des colloques intimes. Pöschl non-seulement stigmatise avec force les superstitions régnantes, mais il attribue le plus grand pouvoir à l'intervention diabolique, et parle des pactes mystérieux auxquels il se dit initié. Dans les formules suivantes se résument, du reste, les points fondamentaux de sa doctrine :

« Nous ne sommes purs devant Dieu qu'en témoignant de notre activité et de notre zèle.

» Avant d'approcher du sanctuaire, il faut, chassant Satan, qui est en nous, laisser cet ennemi sur la place.

» Les hommes étant égaux et semblables, les divisions de caste et d'église doivent faire place à la communion universelle. »

Par ces phrases symboliques le but de l'apôtre est clairement marqué : c'est celui d'une foule de rêveurs dévoués qui attendent d'un retour à la communauté primitive l'*unité*, la *fraternité*, la *Jérusalem promise*.

Il est toutefois facile d'entrevoir que ces aspirations recèlent le germe d'une lutte dans laquelle Pöschl n'aura pas à compter avec

dans la plupart des écrits des chirurgiens français (1), elle consiste à ramener à deux phénomènes seulement les phases du travail de cicatrisation des plaies. On s'imagine que tout s'opère au moyen de l'inflammation adhésive et de l'inflammation suppurative. Toutes les fois qu'une plaie ne suppure pas, on pense que la première variété d'inflammation a existé mais que ses limites n'ont pas été franchies ; c'est ce qui a fait croire à M. Guérin qu'il avait découvert un troisième mode, comme l'indique la phrase suivante : « Cette combinaison du but et du moyen de la méthode a pour résultat » immédiat d'affranchir sûrement la plaie sous-cutanée de » toute inflammation suppurative et de donner lieu à un genre » de travail de réparation *différant matériellement de la » réunion adhésive de Hunter*. »

Voilà où conduit la confusion des expressions (2). Du reste, la suppression d'un des trois termes admis par Hunter doit être attribué à ses successeurs : en effet, au lieu d'admettre que la réunion par première intention et l'inflammation adhésive constituent deux phénomènes distincts, on en a fait un seul et même acte qui ne varie que par l'intensité plus ou moins grande de l'inflammation. L.-F. Palmer, le savant éditeur de Hunter, a consacré cette simplification, qui n'est peut-être pas très heureuse. (Voir la note 1re de la page 288, t. III.)

Certainement il y a des transitions insensibles entre les phénomènes qu'on observe à la surface d'une plaie depuis le moment où ses bords sont rapprochés jusqu'au moment où la réunion manquant la suppuration survient; mais l'inflammation n'arrive pas sur-le-champ. La première phase est caractérisée par une exsudation à la surface des tissus divisés, exsudation qui se rapproche beaucoup des phénomènes simples de la nutrition et de l'hypertrophie physiologique, qui ne s'accompagne souvent ni de douleur, ni de chaleur, ni de tuméfaction, ni de rougeur, qui en d'autres termes ne présente aucun des caractères classiques de l'inflammation. Cette période peut ne pas être dépassée : c'est le cas le plus heureux, celui où la régénération organique, l'organisation de la lymphe plastique, s'opèrent le plus favorablement. Très souvent elle accompagne seule l'opération de la ténotomie ; puis, comme le dit Hunter, qui a si bien décrit cette période d'exsudation et d'organisation, un *autre phénomène* peut survenir, et l'on voit apparaître les phénomènes classiques de l'inflammation; celle-ci peut encore rester simple avec des intensités diverses, sinon surgit un *troisième phénomène* bien différent des deux premiers caractérisés par l'apparition d'un élément nouveau particulier, le pus.

Des trois périodes les successeurs de Hunter suppriment la première; M. Guérin, de son côté, supprime la seconde. Je suis d'avis de rétablir purement et simplement l'opinion du grand physiologiste et d'admettre avec lui que la seconde période, c'est-à dire l'inflammation pure, n'empêche pas absolument l'exsudation et l'organisation de la lymphe coagulable. Cependant je me permettrai de ne pas être tout à fait de son avis, quand il admet que parfois cette inflammation « est souvent extrêmement utile en ce qu'elle augmente la » puissance d'union dans les parties divisées. » (P. 283, t. III.) Je pense que, faible ou forte, l'inflammation contrarie toujours l'exsudation et l'organisation immédiate, et d'accord avec M. J. Guérin, qui un des premiers, ce me semble, a édité cette vérité, je dirai avec lui « que dans toute plaie en» flammée il y a suppression du travail d'organisation et de » réparation normales, et que ces deux modes d'activité » physiologique ne reparaissent qu'alors que l'inflammation » cesse et à mesure qu'elle cesse (1). »

Et qu'on n'aille pas croire qu'il ne s'agit ici que d'une vaine discussion de mots et de personnes. J'aurais beaucoup abrégé cette exposition, s'il ne s'était agi que de rendre justice à Hunter ; mais comme ses idées me paraissent éminemment vraies et très utiles en pratique, je veux les rétablir dans tout leur jour et démontrer par là combien on a eu tort de les modifier. Étant donné une plaie sous-cutanée, on peut observer quatre terminaisons tout à fait différentes :

1° Aucun travail inflammatoire ne se développe : la ponction cutanée, le goulot (s'il existe), se réunissent immédiatement; le foyer est le siége d'un épanchement sanguin qui se résorbe plus ou moins vite; la lymphe plastique s'y accumule, réunit les parties divisées et peu à peu s'organise en silence.

2° Une légère inflammation envahit toutes les parties de

(1) Notre excellent ami, M. le docteur Broca, a déjà protesté contre la généralisation trop grande de l'inflammation adhésive.

(2) Voici un exemple bien curieux de cette confusion, faute de connaître le sens que Hunter attache au mot de réunion par première intention. M. Guérin regarde cette réunion comme impossible, et met à sa place un synonyme qui a exactement la même signification. Voilà le passage du discours du 17 janvier : « J'en ai conclu qu'à la place d'une *réunion par première intention matériellement impossible*, il existait un travail *d'un autre ordre* auquel j'ai donné le nom d'organisation immédiate. » Si M. Guérin avait lu Hunter et compris le sens qu'il donne à la réunion par première intention, il n'aurait point commis une pareille méprise. Qu'on dise donc maintenant qu'il est superflu d'assigner aux termes dont on se sert une signification rigoureuse et identique.

(1) *Méthode sous-cutanée*, p. 25.

---

les seules théories. Sa parole convaincue stimule la curiosité, échauffe la tiédeur, exalte l'enthousiasme. Les adeptes se multiplient ; des prêtres même grossissent leurs rangs. Chacun, à l'envi, sacrifie à sa foi par l'abnégation des jouissances mondaines et l'ardeur de la propagande.

Naturellement, le clergé s'émeut de cette effervescence. Des mesures de répression sont adoptées par le consistoire de Salzbourg, et, le bras séculier aidant, Pöschl, gardé momentanément en prison, est ensuite traqué par la police dans tous les endroits où il se montre.

Mais, loin de ralentir le zèle des croyants, ces persécutions, selon l'ordinaire, ne servent qu'à l'irriter encore. L'homme divin est accueilli comme un martyr. On se rassemble de nuit dans des maisons écartées. La semence fructifie, surtout dans le delta compris entre les deux routes aux environs de Candels.

Non content de la propagation orale, Pöschl ne néglige aucun moyen d'évoquer la sensibilité, d'en tendre toutes les fibres, et de transformer chaque néophyte en apôtre. Sous ce titre, que lui suggère l'instinct du succès, *Livre du cœur*, il compose une sorte de code mystique rempli de vignettes figurant les nouveaux symboles. Plus tard, il en fit un second, l'*Apocalypse*, où, entremêlées à des citations bibliques, étaient également peintes les scènes fantastiques objets de ses visions. Ces petits écrits se répandaient à profusion ; on en faisait des copies qui circulaient de main en main. Le colportage des images était lui-même considérable. Parmi les propagandistes les femmes ne se montraient pas les moins ardentes. Pöschl, connaissant leur organisation malléable, s'était particulièrement appliqué à s'en former des auxiliaires. Certaines réunions, consacrées à la joie et aux festins, rappelaient les anciennes agapes.

On s'habitue à tout. Grâce à cette disposition, et quelque peu aussi à l'aide d'affiliés puissants, l'autorité finit par fermer les yeux sur des excentricités qu'on espérait voir tomber avec le temps. Mais il n'entre point dans le sujet de décrire dans leurs détails les péripéties de cette partie aventureuse de l'existence de Pöschl. L'important, pour nous, est d'apprécier l'influence exercée sur les facultés cérébrales par des prédications fanatiques.

la plaie ; elle se manifeste par les signes connus. Sans doute elle retarde la guérison définitive ; mais cette inflammation, restant dans des limites faibles, se dissipe spontanément, ou grâce à un traitement approprié, le résultat est encore complétement heureux.

3° L'inflammation envahit une seule des régions de la plaie, tantôt le foyer, tantôt la ponction ; elle y acquiert une certaine intensité, et menace d'arriver à la suppuration ; mais l'autre partie de la plaie résiste à cet envahissement, et la réunion par première intention y persiste. Il arrive alors de deux choses l'une : si c'est le foyer qui s'enflamme, on observe tous les phénomènes d'un phlegmon sous cutané circonscrit ; si c'est la ponction, nous avons une plaie cutanée qui tend à se désunir et à se comporter comme les plaies exposées.

4° L'inflammation étant plus vive encore, la suppuration survient : tantôt elle envahit tout à la fois, tantôt une seule partie ; tantôt le pus reste confiné à l'intérieur ou à l'extérieur, tantôt la propagation a lieu de l'intérieur à l'extérieur, ou réciproquement, et toute la région de l'opération se trouve dans les conditions d'un abcès ouvert : la guérison n'est plus possible que par le travail qu'on désigne sous le nom de *seconde intention* (*troisième intention* de Hunter). L'opération peut être compliquée de phlébite, de gangrène, etc.

Voici, j'ose l'affirmer, le tableau exact de ce qu'on observe tous les jours dans tous les services de chirurgie. Voilà l'évidence qu'on pourrait se dispenser de démontrer à tout observateur qui a des yeux pour voir. De ces quatre terminaisons M. Guérin admet volontiers la première, l'organisation immédiate, comme il l'appelle. Il reconnaît aussi la troisième : exemple, ces phlegmons circonscrits qu'il a observés lui-même à la suite d'opérations sous cutanées, et qu'il a fait avorter par des ponctions sous-cutanées (1) ; et la quatrième aussi, c'est-à-dire la terminaison par suppuration. A la vérité, il dit que jamais la chose n'est arrivée entre ses mains et dans ses innombrables opérations; mais comme il dit aussi dans le même discours : « D'après ce que nous avons vu *maintes » fois* dans nos expériences *et chez l'homme*, il arrive que la » *plaie cutanée* se ferme et la plaie sous-cutanée sup- » *pure*, » nous laissons le lecteur choisir entre ces deux assertions diamétralement opposées, mais qui prouvent cependant une même chose, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de procédés qui *empêchent sûrement* la suppuration dans les foyers sous-cutanés, alors même que la plaie de la peau s'est immédiatement réunie.

(1) *Essai sur la méthode sous-cutanée*, p. 34, et Discours du 17 janvier.

Pourquoi donc M. J. Guérin se refuse-t il à admettre la seconde terminaison, c'est-à-dire l'inflammation adhésive de Hunter, ou pour nous l'inflammation proprement dite, entravant peut-être l'organisation immédiate, mais ne l'empêchant pas ; pourquoi ne voit-il pas d'autre alternative pour les plaies sous-cutanées que l'organisation immédiate ou la suppuration (1) ? Quand la plaie sous-cutanée offre de la sensibilité au toucher, quand la tumeur formée par l'épanchement sous cutané est chaude et douloureuse, quand la peau est un peu rouge et que les mouvements de la région sont pénibles, pourquoi trouve t il « assez difficile de se prononcer sur la nature de ces phénomènes? » (*Méthode sous-cutanée*, p. 26.) Il me semble que rien n'est plus simple à reconnaître : il s'agit d'un certain degré d'inflammation qui a envahi le foyer de l'opération.

Lorsqu'un principe généralement vrai a pénétré dans l'esprit d'un homme systématique, il le conduit presque toujours simultanément à l'erreur et à la vérité. M. Guérin part de l'idée vraie, que l'inflammation intense détruit tout travail d'organisation ; mais il méconnaît les cas, où l'inflammation étant plus légère, les deux actes réparateur et destructeur marchent parallèlement et luttent jusqu'au triomphe de l'un d'eux. Faut-il des exemples? Ils pullulent. J'enlève une tumeur d'un volume médiocre ; une artériole a été ouverte, puis liée : la plaie est réunie, la ligature sort entre deux points de suture. Le quatrième jour, les neuf dixièmes de la plaie ont joui des bénéfices de la réunion par première intention de Hunter ; dans le dixième restant, l'inflammation a parcouru toutes ses phases ; la suppuration est survenue le long du fil. Le travail réparateur a supporté sans fléchir le dangereux voisinage de l'inflammation.

Une dame fit une chute dans laquelle elle se heurta le tibia contre une pierre ; il se fit immédiatement une ecchymose considérable *sur laquelle la peau s'enflamma violemment*. On conseillait d'ouvrir la tumeur. J. Hunter, pensant qu'il ne s'était point encore formé de pus, recommanda à la

(1) Voici des passages qui montrent combien M. Guérin est exclusif : « Mes expé» riences et mes opérations sur l'homme..... montrent à leurs différentes périodes » l'absence de tout phénomène d'inflammation suppurative *et par contre* le fait de l'or» ganisation immédiate. » (*Méthode sous-cutanée*, p. 30.)

En parlant des tentatives de Delpech et Stromeyer : « Le résultat de cette opération » (la ténotomie) est *une alternative empirique de cicatrisation immédiate et de » suppuration.* » Discours du 17 janvier.

Sous un fonds commun, elle a varié d'intensité et de forme. Chez les uns, le trouble s'est borné aux entraînements d'une foi exaltée. Confiants dans la parole du maître, zélés à s'en rendre les échos, crédules aux faits de surnaturalisme, agités tour à tour par l'espoir des récompenses célestes ou les terreurs de la damnation, fermes contre les rigueurs, ils se dépouillaient, dans leur aveugle soumission aux préceptes, de leurs objets les plus précieux, superbes parures, riches bijoux, vêtements de soie, tout ce qui, en un mot, l'or compris, sert à alimenter un luxe corrupteur et stérile.

D'autres, en proie à une véritable folie, étaient le jouet de fascinations déplorables pendant lesquelles ils se croyaient en rapport direct avec Dieu, la Vierge, les anges, les saints et les démons. Un bon nombre éprouvaient en outre des mouvements convulsifs, des accès extato-cataleptiques, complications et souvent mobiles des fausses perceptions.

En vertu du pouvoir dévolu au diable, les idées de possession dominaient. Ce pouvoir, à l'origine, n'était vraisemblablement qu'une figure. Satan représentait le mal ; mais plus tard la fiction prit un corps, la personnification se réalisa, et le délire acquit des proportions extrêmes. La violence de l'agitation mesurait celle de la lutte.

En cet état, l'exorcisation dut venir en aide à la faiblesse du patient. Pöschl en régla le cérémonial et nomma, pour remplir cette fonction, un exorciseur en titre, *chasseur du diable*. Il en établit même plusieurs, le premier ne suffisant pas à la besogne, tant affluaient de tous côtés les malheureux démonomaniaques !

Les exorcisations, qui se faisaient en public et avec solennité, attiraient un grand concours. Le possédé, vêtu d'habits d'or et de soie, se mettait à genoux au milieu des assistants, la face tournée vers un tableau mystique appendu au mur. On lui plaçait une croix sur le front. L'exorciseur procédait alors à l'œuvre de sa délivrance. Il lui enlevait ses vêtements, l'aspergeait d'eau bénite ; puis, après de vives exhortations, apostrophant d'une façon terrible et par son nom propre celui des diables qu'il jugeait s'être emparé du domicile, il lui ordonnait de sortir, en prononçant d'un ton inspiré ces mots sacramentels : *Vade retro, Satanas !*

malade de prendre patience. L'inflammation cessa, et toute la tumeur fut absorbée (t. III, p. 282).

Je suppose trois plaies simples médiocrement étendues et réunies par la suture. L'adhésion est parachevée au bout de quarante-huit heures, sans le moindre vestige d'inflammation. A l'une des plaies on enlève les épingles, et tout est fini. Dans le second cas, l'inflammation survient au troisième jour; on enlève sur-le-champ les épingles; on emploie les antiphlogistiques s'il y a lieu. Guérison prompte sans désunion. Dans le troisième cas, l'inflammation survient, s'accroît, la désunion des lèvres commence; on s'obstine à laisser les épingles pour obtenir une réunion que, par cela même, on rend impossible. Tout suppure, et la difformité s'accroît de la section des bords de la plaie par les agents de la suture. Voici une fracture de l'olécrane assez simple et sans plaie à la peau. L'articulation devient le siége d'une inflammation modérée. Des sangsues, destinées à la combattre, sont, par mégarde, appliquées à la partie postérieure du bras, vis-à-vis même du foyer profond. Une des piqûres s'enflamme. La peau est mince dans cette région. L'inflammation franchit la mince barrière formée par les couches profondes du derme; elle envahit le foyer : celui-ci suppure, et le pus s'écoule par la piqûre.

Tous ces exemples, que je pourrais multiplier à l'infini, sont-ils perdus pour la pratique? Non, par bonheur. Ils proclament tous que toute opération chirurgicale peut susciter un accident redoutable deux fois plus fréquent à lui seul que tous les autres, et qu'il faut toujours prévoir, prévenir quand on le peut, combattre quand il paraît, pallier quand il est le plus fort. J'ai nommé l'inflammation, faible ou forte, restreinte ou étendue, adhésive ou suppurative, l'inflammation, en un mot, quelle qu'elle soit, et il faut se hâter d'autant plus, qu'à sa première apparition l'ennemi peut de coutume être facilement vaincu.

Si l'inflammation fait la gravité des plaies sous-cutanées accidentelles, fractures, ruptures musculaires, contusions, des plaies sous-cutanées accidentelles par instruments piquants; si elle fait échouer les réunions immédiates; si elle a parfois aggravé des opérations sous-cutanées pratiquées sur des tendons, des muscles, des veines, etc., c'est d'elle qu'il faut s'occuper d'abord; après quoi on verra quelles en sont les causes, et on comptera parmi elles, s'il y a lieu, le contact de l'air avec les surfaces divisées. Voici le véritable mot d'ordre, voici la théorie fondée sur les faits, utile à la pratique et fécondée par elle.

Le défaut d'espace m'empêche d'aborder ici une question de la plus haute importance : je veux parler du phénomène de la réunion par première intention étudié en lui-même, ou, en d'autres termes, de l'organisation de la lymphe plastique qui s'épanche entre les surfaces divisées; je me contenterai de constater que M. J. Guérin a pris à peu près complétement la théorie de Hunter sur le rôle du sang épanché et sur l'organisation de ce fluide. « Si l'air extérieur n'intervient pas, dit-il, » une partie de ce sang est résorbée, l'autre partie s'organise; » c'est un *fait incontestable*, que mes observations immé- » diates *ont mis hors de doute*, et dont j'aurai occasion pro- » chainement de soumettre toutes les phases et toutes les » particularités à l'Académie. » (*Mém. sur les plaies sous-cutanées*, p. 62.)

Malheureusement ces preuves péremptoires n'ont jamais vu le jour, et sans doute elles ne le verront jamais. Depuis la plus haute antiquité, les opinions ont toujours été très partagées sur les destinées du sang épanché, et si les auteurs qui ont admis les nombreuses métamorphoses de ce sang ont souvent promis la démonstration du fait, je ne m'aperçois pas qu'ils l'aient jamais fournie. Pour ma part, je rejette cette théorie après l'avoir longuement examinée, et je n'hésite point à contredire en cela J. Hunter qui l'a longuement développée, M. Velpeau qui l'a importée en France, et M. J. Guérin qui l'a adoptée à son tour. Il serait à désirer que l'Académie mît à l'ordre du jour cet intéressant problème, qui intéresse à un si haut degré la pathologie tout entière.

J'ai hâte d'arriver à l'action de l'air, sur laquelle roule en grande partie le débat actuel.

Toutes les variétés de lésions sous cutanées que j'ai énumérées dans le précédent article, sont susceptibles d'être envahies par l'inflammation et la suppuration : c'est un fait incontestable et qui n'a plus besoin d'être prouvé. Il ne s'agit plus que de chercher les causes de cette inflammation : je les crois multiples; M. J. Guérin l'a pensé aussi à une certaine époque, mais depuis 1840 il a changé d'idée, et il ne voit plus qu'une cause unique : le contact de l'air avec les surfaces divisées; il s'est efforcé, sous ce rapport, d'écarter jusqu'au moindre doute; il s'est fanatiquement fermé toute issue; il a, si je puis ainsi dire, brûlé jusqu'à son moindre vaisseau, et c'est là qu'il est vraiment original et seul sur le terrain.

Suivant M. Guérin, J. Hunter représenterait la partie adverse d'une manière tout aussi tranchée; nous allons donc mettre aux prises les deux antagonistes, qui, à mon avis, ne

---

Cette scène produisait toujours une forte émotion dans l'assistance. Il était rare, surtout quand la nuit y ajoutait son mystère, qu'elle ne fût pas le signal de crises délirantes où l'on voyait les convulsionnaires se précipiter en tumulte vers le tableau et frapper le mur en invoquant à haute voix le nom divin. L'air surtout retentissait d'acclamations, si l'exorcisé recouvrait son calme. On applaudissait à la fuite du diable.

Quelques traits, empruntés aux observations les plus marquantes, permettront de juger du caractère des aberrations.

Marie H... suit avec ferveur les exercices religieux. L'office, selon elle, purifie toutes les souillures, ce qui ne l'empêche pas d'être cruellement obsédée par le diable, qui s'accroupit sur elle et se pose sur son épaule. Pöschl seul est son refuge dans les rudes combats qu'elle livre.

H..., transportée dans les régions divines, aperçoit la mère du Sauveur aux pieds du trône de Dieu. Les yeux noyés de pleurs, Marie implore, mais en vain, la miséricorde du Père céleste envers les pécheurs.

Joseph H... était un artisan sensé. Par malheur, s'engouant du nouveau culte, il s'y adonne avec une telle exaltation, qu'au bout de cinq ans il tombe dans une folie mélancolique avec convulsions et extase. Dieu lui apparaît assis majestueusement sur son trône et ayant à ses côtés la Reine des cieux, brillante et radieuse. Lui-même se croit investi de la mission d'enseigner et de prédire.

Un relieur a composé des lettres que des anges colportent en les commentant.

Une jeune fille est saisie d'attaques convulsives accompagnées de perte du sentiment. En sortant de sa crise, elle se sent glacée et se figure avoir le corps tout noir, le diable s'étant introduit en elle.

Après plusieurs heures de contemplation mystique, E... entre dans une sorte de rage convulsive. Quatre personnes ont peine à la contenir. Cette tourmente, due à un combat diabolique, cède à mesure que le bon esprit l'emporte sur le mauvais, c'est-à-dire que la clairvoyance succède au délire hallucinatoire.

Rose G... éprouve des accidents analogues. On la met au lit;

sont pas si éloignés qu'on pourrait le croire. S'il ne s'agissait que de la constatation d'un fait brut, ils s'entendraient fort bien; mais c'est lorsqu'on arrive à l'interprétation de ce fait que le désaccord commence.

Hunter nous dit : « Si les parties internes, et principale» ment le tissu cellulaire, qui sont découvertes (exposées) » par la blessure ne sont pas mises en contact avec les par» ties vivantes correspondantes, soit immédiatement, soit avec » l'intermédiaire du sang coagulé, elles s'enflamment et sup» purent. Les lésions de cette seconde division (plaies expo» sées) diffèrent de celles de la première (plaies non expo» sées) en ce qu'elles établissent une communication de » l'intérieur à l'extérieur. » (T. III, p. 285.)

Comme il est évident que le contact de l'air existe pour les secondes et non pour les premières, on se demande de suite si la cause des différences n'est pas là. Voyons donc ce que dit Hunter : je remarque tout d'abord qu'il est beaucoup plus *aérophobe* qu'on ne paraît le croire. « J'ai déjà fait » observer, dit-il, que l'exposition au contact de l'air est » pour les surfaces internes une *cause immédiate d'inflam» mation*. Quand la totalité d'une cavité est ainsi *exposée*, » la totalité de sa surface interne contracte l'inflammation. » Or, il est à remarquer que, toutes les fois qu'une cavité est » ouverte, le simple contact de ses parois l'une avec l'autre, » ou même avec toute autre partie vivante, forme une limite » à la cause immédiate d'inflammation *qui est l'exposition » à l'air extérieur*. » (T. Ier, p. 447. 1839.)

On voit de suite combien M. Guérin était dans l'erreur quand il nous disait, le 17 janvier dernier : « Hunter, que » l'on peut considérer comme le grand arbitre de cette diffi» culté, n'hésite pas à déclarer que l'air *n'est pour rien* » dans la différence des phénomènes propres aux plaies » exposées et aux plaies non exposées. » Il me semble que Hunter dit tout le contraire de ce qu'on lui fait dire.

Mais je vois poindre la raison de cette erreur de M. Guérin. Il confond partout la suppuration et l'inflammation; et de ce que Hunter ne regarde pas l'air comme l'agent direct, fatal, nécessaire de la *suppuration*, M. Guérin en a conclu qu'il *refusait à ce fluide toute influence sur les plaies*. Cette interprétation est absolument inexacte.

Je voudrais que le lecteur comprît bien cette différence. Hunter admet que l'exposition au contact de l'air amène nécessairement l'inflammation, mais non nécessairement la suppuration. Sa pensée se développe très nettement dans les passages suivants (t. I, 464; t. III, 451) : « Il est très dif» ficile de donner une idée claire et exacte de la *filiation » des causes* qui mènent à la suppuration. L'irritation simple » ne suffit pas toujours; souvent elle n'engendre que l'in» flammation adhésive... Le contact de l'air sur les surfaces » internes, par suite de la destruction d'une partie, a été con» sidéré généralement comme la *cause* de l'inflammation » suppurative; mais l'air n'exerce certainement pas une telle » influence, car le même stimulus naîtrait d'une plaie même » dans le vide (assertion sans preuve), et l'air n'a aucun accès » dans les tissus qui forment les abcès circonscrits et qui » cependant contractent l'inflammation suppurative aussi » facilement que les surfaces exposées. » Hunter cite alors les cas d'emphysème sans suppuration et le contact permanent et innocent de l'air atmosphérique avec les cavités osseuses et les sacs aériens des oiseaux. Et il termine enfin par ces mots : « Ce n'est donc point le contact de l'air qui » est la *cause* de la suppuration. »

Si j'ai bien compris la pensée de Hunter, voici comment on peut la résumer : l'air atmosphérique est une cause d'inflammation pour les plaies exposées. Mais ce n'est point la cause unique de la suppuration, 1° parce que l'air peut être infiltré dans les mailles du tissu cellulaire, comme dans l'emphysème, ou remplir une cavité séreuse (t. III, p. 394) sans amener de suppuration ; 2° parce que la suppuration survient très souvent au milieu de nos tissus, là où l'air ne pénètre nullement, comme dans les abcès circonscrits par exemple.

Mettons en parallèle l'opinion de M. J. Guérin, et nous y découvrirons sur-le-champ une exagération tout à fait inacceptable. Il nous dit : « Quand nous affirmons que l'air » est l'agent de la suppuration des plaies, nous établis» sons que cela est par deux ordres de preuves; nous mon» trons que *toujours* la suppuration a lieu au contact de » l'air, et qu'elle n'a *jamais* lieu en l'absence de ce con» tact... Les plaies sous-cutanées ne suppurent pas, elles » doivent ce privilége à l'absence du contact de l'air... » D'après l'expérience, la suppuration n'est produite qu'en » vertu du contact permanent, ou au moins très prolongé, de » l'air... La démonstration expérimentale du fait de l'in» fluence de l'*air comme agent de la suppuration* s'est » donc accrue et fortifiée des résultats absolus et relatifs de la » méthode sous-cutanée. »

Tous ces passages, extraits du discours du 17 février, tendent à démontrer que, dans l'esprit de M. Guérin, il y a liaison intime et réciprocité entre deux faits, la suppuration

---

es convulsions redoublent. Survient un exorciseur qui force le diable à se retirer, et Rose G... est soulagée.

Marie M... est délivrée par une semblable intervention. En proie à une tristesse apathique qui l'éloignait du travail, l'infortunée, courageuse auparavant, ne savait plus que s'accuser et se désespérer, dans la persuasion qu'elle avait commis des péchés mortels irrémissibles.

Parfois la folie affectait des formes bizarres. Certains insensés aboyaient comme des chiens, beuglaient comme des taureaux, etc.; et, d'ailleurs, il y en avait chez lesquels les dispositions étaient loin d'être inoffensives : témoin un père qui, pour se présenter devant Dieu, s'apprête à immoler son enfant; un mari qui se précipite sur sa femme pour la tuer; une mère qui conseille à sa fille de se sacrifier.

Pour qui l'observation des maladies nerveuses est habituelle, toutes ces anomalies sont vulgaires. La superstition seule a pu faire considérer de pauvres fous comme des inspirés de la Divinité ou des victimes du pouvoir infernal. L'illusion, de même que la présomption, procède de l'ignorance. En toute matière, qui doute moins et affirme plus résolûment que celui qui n'a point appris ? La folie pöschelienne ressemble à tous les fanatismes nés sous de pareilles instigations morales. On y retrouve les particularités qui se manifestèrent chez les convulsionnaires des Cévennes, de Saint-Médard, de Loudun et de Finlande.

Les maisons d'aliénés abondent, notamment, en types comparables. Les illuminés, les prophètes, les régénérateurs, les démonomanes, incubes, succubes ou autres, figurent en assez grand nombre parmi les mélancoliques. Dans les névroses convulsives, épilepsie, hystérie, catalepsie, extase, dans le *delirium tremens* lui-même, le spasme ou le chaos cérébral occasionne également des phénomènes intuitifs et hallucinatoires qui revêtent souvent le caractère des préoccupations dominantes. Un de nos malades, porté à la défiance, se croit toujours en butte, après ses attaques qui éclatent par séries, à de violents outrages, à de révoltantes obscénités. De là sa colère, ses récriminations, ses plaintes. Un autre, suivant la nature des apparitions et des voix dont il est assailli, adore la Vierge ou réclame un confesseur.

d'une part, le contact de l'air d'une autre part; qui dit l'un suppose l'autre; ou en d'autres termes, lorsqu'une plaie suppurera, on pourra affirmer qu'elle a subi le contact de l'air, même lorsque ce contact aura passé inaperçu et sera impossible à démontrer. De cette première hypothèse, M. Guérin est conduit à une foule d'autres Il ne paraît tenir aucun compte des faits de suppuration profonde et spontanée, car nulle part il n'y fait la moindre allusion. Il est plein d'hésitation quand il faut déterminer exactement la durée du contact de l'air nécessaire pour que la suppuration survienne. Il rejette les faits d'emphysème et les expériences qui montrent que l'air peut être impunément insufflé dans les plaies sous-cutanées; il invoque contre elles toutes sortes de raisonnements médiocres, « qui suffisent peut-être pour » enlever à ces expériences tout le crédit et l'autorité avec » lesquels il (M. Malgaigne) les a présentées...; et d'ailleurs » il n'a pas besoin d'insister pour montrer le peu de valeur » et d'autorité qu'ont en général les expériences négatives!! »

Il est facile de reconnaître que, malgré son habileté et ses convictions, M. Guérin est mal à son aise dans cette discussion; à chaque instant le sol manque sous ses pieds, et il ne se relève que par des subtilités qui feraient peut-être merveille au Palais, mais qui retardent et embarrassent, sans l'empêcher, l'avénement de la vérité.

Vingt arguments décisifs puisés, soit dans les faits eux-mêmes, soit dans les hésitations de M. Guérin, démontrent qu'il a fait jouer à l'air un rôle beaucoup trop grand en le considérant comme la cause unique de l'inflammation et de la suppuration des plaies.

Hunter avait été trop négatif, M. Guérin est beaucoup trop affirmatif, et son erreur est comparable à celle d'un chirurgien qui, remarquant que toutes les fois qu'un corps étranger reste dans une plaie il en résulte de l'inflammation et de la suppuration, en conclurait que ces deux phénomènes ne peuvent naître que sous l'influence de cette cause, et dirait hardiment:

Tout corps étranger, introduit dans une plaie, provoque l'inflammation et la suppuration : donc toute plaie qui s'enflamme et suppure renferme un corps étranger.

Je féliciterais quiconque serait satisfait d'une telle démonstration *rationnelle;* mais plus curieux ou plus incrédule, j'aimerais mieux voir ou toucher le corps étranger.

Ar. Verneuil,
Agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

Eh! comment ne pas caractériser ce qui se passe à l'Académie? Comment ne rien dire de cette émouvante discussion qui fait « *hurler la grand'salle* » et lieux circonvoisins, et où courent chaque mardi tant d'habits noirs, que le bourgeois de la rue des Saints-Pères, ennemi des révolutions, commence à s'en inquiéter! Une discussion? non, un vrai drame, et du goût le plus moderne: *la salamandre avec l'ondine, le gnôme avec le sylphe*, comme dit le maître, c'est-à-dire le laid à côté du beau, l'éclat de rire succédant aux bouillonnements de la passion, la haine qui se répand dans l'atmosphère comme un gaz méphitique, tantôt filtrant sourdement par une infinité de petites ouvertures obliques et cachées sous les fleurs, tantôt crevant la surface dans une explosion de tempête; des personnages qui prennent tour à tour l'air fatal, mélancolique et victimé, avec une voix languissante, ou bien l'air narquois et triomphal; toutes les machines, et les machinations, et les émotions du théâtre, des embûches, des trappes, des attrapes, des interruptions, des murmures, des applaudissements, et jusqu'à cette bonne lame de Tolède qu'on croyait reléguée chez les marchands de ferraille et dont un académicien a montré la pointe, par deux fois, en pleine séance, à son adversaire.

— Ce mot là vaut du sang! — Mon injure en demande!
— Où se répandra-t-il? — Pourvu qu'il se répande,
N'importe! etc.

Que vous dirai-je? l'Esculape de l'Académie ne se sert plus de son bâton que pour en jouer à la façon d'un professeur de l'art, et son serpent n'est qu'une vipère.

Combien tout cela est triste! Le corps médical est unanime, ou peu s'en faut, pour déplorer un pareil spectacle. Peut-être serait-il équitable de faire ici à chacun la part de ses torts, et nous aurions, en ce qui nous concerne, à redresser sur plus d'un point la mémoire ou le jugement de quelques collègues de la presse. Mais ce qu'il nous paraît y avoir de plus urgent, c'est d'en finir avec cette fâcheuse page d'histoire contemporaine. Nous nous bornerons donc aujourd'hui à souhaiter que, dans tout le reste du débat, qui est loin d'être épuisé, il n'y ait pas de nouvelle rencontre entre deux adversaires qui ne peuvent se trouver en présence sans s'échauffer, et que la question de priorité fasse place le plus tôt possible à la question de science et de pratique. Nous demandons aussi que l'argument impie du duel, si l'on croit pouvoir s'en servir au dehors, ne se produise jamais, du moins, à la tribune.

D'autres orateurs sont inscrits: nous ne doutons pas qu'ils ne répondent, par leur modération, au vœu exprimé en si bons termes par M. le Président. A. D.

Il faut donc, écartant la surnaturalité, ramener ces faits étranges à leur explication physiologique. La surexcitation, s'exerçant sur des organisations nerveuses, justifie suffisamment le mélange des deux ordres de symptômes avec toutes ses conséquences. On le concevra, surtout, si l'on considère quelle force a dû ajouter à l'action des causes l'imitation, cette puissance électrique qui fait que, comme le bâillement, le rire ou les larmes, l'enthousiasme et la convulsion se communiquent d'une personne à une autre.

La conduite de Pöschl exprime, du reste, les gradations d'une véritable monomanie. C'est d'abord une tendance puisant son mobile dans une impression grave. L'idée fixe se fortifie et s'enracine par une élaboration intime de plusieurs années. Devenue virile, elle se produit, mais avec timidité; plus tard, l'enivrement du succès efface la réserve, la violence remplace la persuasion. Pöschl, dans le principe, n'aspirant qu'à être toléré, en appelait aux seules convictions; maintenant il s'impose, menace, tonne, et, nouveau Polyeucte, ne craint pas, à son péril, de renverser les idoles. Ainsi vont beaucoup de nos malades, caressant longtemps leurs chimères dans leur for intérieur, hésitant de moins en moins à les dévoiler, puis s'abandonnant sans vergogne à toutes les extravagances qu'elles leur suggèrent.

Ici-bas, la prospérité n'est pas toujours une garantie de durée. Comme en un ciel serein un point noir prend subitement les proportions d'un formidable orage, le moment de la plus haute élévation avoisine souvent celui de la chute. Une catastrophe imprévue devait ainsi arrêter les folies pöscheliennes dans leur course triomphale. Les prédictions du maître fixaient au dimanche des Rameaux 1817 l'époque définitive de la conversion universelle. On avait préparé pour ce jour-là une solennité monstre, à l'effet de célébrer un si glorieux événement. Les adeptes se dirigeaient en foule vers Prague, lieu du rendez-vous. On ne voyait sur les routes que pèlerins, de tout âge et de tout sexe, sains ou infirmes, qui, bravant la faim et les intempéries, s'abritaient, la nuit, où ils pouvaient, dans des granges, des masures, des cavernes, ou sous des arbres au milieu des champs.

Ce débordement avait-il un but secret? L'autorité s'en alarma

III.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES SUR UN IMBÉCILE ÉROTIQUE CONVAINCU DE PROFANATION DE CADAVRES, par le docteur MOREL, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon.

A M. le docteur BÉDOR, *médecin de l'hospice civil à Troyes,*

Membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, médecin du dépôt provisoire d'aliénés de l'Hôtel-Dieu de Troyes, etc.

Troisième lettre. (*Deuxième partie.*)

Lorsqu'au commencement de ce siècle, sous l'influence de Pinel, et plus tard sous celle d'Esquirol, l'aliénation mentale eut pris son rang parmi les diverses spécialités de l'art de guérir, une classification plus méthodique des diverses formes de vésanie ne tarda pas à s'organiser. Que cette classification, malgré les efforts continués jusqu'à nos jours, n'ait pas atteint son dernier degré de perfection, c'est ce que je suis le premier obligé de reconnaître. Néanmoins, il faut bien admettre que les discussions qui ont surgi à ce propos chez les meilleurs aliénistes ont imprimé à la science un progrès incontestable, et que l'attention a été fortement éveillée sur le sujet important de la perversité des actes dans ses rapports avec la conservation plus ou moins intégrale de l'intelligence. Je n'en veux d'autres preuves que les discussions si profondes qui, dans certaines circonstances déterminées, ont éclaté chez les magistrats et les médecins pour les faits afférents aux diverses monomanies.

Si, pour ce qui me regarde, j'ai cru, dans ces derniers temps, et à la suite de médecins distingués qui avaient déjà pris l'initiative, devoir m'élever contre la manière, absolue peut-être, dont Pinel, Esquirol, Marc et Georget avaient interprété les actes des *monomaniaques*, je n'ai pas cédé au sentiment si vulgaire d'une réaction qui ne voit un progrès que dans la négation absolue ou l'incrimination de la manière de voir de ceux qui nous ont précédé. J'ai rendu, comme je le devais, pleine et entière justice à Pinel et à son école. J'ai démontré comment cet illustre médecin et ses élèves furent amenés naturellement à cette idée que l'aliénation mentale pouvait bien n'être, dans certains cas, qu'un phénomène circonscrit, isolé, local, ne portant que sur un sujet ou un petit nombre de sujets, et laissant à l'individu l'intégrité de la raison sur tout le reste. J'ai fait ressortir le service incontestable que ces médecins rendirent à la cause de l'aliénation, en parvenant ainsi à faire absoudre, en justice, des aliénés qui jusque-là avaient subi la peine capitale, dans les cas où la conservation plus ou moins complète de l'intelligence semblait leur laisser toute la responsabilité de leurs actes. Mais, tout en faisant ces concessions, je posais aussi mes réserves, et je soutenais, comme je le soutiens encore, qu'en admettant même un délire circonscrit à un objet ou à un petit nombre d'objets, un délire systématisé, comme je l'ai appelé, il était de toute nécessité d'étudier d'une manière plus radicale le mode de production de ces sortes d'aberrations de l'intelligence et des sentiments, leurs transformations diverses et leur connexité avec un état maladif qu'il était très important de faire ressortir, non-seulement au point de vue du pronostic médical, mais encore au point de vue de la médecine légale des aliénés.

Reprenons la question où Pinel l'avait laissée. Cette revue rétrospective ne sera pas longue, et nous reviendrons promptement à notre sujet. Au reste, la théorie critique des différentes monomanies instinctives a été faite par un de mes élèves, M le docteur Bariod, et, sans vouloir le suivre exclusivement sur le terrain de sa polémique, j'emprunterai à ce jeune médecin quelques-unes de ses considérations.

Pinel, après avoir divisé, ainsi que l'établit M. Bariod, les maladies mentales en manie, mélancolie, démence, idiotisme, se demande si la manie peut exister sans une lésion de l'entendement. A l'exemple de Locke, dit-il (page 155 de son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*), il avait d'abord pensé que la manie était inséparable du délire; mais ses recherches à Bicêtre ne lui permirent plus d'avoir la même opinion. *Il y a des aliénés*, dit-il, *qui ne présentent à aucune époque une lésion de l'entendement;* ils sont dominés par une sorte d'instinct, de fureur, comme si les facultés affectives seules étaient lésées. Et à l'appui de cette proposition si importante, comme révélant une forme particulière d'aliénation mentale, la *manie sans délire*, l'auteur cite immédiatement les trois faits principaux suivants :

« 1° C'est un fils unique élevé sous les yeux d'une mère » faible et indulgente; il prend l'habitude de se livrer à tous » ses caprices, à tous les mouvements d'un cœur fougueux » et désordonné. L'argent qu'on lui prodigue semble lever » tout obstacle à ses volontés suprêmes. Il s'exaspère à la » moindre circonstance; il attaque avec audace; il vit con» tinuellement dans les querelles et les rixes. Il a souvent des » procès, subit de fréquentes condamnations pour ses vio-

---

et résolut de le refouler, même par la force. La répression amena la résistance, la résistance la bataille. Plusieurs centaines d'individus furent tués, un plus grand nombre emprisonnés; la crainte en rendit quelques-uns fous et fit taire le reste. Plus de chefs, d'ailleurs, plus de soldats. Ainsi s'éteignit une propagation qui devenait redoutable. K..., le principal exorciseur, remis quelques mois après en liberté, reprit son métier de tailleur. Quant à Pöschl, soumis à une surveillance rigide, il mena désormais une vie languissante, et succomba misérablement, en 1837, à l'aliénation mentale.

DELASIAUVE.

La spécialité de l'aliénation mentale vient de faire une perte très sensible dans la personne du docteur Follet, médecin directeur de l'Asile des aliénés de Saint-Athanase, près Quimper.

Il y a quelques jours, M. Delasiauve rendait compte, dans ce journal, des travaux de M. Follet, et rappelait justement tous les titres de cet homme de bien aux sympathies de ses collègues et à la reconnaissance des aliénés de Saint-Athanase, asile dont il a été le véritable créateur.

M. Follet appartenait à cette phalange de médecins aussi dévoués que modestes qui, depuis Esquirol et Pinel, ont consacré leur existence à la cause des aliénés, en se donnant, corps et âme, à l'organisation des asiles tels que la loi du 30 juin 1838 les a constitués dans leur principe. Il a fait sortir l'asile de Saint-Athanase de ses ruines.

Aux conseils que je me permettais de lui donner quelquefois sur sa santé, qu'il ne ménageait pas assez, il me répondait par ses projets de publication sur les résultats comparés de quatre cents nécroscopies d'aliénés, qu'il avait faites lui-même avec le plus grand soin. Il est incontestable, pour quiconque connaît la sagacité d'observation de cet infatigable médecin, que son travail eût été destiné à élargir l'horizon des études de pathologie mentale. M. Follet travaillait à cet ouvrage le matin du jour même où il a succombé; et quoique sa santé eût reçu des atteintes sérieuses à la suite des fatigues que cet excellent confrère avait éprouvées, rien ne pouvait faire prévoir une fin aussi proche, surtout à un âge encore peu avancé.

Il nous reste l'espoir que son digne successeur et gendre, M. le docteur Baume, utilisera, dans l'intérêt de la spécialité, les travaux inédits de son beau-père, dont il était devenu l'un des utiles collaborateurs.

A. MOREL.

» lences. Il met souvent à mort un animal qui lui procure » le moindre dépit. Cependant, à la tête d'un grand domaine, » il le régit avec un sens droit, il remplit ses autres devoirs » de la société et même est bienfaisant. Un jour, *il s'emporte* » *contre une femme qui lui dit des invectives*, et il la pré- » cipite dans un puits. Poursuivi pour ce fait, il est con- » damné à la réclusion dans l'hospice des aliénés de Bicêtre.

» 2° Un homme, livré autrefois à un art mécanique, » éprouve *par intervalles des accès de fureur ;* il a failli » plusieurs fois égorger sa femme qu'il chérissait, et, dans » les actes de désespoir qui suivent *ces accès de fureur in-* » *stinctive*, il a voulu se détruire. A Bicêtre, où il est placé, » les gardiens, dont il ne cesse de lasser la douceur et les » soins compatissants, ont manqué, en diverses circonstances, » devenir pareillement les victimes de ses fureurs pério- » diques.

» 3° Pendant la révolution, lors du massacre des prisons, » les brigands s'introduisent en forcenés à Bicêtre, sous » prétexte de délivrer certaines victimes de l'ancienne tyran- » nie. Un aliéné, retenu dans les chaînes, fixe l'attention » par ses propos pleins de sens et de raison, par les plaintes » les plus amères. On force le surveillant à délivrer l'aliéné, » qui est amené en triomphe. Mais un accès de fureur ne » tarde pas à se déclarer; le malade saisit le sabre de son » voisin, fait couler le sang de ses libérateurs, qui finissent » par s'emparer de lui et le ramènent en loge. »

Ces faits, cités par Pinel, appelèrent bientôt l'attention des praticiens sur des faits analogues. La *manie sans délire* de Pinel fut caractérisée de *fureur maniaque* par Fodéré, et plus tard Esquirol classa les désordres de l'intelligence qui avaient trait aux phénomènes précités, dans les trois groupes suivants : *monomanie intellectuelle*, *monomanie affective*, *monomanie instinctive*.

Dans la *monomanie intellectuelle*, le désordre de l'esprit est concentré, d'après Esquirol, sur un seul objet ou une série d'objets circonscrits ; hors de ce délire, ces individus *sentent, raisonnent et agissent comme tout le monde.*

La *monomanie affective* (manie raisonnante de quelques auteurs) n'implique pas le délire des idées. Les affections du malade seulement et son caractère sont pervertis. Il justifie l'état actuel de ses sentiments, il excuse la bizarrerie, l'inconvenance de ses actes par des motifs plausibles, par des explications très bien raisonnées.

Dans la *monomanie instinctive*, la volonté est lésée ; le malade, hors des voies ordinaires, est entraîné à des actes que le sentiment et la raison ne déterminent pas, que la conscience réprouve, que la volonté n'a plus la force de réprimer; les actions sont *involontaires*, *instinctives*, *irrésistibles*.

Le jeune médecin que j'ai cité il y a un instant, examinant, au point de vue du diagnostic critique, les différentes observations de *monomanie instinctive* citées par les auteurs, est amené naturellement à conclure, ainsi que je l'ai fait dans ma précédente lettre, que la plupart des exemples de monomanie instinctive ne reposent pas sur une pure abstraction, et que la *lésion des sentiments*, examinée en dehors de la cause génératrice, nous laisse dans un vague incroyable ; il retrouve, parmi ces prétendus monomanes, une foule de malades dont les névroses hystériques, hypochondriaques, épileptiques, avaient subi des transformations maladives. Le phénomène hallucinatoire joue, dans d'autres circonstances, un rôle important, et nous explique la production d'actes qui, sans cela, seraient vraiment monstrueux, incroyables. Il est d'autres faits qui s'expliquent par l'état d'idiotisme, d'imbécillité congénitale des individus, et l'expérience nous démontre, en effet, que beaucoup de ces êtres dégénérés sont soumis à des accès de manie périodique qui les rendent très dangereux. Enfin, s'appuyant sur l'autorité de M. Falret et sur celle du savant médecin des aliénés de Marseille, M. le docteur Aubanel (1), M. le docteur Bariod conclut que les actes homicides ou malfaisants commis par certains aliénés ne peuvent être expliqués par un besoin aveugle, sans trouble de la raison, et que les monomaniaques, *le plus exclusivement monomaniaques*, ont éprouvé par intervalles un délire plus ou moins étendu.

L'auteur arrive définitivement à des conclusions sur lesquelles je vais revenir, après les avoir textuellement citées. Il établit :

1° Que, dans l'état actuel de la science, la théorie des *monomanies instinctives* n'est pas admissible. Les faits cités à l'appui ne peuvent en fournir des preuves sérieuses;

2° Que les actes malfaisants, chez les aliénés, actes qui sont la base de ces diverses monomanies, ne sont pas le résultat de l'excitation morbide d'un penchant, au milieu d'une intelligence saine;

3° Que le fait d'un acte malfaisant ne peut à lui seul suffire pour constituer une espèce de maladie mentale;

4° Que ces actes peuvent se diviser en trois catégories : 1° ceux qui sont le résultat de conceptions délirantes (délire de persécution, par exemple) ; 2° ceux qui se produisent au milieu d'un trouble général (manie) ; 3° ceux qui coïncident avec une débilité congénitale ou acquise (idiotie, démence);

5° Que ces actes n'ont qu'une importance secondaire dans la symptomatologie de la folie, l'état mental au milieu duquel ils se manifestent devant surtout faire l'objet des recherches de l'observateur.

Ces propositions sont importantes; elles sont incontestablement de nature à faire faire un progrès à la manière d'interpréter les actes des aliénés et de déterminer les divers degrés de la responsabilité humaine; mais s'ensuit-il que la question soit radicalement élucidée, et qu'il n'y ait plus rien à dire sur la manie instinctive? Je ne le pense pas, et les réflexions qui terminent cette lettre feront ressortir le point de vue nouveau que j'ai abordé moi-même dans mon *Traité des dégénérescences*.

J'admets qu'il est difficile, impossible même de séparer les actes malfaisants des aliénés, maniaques ou monomaniaques, comme vous voudrez les appeler, de les séparer, dis-je, d'un état de délire. Mais le délire lui-même, comment doit-il être considéré? Voilà la véritable question, question fondamentale dont l'examen approfondi est de nature à effacer bien des dissidences de doctrine, plus apparentes que réelles.

Je veux bien croire que la science psychologique puisse trouver un grand intérêt, un avantage incontestable à examiner le jeu des diverses facultés humaines dans la folie. Que deviennent la volonté, par exemple, la mémoire, l'attention, au milieu d'un trouble plus ou moins général de l'intelligence? Comment le psychologue comprendra-t-il le délire sur un point déterminé, circonscrit, avec la persistance apparente de la raison sur le reste? Comment un délire engendre-t-il un autre délire?.. Voilà des questions curieuses, intéressantes, dont je ne veux pas, encore une fois, amoindrir l'utilité, mais qui ne sont nullement expliquées par la théorie qui admet des lésions de la volonté, de la mémoire,

(1) Rapports judiciaires et considérations médico-légales sur quelques cas de folie homicide, par M. le docteur Aubanel (*Annales médico-psychologiques*, 1845).

des sentiments même, lésions très contestables, du reste, quand on les considère à un point de vue abstrait et en dehors de la synergie de la puissance intellectuelle, où tout se tient et s'enchaîne, ainsi que le dit M. le docteur Falret. « Ce n'est » pas, ajoute ce même auteur, par une abstraction destinée » à faciliter l'étude, qu'on peut considérer comme des forces » spéciales les divers modes de l'activité humaine, qui ne » sont que des aspects divers d'un même principe (1). »

Il est facile de concevoir ce que la question de la folie, portée sur ce terrain, a fait surgir de perplexités, de dissidences et de mésentendus dans l'esprit des médecins; et s'il est encore des aliénistes, très-peu nombreux d'ailleurs, qui se contentent d'expliquer une foule de phénomènes délirants par les *idiosyncrasies des individus*, par les *virtualités psychico-somatiques* de leur personne et la *suspension de la vie psychique*; si ces médecins croient avoir tout dit en parlant de *la virtualité psychique native ou accidentelle*, *des lésions dynamiques de l'élément somatique*, *des conditions de causalité physiques ou psychiques*..., nous repoussons, pour ce qui nous regarde, une pareille terminologie, qui ne laisse dans l'esprit qu'un vague pénible, et nous avons hâte de nous replacer sur le terrain de l'observation des faits considérés en eux mêmes et dans leur origine. C'est en procédant de cette manière que nous nous rendrons compte de certaines perversités que l'état maladif, soit congénital, soit acquis des individus, peut seul nous expliquer. Ces actes existent tantôt chez des aliénés dont le délire repose sur un système, sur des motifs, ainsi que je l'ai dit précédemment, tantôt chez d'autres aliénés qui ne peuvent donner aucun motif, et qui sont *instinctivement poussés à faire le mal*. Contentons-nous de caractériser à grands traits cette dernière catégorie de malades qui nous fournit les types de la manie instinctive, telle que je m'en suis fait une idée en étudiant l'action des causes dégénératrices dans l'espèce humaine.

Les aliénés que je classe dans la manie instinctive ont donné de bonne heure des preuves d'une aberration dans les idées, et d'une perversion dans les sentiments, qui ne doivent plus être étudiées comme des faits isolés. Ces faits sont complexes et se rattachent le plus ordinairement à des transmissions héréditaires fatales, et ces êtres malheureux ne sont le plus souvent que les derniers représentants des familles où l'enchaînement successif des faits pathologiques qui s'engendrent et se commandent successivement, se reflète dans l'organisation intellectuelle et physique des descendants.

Ils ont donné de bonne heure des preuves de leurs mauvaises dispositions natives, et leur caractère formait un contraste frappant avec celui de leurs camarades d'étude ou de jeu. Ils se sont montrés sombres, taciturnes, parfois instinctivement *cruels*, en tourmentant leurs semblables ou en s'attaquant à des animaux inoffensifs. Ils n'ont jamais répondu à la tendresse de leurs parents ou à la sollicitude de leurs maîtres; et si quelques-uns ont montré des dispositions spéciales pour tel ou tel art libéral, les autres se sont fait remarquer par la faiblesse de leurs facultés intellectuelles, leur ineptie, et, dans beaucoup de circonstances, par leur impossibilité d'apprendre les choses les plus élémentaires. Le sens moral de ces individus n'est pas plus développé que leur intelligence et leurs sentiments. On a signalé chez eux des actes malfaisants précoces et une disposition presque irrésistible au vol, au mensonge et aux actes qui compromettent l'honneur des familles, et à tous les vices qui flétrissent de bonne heure le cœur humain. Si quelques-uns sont arrivés à terminer leurs études classiques, à apprendre un état, d'autres, au contraire, se sont arrêtés d'une manière irrévocable, et, bien loin de pouvoir apprendre, ils ont oublié ce qu'ils savaient et sont tombés dans une démence précoce.

Si nous sortons de la période de la première enfance, nous retrouvons ces aliénés au sein de la société, dans la vie active du monde extérieur; et comment alors se présentent-ils à notre observation? Il en est qui ont hérité des penchants à l'ivrognerie de leurs parents, et qui, après avoir subi des condamnations judiciaires, viennent mourir dans nos asiles. On dirait qu'il ne reste plus chez ces êtres abrutis aucune notion de la différence qu'il y a entre le bien et le mal; ils ont désolé, ruiné leur famille, sans en éprouver le moindre regret; ils ont failli, dans l'état aigu de leur affection, immoler ce qu'ils avaient de plus cher au monde; quelques-uns même se sont livrés aux extrémités les plus funestes, sans paraître en conserver le souvenir. L'amour du vagabondage semble dominer les actes d'un grand nombre. Ils quittent le domicile conjugal ou paternel sans savoir où porter leurs pas. Ils ne peuvent expliquer les motifs de leurs tendances désordonnées. Dans d'autres circonstances, la vie se passe dans l'apathie la plus grande, l'indifférence la plus absolue, et les actes volontaires sont remplacés chez eux par un stupide automatisme (1).

La classe, infiniment plus nombreuse qu'on ne le croit, d'êtres dégénérés appartenant à cette catégorie, se rattache, par la filiation de leur origine, tantôt à des parents aliénés, tantôt à des parents dont l'existence s'est signalée par des excès de boissons. Les affections hystérique, épileptique et hypochondriaque des ascendants, toutes les transmissions héréditaires qui se rattachent à l'aliénation, amènent aussi chez les descendants des dispositions organiques maladives qui se révèlent, non-seulement par des névropathies spéciales, mais par l'inertie des facultés intellectuelles et par la manifestation des tendances les plus dangereuses. J'ai pu rattacher à cette catégorie des aliénés qui avaient commis des meurtres, des incendies, et qui sont morts plus tard dans la démence et la paralysie générale la plus complète. Et que vous dirai-je enfin du nombre infini des perversions instinctives de l'ordre intellectuel et moral que nous retrouvons dans la classe si nombreuse des débilités intellectuelles congénitales? Ces débilités ne sont pas non plus des phénomènes isolés : leur raison d'être se retrouve, d'une part, dans l'étude des transmissions héréditaires, et de l'autre, dans l'influence qu'exercent les diverses constitutions géologiques du sol, non-seulement sur l'individu, mais sur des populations nombreuses. Or, c'est en nous plaçant au point de vue de l'observation (point de vue que je ne puis que vous laisser entrevoir) que nous trouverons, ainsi que je le disais dans mon *Traité des dégénérescences*, l'explication d'une foule d'anomalies étranges dans un grand nombre d'existences individuelles, et que nous pourrons expliquer ces états extraordinaires qui se révèlent à l'observateur par des perversions précoces, des déviations incroyables des lois du bon sens le plus ordinaire, ces états que l'on est en droit de regarder comme de véritables monstruosités.

Mais ces individus, nous dira-t-on, ne sont pas des aliénés :

(1) Falret, *De la non-existence de la monomanie*. (*Archives générales de médecine*, août 1854.)

(1) *Traité des dégénérescences*, p. 110.

ils ne délirent pas à la façon des aliénés, ils avouent sans honte et sans remords les actes qui leur sont imputés, ils ne témoignent non-seulement aucun repentir, mais ils ne peuvent promettre, lorsqu'ils sont en présence de leurs juges, qu'ils ne récidiveront pas? Mais entendons-nous une bonne fois sur le mot *délire*. Si l'on ne comprend par là que cet état extraordinaire qui empêche l'association normale des idées et nous met en contradiction flagrante avec les idées généralement reçues, avec le bon sens universel, sans doute ces individus ne délirent pas ; mais est-il permis de considérer comme un état normal de l'intelligence et des sentiments cette impossibilité absolue de tendre vers un but normal d'activité, cette ineptie profonde, cette vie intellectuelle dont la moyenne est limitée, cette tendance irrésistible à mal faire, cette perversion précoce, en un mot, qui ne se laisse influencer par aucun élément de l'ordre intellectuel et moral?

Vous ne pensez pas maintenant, mon cher confrère, que les individus auxquels je fais allusion ne doivent être examinés qu'au point de vue de la perversité de leurs actes. Les transmissions héréditaires qui se résument dans l'état intellectuel et moral de ces malheureux se reflètent, ai-je dit, jusque dans les fibres les plus intimes de leur organisation physique. Ils se distinguent par la mauvaise conformation de la tête, par la petitesse, le rabougrissement de la taille, qui va parfois jusqu'au rachitisme, par les déviations les plus étranges de la sensibilité générale ; et les différentes cachexies dont ils sont atteints sont des preuves non moins évidentes de leur état maladif. S'il en est qui se font remarquer par leurs tendances érotiques, il en est d'autres (et ceux-ci nous représentent les degrés les plus avancés de la dégénérescence), chez lesquels l'arrêt de développement va jusqu'à amener l'infécondité et l'impossibilité de se reproduire, ainsi que cela se voit chez les crétins complets. Et que pourrions-nous dire encore sur les délires périodiques auxquels ils sont sujets? Les moindres incitations du monde extérieur suffisent pour troubler radicalement le peu de raison qui leur reste et les pousser aux actes les plus extravagants et les plus dangereux. Parmi ces incitations, il en est d'accidentelles, d'imprévues, en raison de l'irascibilité native de ces individus; il en est d'autres qui sont sous la dépendance de certains états critiques : citons, en passant, la dentition, l'évolution de la puberté, la grossesse. Tel dégénéré, dont la débilité intellectuelle congénitale ne se révélait d'abord que par les anomalies de son intelligence, peut devenir au moment de l'évolution de la puberté un être dangereux. Votre violateur de cadavres en est un exemple, et combien d'autres exemples ne pourrais-je citer? Nos asiles sont, sous ce rapport, des mines inépuisables d'observations. Nous y voyons les déviations maladives de l'ordre intellectuel, physique et moral, sous ses formes les plus diverses, et il est très commun que nous y recevions des imbéciles et des idiots, des êtres aux tendances dépravées, des *maniaques instinctifs* (comme je les ai désignés, faute d'un nom meilleur) dont les ascendants ont reçu nos soins dans le même lieu.

Je vous citerai deux ou trois exemples qui ne sont, et ne peuvent être dans les limites où je dois me maintenir, que la spécialisation très circonscrite des principes généraux que j'ai posés.

J'ai donné, dans mes *Dégénérescences*, le type d'un jeune imbécile qui, après un premier accès de manie, est tombé, à l'âge de dix-sept ans, dans l'imbécillité la plus irrémédiable. Son père était placé à l'asile dont j'étais médecin en chef, son grand-père y était mort paralysé général, et le père de ce dernier avait parcouru toutes les phases de l'existence des alcoolisés chroniques. Je reçois il y a quelques jours la visite d'une dame, jeune encore, et dont la faiblesse intellectuelle est frappante ; elle vient visiter à l'asile de St-Yon sa mère, et me raconte que la mère de sa mère a été aliénée et que la mère de son père est morte à l'asile. Elle m'apprend qu'elle porte le deuil de son fils aîné, mort à l'âge de treize ans d'une fièvre cérébrale, et que celui qui lui reste, et qui a huit ans, n'a jamais pu apprendre à lire ni à écrire, qu'il lui donne de grands tourments parce que l'on ne peut rien en faire et qu'il se signale par ses mauvaises tendances. Je suis consulté un jour par un de mes camarades de collége, qui me raconte ses tourments et ses inquiétudes à l'égard de ses enfants; leur mère est dans une maison d'aliénées, et la grand'mère, qui vit encore, est connue par ses nombreuses excentricités. Tous les enfants de ce monsieur ont présenté de bonne heure des anomalies étranges dans leur caractère et leurs sentiments; mais c'est le fils cadet, pour lequel je suis consulté, qui inspire à son malheureux père la sollicitude la plus grande. Cet enfant, âgé de treize ans à peine, avait montré une intelligence des plus précoces. Continuellement le premier de sa classe, il n'avait qu'un seul chagrin, celui de ne pouvoir grandir et de se croire ridicule par la petitesse de sa taille. Il est vrai de dire qu'il y avait chez cet enfant un véritable arrêt de développement et que la grosseur de la tête n'était pas en rapport avec la petitesse et l'exiguïté du corps. Mais le fait capital était la perversion des sentiments chez cet enfant et la manifestation de sentiments tellement pervers, qu'il tenta plusieurs fois de tuer son père. A toutes les questions qui lui étaient adressées, il répondait qu'il ne pouvait rendre compte de ses actes, qu'il aimait son père, mais qu'il *était poussé* à mal faire. Je conseillai l'interruption des études et le placement dans un établissement d'hydrothérapie et de gymnastique. Il y eut, sous l'influence des moyens employés, une évolution remarquable de la croissance: l'état moral fut amélioré, les mauvaises tendances disparurent; mais l'intelligence si remarquable de cet enfant baissa singulièrement, et il ne put jamais s'élever dans sa classe à son niveau ancien. Il devint indolent et apathique.

Des exemples analogues sont nombreux. Les fastes judiciaires nous signalent souvent des perversités précoces chez les enfants, et un exemple tout récent, pris dans les assises du Puy-de-Dôme, nous montre un enfant de treize ans qui a commis plusieurs incendies sans qu'il puisse alléguer aucun motif. Les réponses de ce jeune *maniaque instinctif*, si vous voulez me permettre de le désigner ainsi, sont en tout semblables à celles des enfants de la même catégorie maladive.

D. Pourquoi avez-vous mis le feu?

R. Je ne sais pas, c'est une idée qui m'est venue comme ça.

L'instruction révèle que cet enfant prenait plaisir à voir le feu, qu'il dit être prêt à recommencer dès qu'il sortira de prison. Il sait lire et écrire, a été au catéchisme et prenait plaisir à s'approcher de la sainte table sans y être autorisé. Il travaillait dans une fabrique de ciseaux et se faisait remarquer par ses aptitudes; mais il est vrai d'ajouter que la disposition de ses sentiments moraux était détestable. Il résulte encore de l'instruction qu'il a été toujours insensible aux corrections, et sa mère faisait aux juges l'aveu suivant: « Je tremble de voir aller aux galères mon mari ou

» mon fils : mon mari, parce qu'il tuera mon fils en voulant » le corriger; mon fils, parce que, s'il n'est pas tué par son » père, il ne se corrigera jamais. » — Le jury a résolu affirmativement toutes les questions, même celle de discernement; il a toutefois admis des circonstances atténuantes. L'enfant a été condamné à douze ans d'emprisonnement dans une maison de correction. Mondière — c'est le nom de cet enfant — se retire, les mains dans les poches, impassible comme pendant le cours des débats.

Je ne connais pas les antécédents des parents et ne peux m'en tenir qu'au fait en lui-même, qu'il faut lire dans tous ses détails, pour se faire une idée de la situation mentale de ces malheureuses victimes, soit d'une prédisposition organique fatale, soit d'un état névropathique bizarre, dont il s'agit, quand toutefois on a pu le découvrir, de faire ressortir les conséquences. Tout ce que je puis dire, quant à l'enfant qui fait le sujet de ces réflexions, c'est que j'ai observé plusieurs fois des faits de ce genre, et que, lorsqu'il ne m'a pas été possible de les rattacher aux influences héréditaires, je suis toujours parvenu à découvrir la cause organique de pareilles perversités chez d'aussi jeunes sujets.

Au point où nous sommes arrivés, mon cher confrère, je ne veux pas prolonger indéfiniment ces réflexions, et de ce que nous avons établi, je me crois permis de tirer les conclusions suivantes :

La perversité extraordinaire des actes n'est pas par elle-même une preuve suffisante d'aliénation. Il n'est pas d'action, si perverse que l'on puisse la supposer, qui n'ait été commise par des hommes qui ont la responsabilité de leurs actes. On doit particulièrement se garder de mettre trop précipitamment sur le compte de la folie les dépravations extrêmes du sens génésiaque, dépravation dont on voit tant d'exemples dans les sociétés antiques et dans la période de décadence des civilisations avancées (1).

L'absence de tout motif d'intérêt dans la perpétration d'un acte criminel n'est pas toujours une preuve de folie. On doit néanmoins la considérer comme une forte suspicion en faveur de l'aberration des facultés intellectuelles, avec perversion des sentiments.

Les motifs qui déterminent les actes des aliénés s'expliquent très souvent par la nature de leur maladie; l'hypochondrie, l'hystérie, l'épilepsie et des affections autres que les névroses proprement dites, influent d'une manière spéciale, et généralement dans un sens identique, sur l'intelligence et les sentiments de ceux qui souffrent de ces états pathologiques.

L'absence de tout motif, allégué même par l'aliéné, n'est pas toujours la preuve qu'il n'ait pas été poussé dans la perpétration de son acte par un mobile quelconque.

L'acte réputé criminel peut avoir été commis dans un de ces moments de paroxysme où arrivent souvent les individus en proie à un état névropathique où le délire s'est systématisé, et où le phénomène hallucinatoire tient le malade sous sa dépendance absolue.

(1) L'histoire des empereurs romains nous fournit sous ce rapport de tristes renseignements, et les fastes judiciaires modernes, malgré le secret qui environne ordinairement l'instruction des actes dépravés, nous laissent assez comprendre ce qui de temps à autre se passe au sein de notre civilisation. Dans une lettre récente que m'adresse le docteur Bédor, ce savant appelle mon attention, à propos de violateurs de cadavres, sur un fait cité par Hérodote (T. I, *Euterpe*, liv. II, p. 289) : « Quant aux femmes mariées » à des hommes d'une classe distinguée, on ne les livre pas immédiatement après la » mort, mais on attend trois jours et même quatre avant de les donner à embaumer, et » on observe le même délai pour celles qui ont quelque réputation de beauté. Cette » précaution a pour but d'empêcher les embaumeurs d'en abuser, et elle a été prescrite » depuis que l'on en a surpris un outrageant le corps d'une femme morte récemment... » Son crime avait été découvert par un de ses compagnons de travail. » (Traduction de A.-F. Miot.)

La perpétration de l'acte peut amener un état de crise qui laisse parfois l'aliéné dans l'ignorance de ce qu'il a commis. Dans d'autres circonstances, une profonde stupeur, une sorte d'hébétude sont la suite de cet état critique, qu'il faut se garder de confondre, ainsi que cela a été fait souvent, avec l'indifférence et la perversité extrême du cœur humain.

Dans son expertise médico-légale, le médecin a souvent à examiner une situation très complexe. Il doit, dans certaines circonstances déterminées, s'appuyer non-seulement sur l'élément pathologique, mais encore sur l'élément historique.

Les aliénés homicides, dont les actes ont été inspirés par le fanatisme politique et religieux, demandent sous ce rapport un examen particulier.

Il est des aliénés dont les actes malfaisants sont dans des relations nécessaires avec la réapparition de certains phénomènes périodiques dont l'existence se relie le plus souvent à des états de souffrance de l'organisme. Les actes malfaisants qui se produisent dans ces circonstances déterminées, doivent par cela même être examinés pendant un temps plus ou moins long, et plutôt dans le milieu d'une maison de santé que dans une prison.

La théorie des diverses monomanies n'est pas de nature à apporter dans l'esprit des magistrats des preuves suffisantes de non-responsabilité dans les actes. Le médecin doit surtout avoir en vue de faire ressortir que l'individu qu'il est chargé d'examiner est un *malade aliéné*. Ce n'est pas, en effet, la nature de l'acte qui doit déterminer la variété maladive à laquelle appartient l'individu inculpé; mais c'est dans la nature même de la maladie, et dans l'examen de l'action que cette maladie exerce sur la libre manifestation de l'intelligence et des sentiments, que le médecin doit chercher les motifs qui lui font supposer que le prévenu est ou un aliéné ou un coupable.

Le phénomène délire ne doit pas être considéré non plus au point de vue exclusif de l'aberration du raisonnement et de l'incohérence des idées. A ce titre, les individus fébricitants, ceux qui sont sous l'empire d'une intoxication alcoolique ou opiacée, seraient des aliénés. L'étude du délire se relie à l'examen intime des actes humains et des dispositions organiques qui expliquent, tantôt une faiblesse intellectuelle, tantôt une impuissance absolue de diriger les actes dans le sens de la raison et du bien.

Le mot de *folie sans délire* est une désignation malheureuse, et ne représente souvent que l'état transitoire d'un individu qui, au lieu d'avoir été étudié dans l'ensemble de ses actes, ne l'a été que dans une des périodes de son existence.

Je rattache à la *manie instinctive* la majorité des individus que les auteurs nous présentent comme affectés de manie sans délire.

Ils appartiennent le plus ordinairement, par leurs prédispositions héréditaires, à ces variétés que j'ai considérées comme étant le produit d'une déviation maladive de l'état normal dans l'humanité et que j'ai désignées sous le nom de ***dégénérescences.***

Les individus qui composent ces variétés doivent être, en vertu de leur état intellectuel, physique et mental, rangés parmi les dégénérés de l'espèce.

Il serait à désirer, eu égard aux progrès que la science médico-psychologique a déjà faits et est destinée à faire pour le classement de ces variétés maladives, que la législation puisse être modifiée en ce qui les concerne.

Un isolement précoce dans une maison d'aliénés prévien-

drait souvent ces actes atroces, horribles, qui de temps à autre épouvantent la société et font naître de tristes réflexions sur la moralité d'une époque.

Les actes auxquels je fais allusion ne sont pas toujours, il s'en faut, la preuve de l'immoralité générale, de l'absence des croyances religieuses, comme on l'a souvent répété. Ils sont le plus ordinairement l'indice d'un état maladif dont le délire, tel qu'on le comprend trop généralement encore, est la signification la moins importante.

Ces actes se relient à la perversion native de l'intelligence et des sentiments; les individus qui les commettent sont souvent, comme je l'ai déjà dit, sous le coup de prédispositions héréditaires fatales.

En un mot, quand le médecin expert est appelé à se prononcer sur l'état mental de ces malheureux, il est de toute nécessité qu'il ne s'isole pas dans l'examen exclusif du fait qui leur est imputé. Ce fait doit être étudié par lui au triple point de vue de l'état maladif actuel de celui qui l'a commis, des phénomènes de l'ordre moral et intellectuel qui sont engendrés par l'hérédité, et de l'*élément historique* enfin, qui peut nous apprendre parfois dans quelles circonstances et sous quelles influences des faits semblables se sont produits dans l'humanité.

Agréez, etc. MOREL.

III.

REVUE CLINIQUE.

TÉTANOS TRAUMATIQUE GUÉRI PAR LA BELLADONE A L'INTÉRIEUR. — Observation présentée à la Société de médecine du département de la Seine, par le docteur GROS.

Les observations de tétanos traumatique suivi de guérison sont encore assez clair-semées dans la science pour que des faits de ce genre me paraissent dignes d'être notés et capables d'intéresser les praticiens. Je crois donc bien faire en relatant le fait suivant :

OBS. — Eugène H..., âgé de douze ans, est un garçon scrofuleux, de chétive constitution. Le 4 octobre 1855 il fut renversé par une voiture ; sa jambe droite fut atteinte par une des roues, qui lui fit une large plaie contuse à la face interne du tibia. Amené sur-le-champ à l'hôpital de Sainte-Marie-aux-Mines, qui m'était confié à cette époque, il y fut soigné par M. le docteur Dittmar, qui me remplaçait momentanément.

L'observation ne fut pas prise au début. Quand je repris le service, le 16 octobre, je recueillis les renseignements suivants: Lors de son entrée, le malade présentait à la face interne du mollet droit une plaie de 15 centimètres de longueur, profondément dilacérée, intéressant dans une grande profondeur les muscles et les aponévroses du mollet. Les bords de cette vaste plaie furent réunis par plusieurs points de suture, et le membre placé sous un appareil à irrigation continue. Au bout de deux jours, il se déclara une inflammation traumatique intense; la plaie paraissant étranglée par les points de suture, le pus n'ayant pas d'écoulement facile, on coupa les fils le troisième jour. Depuis ce moment, les accidents se calmèrent et la plaie prit un meilleur aspect.

Cependant, à mon retour, le 16 octobre, je constatai encore l'existence d'une très vaste plaie couvrant environ la moitié de la face interne de la jambe droite; cette plaie est très profonde; son fond est très sale; elle a par places un aspect gangréneux et répand une odeur infecte; pus sanieux, mal lié. L'état général du petit blessé est néanmoins satisfaisant; l'appétit et le sommeil sont bons, la langue humide, le pouls à peine accéléré. (Panser la plaie avec de la poudre de camphre et de charbon.)

Le 18, le malade accuse de la roideur dans la mâchoire, des douleurs dans la nuque; il ne peut redresser entièrement la tête; il ressent de la céphalalgie, une soif vive; l'appétit est perdu, le pouls ne présente ni développement ni fréquence. La plaie se nettoie, la suppuration est plus louable. (Applications de pommade chloroformée sur le cou et la mâchoire, maintenue par du taffetas ciré; teinture d'aconit dans une infusion de tilleul jusqu'à transpiration.)

Le 19, 25 gouttes de teinture d'aconit, prises cinq par cinq, n'ont amené qu'une très faible diaphorèse. Ce matin, la mâchoire est toujours contracturée, la nuque roide et douloureuse. Le malade accuse une vive douleur à la région précordiale; cette douleur, dont le malade ne s'est encore jamais plaint, qu'il rapporte à tort au choc éprouvé lors de sa chute, est en réalité le début de spasmes tétaniques qui, siégeant dans les muscles fléchisseurs de la colonne vertébrale et dans le diaphragme, projettent subitement la tête et le thorax en avant, en comprimant fortement la région épigastrique. Ces spasmes durent quelques instants pendant lesquels le malade souffre cruellement, puis les muscles se détendent presque complétement. (Même traitement; mouche de Milan sur l'épigastre.)

Le 20, le malade peut avaler du bouillon, des liquides, sans trop de difficulté. Le trismus est stationnaire; les accès d'emprosthotonos sont plus prononcés qu'hier, reviennent à peu près toutes les heures en s'accompagnant de douleurs très vives. Dans l'intervalle, le tronc reste fléchi en avant, la tête fléchie sur le tronc, ce qui rend le décubitus dorsal très fatigant. La plaie suppure bien, a repris bon aspect, et se couvre de bourgeons charnus. (Même traitement; applications chloroformées sur l'épigastre.)

Le 22. Facies tétanique caractéristique; trismus persistant; les spasmes des muscles fléchisseurs du tronc et de la nuque augmentent d'intensité et de durée; les douleurs épigastriques sont moins vives depuis les applications chloroformées. (Idem; applications chloroformées le long du rachis.)

Le 24. Pas de changement dans les symptômes tétaniques. Pouls faible, sans fréquence; facies pâle, défait. La plaie suppure abondamment; les bourgeons charnus sont un peu blafards. Suspendre l'aconit; potion avec extrait de quinquina, 4 grammes; continuer les applications chloroformées sur la nuque, la mâchoire, la colonne vertébrale et l'épigastre.)

Le 26. Le tétanos s'est étendu aux membres inférieurs; la tête est fléchie sur la poitrine, le thorax fléchi sur le ventre, les cuisses sur le tronc, et les jambes sur les cuisses; les bras seuls ne présentent ni spasmes ni roideur. Douleurs vives dans les mollets. Pouls un peu relevé. Il n'y a, du reste, aucun symptôme général; pas de constipation, pas de rétention d'urine. (Continuer les applications chloroformées; toutes les heures une cuillerée de la potion suivante :

Pr. Eau de tilleul	120,00	
Teinture de belladone . . .	10 gouttes.	
Sirop simple	30,00	Mêlez.

Le 28. Pas grand changement. L'emprosthotonos est toujours aussi prononcé; les spasmes tétaniques sont intenses, fréquents et très douloureux; cependant le trismus paraît diminuer un peu, la déglutition est assez facile. La plaie suppure beaucoup et se recouvre de bourgeons charnus de bonne nature. (Idem; panser la plaie avec le liniment oléo-calcaire.)

Le 1er novembre. Pas de changement appréciable; cependant le malade dit souffrir un peu moins. (Même traitement.)

Le 3. Depuis hier l'amélioration est manifeste; la roideur est moins prononcée, les secousses tétaniques sont moins fortes; les douleurs précordiales diminuent; dans l'intervalle des secousses le malade souffre moins et peut reposer un peu. Le trismus aussi est moins marqué; on peut écarter un peu les mâchoires. La plaie marche vers la cicatrisation. (Même traitement.)

Le 5. Légère dilatation des pupilles. Le mieux se soutient; les

membres s'allongent plus facilement; les muscles des mollets seuls sont encore fortement contracturés et très douloureux. (Idem.)

Le 7. Amélioration notable; la colonne vertébrale se redresse; les secousses tétaniques sont rares, ne durent que quelques secondes; les douleurs précordiales ont cessé. Le trismus reste stationnaire. La plaie diminue d'étendue. (Supprimer les applications chloroformées; continuer la potion de belladone.)

Le 9. Depuis hier il n'y a plus eu de secousses; les mouvements d'extension sont plus faciles; le malade peut rester couché; le trismus est encore assez prononcé. La plaie est superbe. (Idem.)

Le 15. Le malade va bien, sauf de la roideur dans la mâchoire et dans les mollets, les symptômes tétaniques sont dissipés. La plaie ne diminue pas beaucoup d'étendue. (Idem.)

Le 19. Toute roideur musculaire a disparu, cependant le malade ne peut se tenir debout par suite des douleurs dans les mollets. La plaie reste stationnaire. (Cesser la belladone; panser la plaie avec de la glycérine.)

Le 22. Le malade commence à marcher; son état général est excellent; la plaie se rétrécit à vue d'œil.

Le 3 décembre, le malade est guéri et quitte l'hôpital.

Réflexions. — Le fait que je viens de relater nous montre un beau cas de tétanos présentant dans sa physionomie et dans sa marche quelques traits particuliers sur lesquels je crois utile d'insister.

Ainsi, en premier lieu, c'était la forme de tétanos à laquelle on a donné le nom d'emprosthotonos, parce que le corps se trouve ployé en avant, la contracture occupant exclusivement les muscles fléchisseurs tant du tronc que des membres. Cette forme est plus rare que la forme opposée, l'opisthotonos, dans laquelle, par suite de la contracture des muscles extenseurs des membres et redresseurs du tronc, le corps finit par ne reposer que sur les talons et l'occiput.

En second lieu, en dehors de l'état tétanique permanent, nous avons observé chez notre malade, d'une manière plus tranchée que cela ne se rencontre ordinairement, des secousses violentes, des spasmes musculaires intenses exagérant pour quelques instants les phénomènes tétaniques. Je ne puis mieux les comparer, pour l'instantanéité de leur production, qu'à des décharges électriques. Ces secousses, d'abord rares et de peu de durée, occupaient exclusivement les muscles fléchisseurs du cou et ceux de la partie dorsale de la colonne vertébrale, et provoquaient la flexion brusque de la tête sur le cou et du thorax sur le ventre; elles revenaient à des intervalles variables, sans cause appréciable. Bientôt elles devinrent très fréquentes, augmentèrent de durée et s'accompagnèrent de douleurs intenses siégeant principalement à la région précordiale et à l'épigastre. Il me paraît assez rationnel de rapporter cette douleur au diaphragme contracté spasmodiquement.

Il est encore à remarquer que chez notre malade, malgré l'intensité des symptômes tétaniques, nous n'ayons observé ni constipation, ni difficulté dans la miction, ni aucun symptôme général saillant. La constipation, dans les cas où on l'a notée, tiendrait-elle aux hautes doses d'opium par lesquelles on combat si souvent l'affection qui nous occupe?

Enfin, si nous nous arrêtons un moment au traitement mis en usage dans ce cas, nous reconnaîtrons que le mérite de la guérison appartient évidemment à la teinture de belladone. Son action a été lente, mais soutenue; cette lenteur d'action peut s'expliquer par la dose peu considérable du médicament qui était donnée chaque jour. Peut être aurions-nous dû augmenter graduellement les doses jusqu'à l'apparition d'effets physiologiques plus prononcés qu'une légère dilatation des pupilles, et aurions-nous ainsi abrégé la durée de la maladie. On sait d'ailleurs combien, dans le tétanos, comme dans la plupart des affections du système nerveux, les narcotiques sont facilement tolérés à des doses considérables. Quoi qu'il en soit, l'amélioration commença le septième jour de l'administration de la belladone, et le trentième la guérison était complète.

Le chloroforme, qui dans ces dernières années a souvent été employé avec succès contre le tétanos, tant idiopathique que traumatique, ne fut administré dans ce cas qu'à l'extérieur, d'abord contre le trismus, puis contre les douleurs précordiales. Il eut une action sédative bien manifeste, et, sans avoir détruit le trismus, il en a certainement diminué l'intensité et a permis au malade de se nourrir tant bien que mal pendant toute la durée de l'affection.

Si nous recherchons dans la science les faits qui, comme le nôtre, établissent l'efficacité de la belladone contre le tétanos, nous verrons que ces faits sont encore faciles à compter, que la plupart des traités spéciaux de matière médicale ne signalent pas le tétanos au nombre des maladies où la belladone est indiquée. C'est ainsi que le *Traité de thérapeutique* de MM. Trousseau et Pidoux n'en fait nullement mention. J'ai été très étonné aussi de ne pas trouver la belladone mentionnée dans le *Compendium de chirurgie* comme pouvant être employée contre le tétanos. C'est dans les journaux médicaux qu'il faut aller chercher les faits analogues au mien. Ainsi Martin-Solon paraît être un des premiers qui relata dans le *Bulletin de thérapeutique* un cas de tétanos traumatique, guéri exclusivement par la belladone à l'intérieur et en frictions. La *Gazette médicale de Paris*, années 1848 et 1849, a rapporté deux cas analogues observés par M. le docteur Bresse. Depuis lors on en rencontre quelques cas isolés dans les recueils périodiques.

Je termine donc cette note, comme je l'avais commencée, en émettant l'opinion que le fait que je viens de relater présente selon moi un intérêt pratique réel, et doit contribuer pour sa part à appeler l'attention des praticiens sur les précieuses ressources que peut offrir la belladone contre une affection aussi grave et aussi souvent mortelle que l'est le tétanos traumatique (1).

(1) Voir un rapport sur cette observation, page 245.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 23 MARS 1857. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

PHYSIOLOGIE. — *Sur le mécanisme physiologique de la formation du sucre dans le foie.* — Dans sa communication du 24 septembre 1855 *sur le mécanisme physiologique de la formation du sucre dans le foie*, M. Bernard signalait des résultats qui l'avaient conduit à penser, contrairement aux opinions précédemment rappelées, que le sucre ne se forme pas *d'emblée* dans le tissu hépatique par le dédoublement direct de tel ou tel élément du sang, mais qu'il s'y trouve constamment précédé par la création d'une matière spéciale capable de lui donner ensuite naissance par une sorte de fermentation secondaire.

Cette nouvelle communication a pour objet d'annoncer l'existence positive et l'isolement de la matière glycogène qui préexiste au sucre.

Il était évident, dit M. Bernard, d'après les faits contenus dans le précédent mémoire, que la matière glycogène créée par le foie à l'état physiologique pendant la vie, est susceptible de se changer en sucre, uniquement à l'aide d'un ferment et indépendamment de l'influence vitale. L'expérience du foie lavé, qui se charge de nouveau de matière sucrée, en était la preuve.

Toute la difficulté consistait donc à séparer la matière en question du tissu du foie et à l'isoler du ferment qui l'accompagne. En voyant la cuisson arrêter la formation d'une nouvelle quantité de sucre dans le foie lavé, j'étais demeuré pendant très longtemps dans cette croyance fausse que la matière glycogène devait être une substance albuminoïde altérable par la chaleur, tandis que ce n'était en réalité que le ferment seul qui se trouvait détruit par la coction ; c'est ce dont je me suis assuré ultérieurement en faisant fermenter du foie lavé cuit à l'aide du ferment emprunté à du tissu hépatique frais.

Dès lors il me fut prouvé que la matière glycogène hépatique avait la faculté de se dissoudre dans l'eau bouillante, et qu'elle pouvait être ainsi séparée de son ferment, qui restait coagulé avec les autres matières albuminoïdes du foie.

Les expériences rapportées dans ce travail ont pour objet d'établir que le foie des chiens nourris exclusivement avec de la viande possède la propriété spéciale et exclusive à tout autre organe du corps de créer une matière glycogène tout à fait analogue à l'amidon végétal et pouvant comme lui se changer ultérieurement en sucre, en passant par un état intermédiaire à celui de la dextrine.

Relativement à la formation physiologique du sucre chez les animaux, elle doit être nécessairement envisagée, non comme un phénomène de dédoublement chimique direct des éléments sanguins au moment du passage du sang dans le foie, mais comme une fonction constituée par la succession et l'enchaînement de deux actes essentiellement distincts.

Le premier acte, entièrement vital, ainsi appelé parce que son accomplissement n'a pas lieu en dehors de l'influence de la vie, consiste dans la création de la matière glycogène dans le tissu hépatique vivant.

Le second acte, entièrement chimique et pouvant s'accomplir en dehors de l'influence vitale, consiste dans la transformation de la matière glycogène en sucre à l'aide d'un ferment.

Pour que le sucre apparaisse dans le foie, il faut donc la réunion de ces deux ordres de conditions. Il faut que la matière glycogène puisse être créée par l'activité vitale de l'organe ; il faut ensuite que cette matière soit amenée au contact du ferment qui doit la transformer en sucre.

La matière glycogène se forme, comme tous les produits de création organique, par suite des phénomènes de circulation lente qui accompagnent les actes de nutrition. Voici comment le contact entre la matière glycogène et son ferment peut s'opérer chez l'animal vivant.

J'avais d'abord pensé que le ferment était spécial au foie, comme la matière glycogène elle-même ; j'étais même parvenu à l'obtenir à l'état d'isolement. Mais, voyant ensuite que le liquide sanguin possède la propriété de transformer cette matière glycogène en sucre avec une très grande énergie, il devint impossible de songer à une localisation du ferment, celui qu'on peut extraire du foie venant très probablement du sang lui-même. De sorte que, si en dehors de l'organisme nous avons plusieurs ferments pour opérer la transformation de la matière glycogène en sucre, chez l'animal vivant il suffit d'en admettre un représenté par le sang, qui du reste possède aussi la propriété de changer rapidement l'amidon végétal hydraté en dextrine et en sucre. L'observation des phénomènes physiologiques apprend que dans le foie, parallèlement à cette circulation lente et nutritive, il faut encore en considérer une autre, intermittente, variable et dont la suractivité coïncide avec l'apparition d'une plus grande quantité de sucre dans le tissu de l'organe.

Chez les animaux en digestion, la circulation dans la veine porte est surexcitée, et alors la transformation de la substance glycogène est beaucoup plus active, quoique la formation de cette matière ne paraisse pas correspondre à ce moment-là. Cette suractivité circulatoire peut aussi être réveillée en dehors de la digestion ; et alors le même phénomène de transformation de la matière et de l'apparition du sucre a également lieu. Chez les animaux hibernants ou engourdis, comme les grenouilles, par exemple, le ralentissement de la circulation qui est lié à l'abaissement de la température amène une diminution et quelquefois une disparition à peu près complète du sucre dans le foie. Mais la matière glycogène y est toujours, ainsi qu'on le prouve en l'extrayant. Il suffit alors de mettre les grenouilles engourdies à la chaleur pour activer leur circulation et voir bientôt le sucre apparaître dans leur foie. En plaçant de nouveau les animaux dans une basse température, on voit le sucre diminuer ou disparaître pour se montrer de nouveau quand on remet les grenouilles dans un milieu où la température est plus élevée.

Chez les animaux à sang chaud, on peut agir aussi au moyen du système nerveux sur les phénomènes de la circulation abdominale et secondairement ensuite sur la transformation de la matière glycogène dans le foie. J'ai montré que, quand on coupe ou qu'on blesse la moelle épinière dans la région du cou, au-dessous de l'origine des nerfs phréniques, on diminue considérablement l'activité de la circulation hépatique ; au point qu'après quatre ou cinq heures il n'y a plus de traces de sucre dans le foie de l'animal, dont le tissu reste cependant encore chargé de matière glycogène.

J'ai prouvé également qu'en blessant l'axe cérébro-spinal dans la région du quatrième ventricule, on produit des phénomènes exactement opposés ; la circulation abdominale est très accélérée et conséquemment le renouvellement du contact de la matière glycogène avec son ferment considérablement étendu. Aussi la transformation de la matière glycogène devient-elle si active, et la quantité de sucre emportée par le sang si considérable, que l'animal, comme on le sait, devient diabétique dans ce cas, c'est-à-dire que l'excès de sucre versé dans le sang par le foie surexcité passe dans ses urines.

Dans les deux cas précités, le système nerveux agit évidemment sur la manifestation purement chimique d'un phénomène physiologique. Mais quand on analyse son mode d'action, on reconnaît que ses effets n'ont été que mécaniques et ont porté primitivement sur les organes moteurs de la circulation capillaire, qui ont eu pour effet tantôt d'amoindrir ou d'empêcher, tantôt d'étendre ou d'augmenter le contact de deux substances capables par leurs propriétés de réagir l'une sur l'autre ; elles donnent ainsi naissance à un phénomène chimique que le système nerveux règle indirectement mais sur lequel il n'a pas d'action directe et primitive.

Quant aux conclusions que nous pouvons actuellement déduire, au point de vue de la physiologie générale, du mécanisme que nous avons indiqué pour la formation du sucre dans le foie, il est impossible de ne pas être frappé de la similitude qui existe sous ce rapport entre la fonction glycogénique du foie et la production du sucre dans certains actes de l'organisme végétal. La formation du sucre dans le foie des animaux passe par trois séries de transformations successives tout à fait analogues à celle de la formation de l'amidon, de la dextrine et du sucre dans la graine des végétaux. (Voir un travail analogue à la *Revue des journaux*, p. 247.)

(*La suite prochainement.*)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 31 MARS 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet *a*. Un rapport de M. le docteur *Chapelain*, sur le service médical des eaux minérales de Luxeuil. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : — *a*. Une note sur le traitement de l'eczéma, par M. le docteur *Martin*. (M. Gibert, *rapporteur.*) — *b*. Une note sur l'emploi de la poudre de scordium composée (base de l'électuaire diascordium) pour modérer les flux hémorrhoïdaux trop abondants, par M. le docteur *Lébel* (de Paris). (*Commission des remèdes secrets*

et nouveaux.) — c. Un mémoire de M. *Duroy*, pharmacien à Paris, intitulé : *Essais sur l'amylène, nouvel agent anesthésique* (*Comm.* : MM. Velpeau, Malgaigne, Robert) — d. Une lettre dans laquelle M. *Leras*, docteur ès sciences, inspecteur de l'Académie de Quimper, rappelle qu'il a adressé à l'Académie, en 1849, un mémoire sur le pyrophosphate de soude et de fer. Depuis cette époque aucun rapport n'a été fait, et déjà des travaux postérieurs aux siens ont été publiés sur ce sujet, sans qu'il soit fait mention de ses recherches sur cette substance. (*Commission déjà nommée.*)

— M. *Mélier* annonce que, depuis mardi dernier, l'état de M. *Gueneau de Mussy* s'est beaucoup amélioré.

Lectures et Mémoires.

THÉRAPEUTIQUE. — M. *Robinet*, au nom de la Commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports négatifs sur des formules et des recettes de médicaments nouveaux, proposés par des personnes étrangères aux sciences médicales.

M. Robinet lit un rapport favorable sur la *préparation du valérianate d'ammoniaque à composition définie;* par MM. *Laboureur* et *Fontaine*, de Paris. Suivant les auteurs, ce sel n'avait pu être obtenu, jusqu'à présent, à l'état de pureté et solide. En effet, dans les traités de chimie, même les plus récents, le valérianate d'ammoniaque est décrit liquide et amorphe ; et les fabricants de produits chimiques n'ont pu encore le présenter à l'état solide et cristallisé, pur et à composition constante.

Le procédé de MM. Laboureur et Fontaine consiste dans la préparation à l'état de pureté de l'acide valérianique et du gaz ammoniaque ; puis dans la réunion de ces deux corps. A mesure que la combinaison s'opère, ce sel cristallise sous une forme en apparence confuse ; mais, au microscope, on distingue très bien des prismes à quatre pans terminés, soit par des pyramides, soit par des biseaux.

L'analyse élémentaire démontre que le produit ainsi obtenu est du valérianate pur.

De ces faits et de ces considérations, la Commission croit pouvoir conclure que le procédé et le produit de MM. Laboureur et Fontaine présentent la nouveauté et l'utilité exigées par le décret du 3 mai 1850, et elle propose de répondre à M. le ministre qu'il y a lieu de faire l'application de ce décret à la formule ci-jointe, qui a pour objet la préparation du valérianate d'ammoniaque :

Prenez l'acide valérianique monohydraté et pur : disposez-le en couches unies dans une capsule plate, recouverte d'une cloche parfaitement close. Faites arriver dans la cloche du gaz ammoniaque anhydre jusqu'à parfaite saturation de l'acide valérianique.

Conservez le valérianate d'ammoniaque, par petites parties, dans des flacons bien clos.

Après une courte discussion entre MM. *Caventou*, *Gaultier de Claubry*, *Lecanu* et *Robinet*, l'Académie adopte les conclusions du rapport.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination des commissions pour les prix.

Discussion sur la méthode sous-cutanée.

M *le Président*. Messieurs, c'est avec un profond regret que l'Académie a vu la présente discussion sortir des limites d'un débat purement scientifique. Pour la seconde fois, j'invite MM. les orateurs à ne pas se laisser emporter aveuglément sur le terrain dangereux des personnalités. Je leur fais cette prière au nom de la dignité de notre Compagnie et de l'honneur du corps médical. La parole va être accordée à M. J. Guérin pour répliquer au dernier discours de M. Malgaigne. J'engage notre honorable collègue à persévérer dans la voie du calme et de la modération où il s'est tenu jusqu'à ce jour. L'Académie lui en saura gré. (*Marques d'approbation*)

M. *J. Guérin :* En reprenant la parole dans cette discusssion, mon premier besoin est de remercier et de rassurer l'Académie.

Je la remercie d'abord, parce que, faisant violence à ses habitudes de modération et de haute convenance, elle a permis à un système de critique, sur le caractère duquel il pouvait y avoir encore quelque doute, de se montrer au grand jour, de se publier sans réticence, enfin de se démasquer. L'Académie ne saurait croire à quel point elle m'a rendu service, à moi en particulier, et à la science en général. Grâce à sa rare indulgence, il ne sera plus permis de se méprendre sur le caractère des attaques qui poursuivent depuis tant d'années ma personne et mes travaux.

Mais, ainsi que je viens de le dire, j'éprouve aussi le besoin de rassurer l'Académie. Elle pourrait craindre que, donnant un libre cours à un mouvement de réaction trop légitime, je voulusse réveiller ses déplaisirs de mardi dernier ; mais non, quoi qu'on ait fait et dit pour me forcer à sortir de mon caractère, je resterai ce que j'ai été : je tâcherai de répondre ainsi à la bonne opinion de notre honorable président. (Très bien.) Depuis des années qu'elle est à l'épreuve, ma patience a eu le temps de s'exercer : elle a appelé à son secours un sentiment plus calme et plus académique, le sentiment qui est le refuge des honnêtes gens. D'ailleurs, mon respect bien connu pour l'Académie, et l'ardente conviction des vérités que je veux faire triompher, prévaudront en moi sur toute autre considération et seront bien capables de me contenir jusqu'au bout.

Mais si je prends l'engagement de rester, par mon attitude et mon langage, digne de l'Académie, je me réserve de caractériser, comme il doit l'être, le système d'attaque qui ne cesse de me poursuivre depuis bientôt quinze ans, jusque dans cette enceinte : il faut que ce système soit connu jusqu'à la trame ; je n'aurai pas de grands efforts à faire pour cela ; mon adversaire y a déjà pourvu. Je me bornerai donc à compléter son exhibition.

Il est superflu de le faire remarquer, la science, dans cette discussion, n'a été qu'un prétexte : ce n'était pas la méthode sous-cutanée qu'on voulait mettre en cause, mais l'auteur de la méthode, sa personne même, son caractère, sa réputation.

En effet, dès l'origine, M. Malgaigne m'a représenté comme un spoliateur des devanciers, comme déguisant tant bien que mal mes emprunts. J'ai prouvé de toutes les façons que ces prétendus emprunts étaient bien ma propriété, mon travail, ma pensée, mon invention. J'ai défini cette invention de façon à rendre toute méprise impossible, et j'ai confronté une à une avec elle toutes les allégations de M. Malgaigne et des personnes qui lui sont venues en aide. Cette confrontation a été si décisive que ni M. Malgaigne, ni personne n'a essayé de soutenir la lutte sur ce terrain.

Dans cette occurrence qu'a fait M Malgaigne ? Il est remonté à cette tribune, non plus pour soutenir, ce qui n'était plus soutenable, que les opérations de Monro, de Bromfield, de Desault, de Boyer, de Bell, de Cooper, de Dupuytren, de Brodie, de Delpech, de Dieffenbach, de Stromeyer, sont de véritables opérations sous-cutanées, ayant le caractère, la signification et le but de la vraie méthode sous-cutanée, émanant du même principe, employant les mêmes moyens et aboutissant au même résultat : l'absence de toute inflammation suppurative ; sur ce terrain, dis-je, la lutte était impossible. Mais il est revenu armé d'un système d'équivoques, de citations arrangées, tronquées, supposées, pour prouver, non pas que je m'étais trompé, que je m'étais abusé, mais que j'avais surpris la religion de l'Académie : j'adoucis les expressions de M. Malgaigne.

Il ne s'agit donc plus de la méthode sous-cutanée, ni de son origine, ni de ses principes, ni de ses applications, mais de moi-même, de ma personne et des moyens que j'aurais employés pour m'assurer une invention qui ne m'appartient pas. Tel est le système de M. Malgaigne, traduit dans toute sa simplicité et nudité. Puisque l'Académie ne paraît pas désirer être plus amplement édifiée à cet égard, je n'insisterai pas : les applications que j'ai à examiner achèveront de mettre les intentions et les moyens de mon adversaire dans tout leur jour.

Il est bien entendu, messieurs, que, dans ce qui va suivre, je ne m'arrêterai plus à discuter, sous le point de vue de la question de priorité, les allégations de M. Malgaigne : je ne les examinerai que pour maintenir l'autorité des documents dont il n'a pas craint de mettre la sincérité en question. Je dirai même, à cet égard, que je ne m'arrêterai qu'aux points principaux de sa critique, convaincu que par ceux que je résoudrai vous pourrez apprécier la valeur de ceux que je passerai sous silence.

L'Académie se rappellera que, voulant fixer l'état de la science à l'époque de la publication de mon premier *Mémoire sur la méthode sous-cutanée*, j'avais choisi le *Manuel de médecine opératoire* de M. Malgaigne, édition de 1837 : il m'a fait deux graves reproches à cet égard. Suivant lui, j'aurais omis de citer ce que cet ouvrage renfermait de documents sérieux, comme opérations sous-cutanées antérieures à mes travaux ; de plus, j'aurais pris l'édition de 1837 au lieu de prendre l'édition de 1839. Je vais répondre à ces deux reproches.

Et d'abord, j'ai cité et discuté en réalité toutes les citations extraites du *Manuel* de M. Malgaigne : elles sont au nombre de neuf. Si je n'avais été averti tout à l'heure par quelques personnes que ces citations avaient produit quelque impression, je me serais borné à rappeler ce que j'en ai dit précédemment : ce sont autant d'expédients qui n'ont aucun rapport avec la vraie méthode sous-cutanée. Leur reproduction ne les rend ni plus nouvelles, ni plus significatives. Leur nombre a pu en imposer.

« De loin c'est quelque chose, et de près ce n'est rien. »

Toutes, à l'exception de deux, l'*incision des ganglions* et la *ponction avec broiement des tumeurs érectiles*, qui n'avaient jamais figuré jusqu'ici au débat, ont été citées et discutées à satiété. Il suffira de les mentionner pour rappeler à l'Académie et ce qu'elles sont en réalité et la manière dont je les ai caractérisées.

Première citation. — « Quelquefois on enfonce le bistouri plus » ou moins obliquement, c'est surtout quand on veut détruire le » parallélisme entre l'ouverture intérieure et celle de la peau. » — J'ai reproduit ce passage dans mon dernier discours comme le seul se rapportant au manuel opératoire général de la méthode sous-cutanée. Il n'a pas acquis plus d'importance depuis.

Deuxième citation. — *Abcès, ponctions successives.* Procédé de Boyer et autres, sur lequel je me suis expliqué ; procédé abandonné, et que M. Malgaigne lui-même a déclaré mauvais, préférant les larges incisions.

Troisième citation. — *Ganglions.* « On a conseillé l'ouverture à l'aide d'une très petite incision. » — Nous y reviendrons tout à l'heure.

Quatrième citation. — *Tumeurs érectiles.* « La ponction avec » broiement, on a proposé de plonger dans la tumeur une aiguille » à cataracte, avec laquelle on broierait les tissus morbides. » — Nous y reviendrons plus loin.

Cinquième citation. — *Description du procédé de Stromeyer pour le pied bot.*

Sixième citation. — *Description du procédé d'A. Cooper* pour les brides palmaires, avec cette annotation : « Ce procédé est le » premier en date et a précédé le procédé analogue de M. Stro» meyer pour le tendon d'Achille. »

Septième citation. — *Varice. Procédé de Brodie.* « On espérait » ainsi éviter l'entrée de l'air, cause présumée de la phlébite; mais » Béclard a vu survenir la phlébite et l'érysipèle phlegmoneux » après ce procédé comme après l'autre. »

Huitième citation. — *Corps étrangers articulaires.* « L'extrac» tion achevée, on laisse revenir la peau sur elle-même ; l'incision » de la capsule se trouve ainsi fermée et à l'abri du contact de » l'air. »

Voilà bien les citations fournies par le *Manuel* de 1837. L'Académie n'en reconnaît-elle pas immédiatement sept pour avoir été discutées ici et réduites à leur juste valeur. Elles se rapportent toutes à trois éléments : 1° à la crainte de l'air ; idée mal définie, tour à tour abandonnée et reprise, et considérée par M. Malgaigne comme une erreur ; 2° au déplacement de la peau en haut, en bas, sur les côtés, comme moyen de détruire le parallélisme de la peau, ressource jugée comme stérile et abandonnée par tous les chirurgiens, et par M. Malgaigne lui-même ; 3° aux petites ouvertures faites avec un bistouri étroit. Mais nous l'avons dit à satiété, ces ponctions n'ont rien de commun avec la méthode sous-cutanée, et M. Malgaigne n'en fait aucun cas. Il est maintenant acquis au débat que ces différents éléments, donnés comme précurseurs de la méthode sous-cutanée, sont tout à fait sans valeur; qu'ils aient été fournis ou non par le *Manuel* de M. Malgaigne, cela importe peu : ce qu'il importe, c'est qu'on sache bien que mon adversaire, comme ceux qui lui sont venus en aide, ne prisent en aucune façon ces indications et qu'elles ne sont citées par eux pour la plupart que comme des précautions stériles. Témoin le défaut de parallélisme des plaies cutanées et articulaires dans l'extraction des corps étrangers articulaires, que M. Malgaigne avait cité comme illusoire à l'occasion du procédé de Desault, et qu'au dire de Bichat cet illustre chirurgien avait abandonné.

Restent donc deux indications nouvelles ajoutées aux anciennes : *la ponction des ganglions et la ponction avec broiement de tumeurs érectiles*. A l'égard de ces deux indications, je reconnais que je ne les avais pas citées, parce que, en effet, on ne les avait jamais données jusqu'ici comme ayant un rapport, même éloigné, avec la méthode sous cutanée. C'était aussi l'opinion de M. Malgaigne à une autre époque, au moins pour ce qui est des ganglions. Lorsque M. Malgaigne réinventa le procédé de M. Barthélemy, pour inciser les ganglions par la méthode sous-cutanée, il trouva le procédé aussi nouveau qu'excellent. Voici, en effet, comment il s'exprimait alors : « J'ai déjà dit que l'écrasement et la ponction ne m'inspi» raient *aucune confiance ;* je n'avais pas voulu, vu le nombre de » tumeurs, recourir aux incisions. En y réfléchissant, je pensais » qu'on pourrait appliquer là avec avantage les incisions sous» cutanées, sur lesquelles M. J. Guérin avait récemment éveillé » l'attention des chirurgiens. » Puis, après avoir raconté les heureux résultats du procédé sous-cutané, l'auteur dit : « Telles sont » les circonstances dans lesquelles j'ai employé cette *nouvelle* » *méthode opératoire.* » — (C'était donc entre les mains de M. Malgaigne une *nouvelle méthode*...) « Ce qui doit frapper avant tout » chose, c'est sa simplicité et son *innocuité.* » (*Bullet. de thérap.*, année 1840.) Voilà ce que M. Malgaigne pensait de la ponction des ganglions, lorsqu'il croyait avoir inventé un procédé sous-cutané ; et voilà ce qu'il en pense aujourd'hui.

Puisque le nom de M. Barthélemy se présente, permettez-moi de vous faire remarquer, chemin faisant, que le défaut de concordance signalé par M. Malgaigne, entre la première publication du procédé de M. Barthélemy et mes premières publications sur la méthode sous-cutanée, s'explique beaucoup plus facilement que ne paraît le croire mon adversaire. Voici : M. Barthélemy m'avait vu opérer; il m'avait entendu parler des avantages de ma manière d'opérer, et l'idée de son ingénieux procédé lui était venu de la sorte. Il a eu la loyauté de le reconnaître, tout en conservant la propriété de son application spéciale aux ganglions. M. Malgaigne trouve cela incompréhensible. Voilà pour la ponction des ganglions.

Quant à la ponction et au broiement des tumeurs érectiles, à l'aide d'une aiguille à cataracte, il faut n'être pas bien difficile pour y voir une opération sous-cutanée. Ponctionner une tumeur et broyer son contenu à travers une petite ouverture, et à l'aide d'une aiguille à cataracte, n'est-ce pas faire ce qu'on fait quand on détruit le cristallin à travers une petite ouverture de la cornée? A ce titre, l'*opération de la cataracte* serait une véritable opération sous-cutanée. Il ne serait pas difficile d'en trouver beaucoup d'autres du même genre (1) ; de sorte que le *Manuel* de M. Malgaigne pourrait être, d'un bout à l'autre, la méthode sous-cutanée. Qui s'en serait douté ? Ne vous semble-t-il pas, Messieurs, que, lorsqu'une cause est obligée d'avoir recours à de tels expédients, elle est bien près de se regarder comme perdue.

Mais nous voici en face d'une nouvelle équivoque ?

L'Académie se rappellera que M. Malgaigne s'est beaucoup récrié de ce que j'aurais omis volontairement de recourir à une édition plus récente de son *Manuel*, à l'édition de 1839, antérieure de quelques jours à la méthode. J'y aurais vu bien autre chose, en

(1) Telles sont les tentatives attribuées à Cooper, à Ch. Bell, de couper des brides aponévrotiques et ligamenteuses à l'aide d'*une aiguille à cataracte*, *à travers une petite ouverture de la peau.* L'exiguïté de la plaie et l'aiguille à cataracte n'impliquent, pas plus dans ces cas que dans ceux cités plus haut que l'opération ait été faite sous la peau, qu'elle ait été sous-cutanée, et encore moins qu'elle ait offert les véritables caractères de la méthode.

d'opérations sous-cutanées. Il n'y a qu'un petit malheur, Messieurs : c'est qu'il n'existe pas d'édition de 1839, mais une édition 1840, ce qui n'est pas tout à fait la même chose. Je suis bien que M. Malgaigne a daté la préface de cette nouvelle édition 24 juin 1839 : c'est ainsi qu'il a justifié de son accusation; mais à moins que le livre n'eût paru avant d'être imprimé, je devais m'en rapporter tout simplement au millésime placé au bas du titre, et ce millésime est bien de 1840. C'est là une misère, sans doute; mais sous cette misère, et à la faveur d'une seconde équivoque, M. Malgaigne a pu placer sa seconde accusation. Au demeurant, qu'y a-t-il de plus dans le *Manuel* de 1840 que dans celui de 1837? De nouvelles applications de la ténotomie et de la myotomie; rien de plus. Or, n'est-ce pas par une nouvelle équivoque, dont on a tant abusé dans ce débat, qu'on prétend trouver et faire trouver de nouveaux développements, de nouveaux progrès de la méthode sous-cutanée, dans une plus ou moins grande extension de la ténotomie. Que l'on coupe dix tendons ou que l'on en coupe cent, la méthode sous-cutanée ne fait pas un pas; c'est le même procédé, même idée, le même but que quand on n'en coupait qu'un.

Je conclus donc que le *Manuel* de 1837 et celui de 1840 ne renferment rien de plus sérieux que ce que j'ai dit exister avant mon premier mémoire.

L'ouvrage de Vidal de Cassis a servi de prétexte à une troisième et une quatrième accusations. Suivant M. Malgaigne, Vidal serait le véritable auteur de la généralisation de la méthode sous-cutanée, et je l'aurais *prise* à cet auteur en omettant de le nommer. L'allégation est catégorique; voyons comment on la justifie. On la justifie toujours par une équivoque et par une suppression de texte. En effet, Vidal parle bien de méthode sous-cutanée, mais à propos de la ténotomie. Il y a trois méthodes de ténotomie, dit-il, celle d'Isaacus Minius, celle de Delpech et celle de Dupuytren (*Traité de pathologie externe*, p. 449). Et plus loin, p. 478, et à l'occasion de la ténotomie du cou, il écrit ces lignes que M. Malgaigne s'est bien abstenu de citer : « Ici, comme pour toutes les ténotomies, la » méthode sous-cutanée a été préférée; elle a été, pour ainsi dire, » créée par M. J. Guérin, car ce praticien dit qu'il ignorait ce » qu'avait fait Dupuytren : en cela M. Guérin ressemblait à beau» coup de chirurgiens. J'avoue que je me suis beaucoup occupé » de Dupuytren et de ses travaux, et j'ignorais cependant ce fait » de ténotomie. D'ailleurs, il n'est pas certain que le chirurgien » de l'Hôtel Dieu n'ait pas percé la peau sur les deux côtés du » faisceau musculaire. »

Voilà donc comment Vidal n'était et n'avait aucune prétention à être l'*auteur de la* généralisation de la méthode sous-cutanée, et *voilà comment* je n'ai pas eu à lui prendre ce qu'il n'avait pas, et enfin voilà, au contraire, comment cet auteur, qui n'avait, après tout, d'autre but que de faire un ouvrage de vulgarisation, m'avait rendu justice.

J'arrive à une accusation bien autrement grave. Ici l'Académie va voir au complet le système de critique de M. Malgaigne : je veux parler de la date affirmée par moi de mes premières sections du tendon, que M. Malgaigne trouve en contradiction flagrante avec la date de mes premières opérations consignées dans mes écrits imprimés. Pour cette allégation, il convient de la lire textuellement dans le discours de M. Malgaigne :

« M. Guérin annonçait *hardiment* à cette tribune : Pendant plu» sieurs années, de 1835 à 1839, j'avais pratiqué un très grand » nombre, un nombre prodigieux de sections tendineuses. Ce n'est » pas une médiocre fatigue, messieurs, qu'une discussion où les » moindres assertions ont besoin d'être vérifiées; mais vous allez » voir combien la vérification est utile. Or, en 1835, M. Guérin » *n'avait pas coupé un seul tendon*; en 1836, M. Guérin *n'avait* » *pas coupé un seul tendon*; en 1837, jusqu'au 2 décembre, *il* » *n'avait pas coupé un seul tendon*. Le 2 décembre 1837, il fit enfin, » pour la première fois, la section du sterno-mastoïdien. De pa» reilles assertions vous épouvantent *peut-être*, et vous seriez bien » aises d'en avoir la preuve. Lisez donc le mémoire de M. Guérin » *Sur le torticolis*, vous y verrez (p. 32) qu'il fit sa première sec» tion le 2 décembre 1837, la deuxième le 16 janvier 1838. — » Fort bien, direz-vous, mais il avait *probablement coupé déjà autre* » *chose?* — Lisez donc le *Mémoire sur la méthode sous-cutanée* » (p. 53) : *Mes premières expériences sur l'homme* consistèrent dans » la section sous-cutanée des muscles sterno et cléido-mastoï» diens. — D'où il résulte que l'illustre opérateur, qui croyait avoir » pratiqué un nombre prodigieux de sections sous-cutanées à partir » de 1835, en réalité, au 15 janvier 1838, n'en avait encore pra» tiqué *qu'une seule*. »

Tel est textuellement, et dans tout son développement, le système de critique de M. Malgaigne. Ceci est bien grave, messieurs, et pourtant il n'y a là qu'un équivoque, une altération de texte, au service d'une accusation que je ne veux point qualifier, puisque cela paraît vous déplaire, mais qui se qualifiera d'elle-même.

M. Malgaigne a fait semblant de ne pas s'apercevoir qu'il confondait la ténotomie avec la myotomie. Ma première opération de myotomie du cou, de section du sterno-mastoïdien, la première pratiquée en France par le procédé sous-cutané, date bien du 2 décembre 1837, et mes premiers essais (*de myotomie*) ont bien commencé à la section du sterno-mastoïdien. Mais M. Malgaigne s'est bien gardé de vous dire, tout en se demandant si je n'avais pas déjà coupé autre chose, que dans l'ouvrage même où il empruntait cette première indication de mes expériences myotomiques chez l'homme, il y avait de quoi faire cesser toute méprise et toute équivoque. On lit en effet, à la page 19 de mon *Essai sur la méthode sous-cutanée*, ce qui suit : « Mes premières sections sous-cutanées de tendons datent du commencement de 1836; pendant deux années je les ai répétées au pied et au col, en me conformant aux règles pratiques précédemment établies. » — Que M. Malgaigne mette en doute ce que je viens de vous citer, c'est conforme à ses habitudes. Mais que, sciemment, il vous cite un passage renfermant l'équivoque que vous savez, et qu'il passe sous silence un passage d'à côté qui devait empêcher toute méprise, il y a là quelque chose qui confond et que je ne veux pas qualifier. Mais je ne me borne pas à rétablir un texte altéré par un texte supprimé; je vais mettre l'Académie à même de se convaincre qu'en réalité, au commencement de 1836, j'avais bien pratiqué des sections de tendons. Voici, en effet, dans mon premier mémoire sur les difformités du système osseux, page 40, l'observation d'une jeune fille, Élisa Geoffroy, mise en traitement sous les yeux de deux commissions de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, le 14 janvier 1836 : « Cette jeune fille était atteinte, depuis sa naissance, d'une » déviation latérale dorso-lombaire à droite, accompagnée d'un » *pied bot postérieur considérable.* » En note, on lit : « J'ai fait, » sur le même sujet et à la même époque, la section du tendon » d'Achille, du long fléchisseur du gros orteil, et d'une portion de » l'aponévrose plantaire. » J'ajoute : « La guérison du pied bot a » été constatée par une commission de l'Académie des sciences, » ainsi qu'elle l'a relaté dans son rapport. »

Et en effet, messieurs, voici le rapport de la Commission pour le grand prix de chirurgie, sur les ouvrages déposés le 1er mars 1836; on y trouve le résumé des sujets traités : « 4 cas de pied bot, dont » 1 cas extrême, consistant dans un renversement en arrière de la » partie antérieure du pied, la malade marchant sur la face dor» sale du tarse. » — Il ne peut y avoir de méprise. Voici la planche représentant tous les sujets traités, et voici les deux plâtres du pied opéré avant et après le traitement, avec les noms de tous les commissaires et la signature du président. Voilà donc un fait certain pour ceux qui voudraient faire, avec un peu plus d'exactitude et de charité que M. Malgaigne, l'histoire de la ténotomie. Et voilà, messieurs, comment, en réalité, j'ai été..., je n'ose pas dire le mot..., commenté par M. Malgaigne.

L'Académie voudra bien le remarquer, le cas que je viens de citer avait été précédé déjà par d'autres cas de ténotomie. De ce que je ne les avais pas publiés, il ne s'en suivait pas que je ne les eusse pas pratiqués; car je n'ai pas l'habitude de publier des opérations qui ne sont qu'une répétition de tout ce que le monde fait. Je n'attache de prix à une observation particulière qu'autant qu'elle renferme une idée nouvelle. Or, le cas que je viens de mettre sous les yeux de l'Académie est certainement un des plus remarquables qui aient été rencontrés : il n'en existe peut-être pas deux exemples; et, sous le point de vue opératoire, c'est une de mes premières

applications de la ténotomie étiologique, qui m'a conduit à la généralisation de la ténotomie, c'est-à-dire à l'institution de la méthode mise en rapport avec toutes les formes et variations de difformités résultant des applications et distributions diverses de la rétraction musculaire.

J'en ai terminé avec cette accusation principale et capitale de M. Malgaigne. Il ne me reste plus qu'à maintenir l'exactitude et le vrai sens de mes citations, en ce qui concerne les chirurgiens, que j'ai indiqués comme ayant accepté ou appliqué comme méthode nouvelle la méthode sous-cutanée. Je n'entrerai pas dans de longs détails; je me bornerai à citer trois des noms principaux : M. Bonnet (de Lyon), M Goyrand (d'Aix) et Dieffenbach. Le peu de mots que je vais vous en dire suffira pour vous faire voir de quel côté sont les citations exactes et les interprétations vraies.

J'avais cité quelques courts passages de M Bonnet (de Lyon); j'en aurais pu citer beaucoup d'autres, car personne n'a jugé mes travaux avec plus de bienveillance, et j'ose dire, personne n'a rendu plus de justice à ce que j'ai fait pour la méthode sous-cutanée. Dans un des passages que j'ai omis, passage très élogieux d'ailleurs, se trouve une légère restriction, que je puis contester, parce qu'elle résulte du sens différent que nous donnons, M. Bonnet et moi, au mot principe de la méthode. Mais cette légère dissidence est plus que compensée par la manière large et élevée dont notre célèbre collègue apprécie ma part dans l'invention et la constitution de la méthode sous cutanée : « C'est à M. J. Guérin » qu'on doit la *découverte* des phénomènes intimes dont les plaies » sous-cutanées sont le siége. Mais il faut ajouter que là ne se » borne point la part de cet auteur dans l'établissement des principes de la méthode sous-cutanée; doué de cette puissance d'esprit qui permet d'analyser les éléments d'un problème, de déduire » de cette analyse des lois simples et générales, sachant poursuivre » ensuite un principe nettement formulé dans toutes ses conséquences, M. Guérin, quoique n'ayant pas été l'*inventeur pro, rement dit* des principes de la méthode sous-cutanée, a contribué » plus que personne à lui assigner *son véritable caractère*, et à en » montrer les nombreuses et fécondes applications. » (Bonnet, *Sections tendineuses*, p. 15.)

Voilà pour M. Bonnet.

En ce qui concerne M. Goyrand, voici une lettre reçue ce matin même de notre savant collègue, qui dit tout ce qu'il faut qu'on sache, sans qu'il soit besoin d'y ajouter le moindre commentaire. J'avais prié M. Goyrand de vouloir bien s'expliquer sur le véritable sens des passages si étrangement commentés par M. Malgaigne. Voici la lettre de M. Goyrand :

« Mon cher confrère, j'ai suivi avec un très vif intérêt les diverses phases de la discussion qui s'agite en ce moment devant l'Académie de médecine, et je suis d'autant plus disposé à vous rendre le témoignage que vous réclamez de moi, que je n'ai qu'à répéter ici, dans les mêmes termes, ce que j'écrivais, il y a seize ans (janvier 1841), dans le premier numéro des *Annales de chirurgie française et étrangère :* « La généralisation de la méthode » des incisions sous-cutanées, disais-je à cette époque, est un immense progrès chirurgical; chaque jour, on pourra faire des » applications nouvelles de cette méthode. » Et plus loin : « Les progrès récents de la chirurgie nous ont ouvert de nouvelles voies : » l'innocuité, si bien démontrée par M. J. Guérin, des plaies sous-cutanées, alors même qu'elles pénètrent dans les articles, m'a » donné l'idée d'une opération nouvelle qui guérira cette infirmité » (les corps étrangers articulaires), sans exposer au moindre » danger. »

» Je n'ai pas un mot à ajouter ni à retrancher à cette appréciation de vos travaux, et je reconnais volontiers, aujourd'hui comme alors, que c'est dans la lecture attentive de vos deux mémoires sur les plaies sous-cutanées en général (1839) et sur les plaies sous-cutanées des articulations (1840), que j'ai trouvé la première inspiration de mon procédé pour l'extraction des corps étrangers de l'articulation du genou, procédé que j'ai employé, pour la première fois, le 22 septembre 1840.

» Agréez, etc. Signé : Dr GOYRAND.

» Aix, 29 mars 1857. »

Dieffenbach est mort, il ne peut donc nous rendre le m[illegible] vice que M. Goyrand. Mais à défaut de Dieffenbach, son [illegible] ami, M. le docteur Phillips, est là pour édifier l'Académie [illegible] ce qu'il m'a répondu il y a peu de jours :

« Mon cher et honoré confrère, je n'ai pas attendu, [illegible] dit M. Malgaigne, jusqu'à l'année 1855 pour faire conn[illegible] noble conduite de mon illustre maître Dieffenbach à votre [illegible] Dès l'année 1848, dans une lettre adressée à l'Académie de [illegible] cine de Belgique, j'avais consigné les belles paroles de Dieffen-bach, et vous n'avez fait que les reproduire telles que je [illegible] entendues sortir de sa bouche.

» Je suis plus jaloux que personne de la gloire de mon [illegible] et c'est pour cela que je vous remercie d'avoir rappelé un fa[illegible] honore sa mémoire et son caractère.

» Recevez, etc. PHILLIPS

» Le 25 mars 1857. »

Telles sont, messieurs, les explications que j'avais à donner à l'Académie pour maintenir l'autorité et la moralité des do[illegible] que M. Malgaigne a si *hardiment* détournés de leur vraie [illegible] cation. Il en est un dernier, le plus significatif de tous, [illegible] a paru le plus embarrassant pour mon adversaire, celui pour [illegible] il a fait d'incroyables, mais stériles efforts d'explications, [illegible] positions, d'insinuations. Je n'ai pas besoin de dire qu'il s'a[illegible] l'appréciation faite par M Malgaigne en 1843 de mes travaux [illegible] général et de la méthode sous-cutanée en particulier. Le seul [illegible] articulé par M. Malgaigne est que je n'ai pas lu en entier l[illegible] dont mes citations sont extraites. M. Malgaigne a pris soin de [illegible] blir la totalité de l'article, et il s'est trouvé que tout était [illegible] comme je vous l'ai lu, sans addition ni int rversion. *Il n'y* [illegible] quait que l'appréciation de la personne et des travaux de M. [illegible] vier, que je n'avais aucune raison de faire intervenir. Mais je [illegible] M. Malgaigne se débattre avec son article de 1843, et je me [illegible] à en tirer un petit renseignement fort précieux pour l'histoire [illegible] opinions du temps.

Vous vous rappelez, messieurs, que, voulant expliquer les [illegible] taques dont j'étais déjà l'objet en 1843, M. Malgaigne vous a [illegible] « Qu'il perçait à travers les mailles les plus serrées des discours et » des écrits de mes adversaires d'alors, comme un affreux soupçon » de fraude et de mensonge. » Est-ce bien vrai*!* Voyons l'appréciation de M. Malgaigne à cette époque : « Pour nous, et nous » croyons en ceci *représenter l'opinion générale*, nous professons » une TRÈS HAUTE ESTIME pour l'un et l'autre talent. » Pour éviter toute équivoque, nous nous plaisons à répéter que ceci était [illegible] en 1843, et que M. Malgaigne n'est plus du tout de cet avis aujourd'hui.

Arrêtons-nous un instant, messieurs, pour résumer, dans son caractère le plus général et le plus significatif le système dont je viens de dérouler les applications sous vos yeux. (LE BUREAU Non, non, cela n'est pas nécessaire). Mais, au contraire, cela est très nécessaire, car M. Malgaigne vous a rappelé en termes très exprès qu'il avait appliqué son système en grand ; j'ai besoin de montrer à l'Académie en quoi il consistait, comment il s'y prenait, comment « il sonnait le tocsin d'une manière si terrible, *qu'il retentit* d'un bout de la France à l'autre. » Mais quelques mots suffiront pour suppléer à des explications qui seraient pourtant nécessaires.

J'avais publié un relevé statistique à propos duquel M. Malgaigne, de concert avec quelques-uns, avait mis ma loyauté scientifique en cause. « J'avais annoncé des faits controuvés, des guérisons qui n'existaient pas. » C'était, comme aujourd'hui, mais sur une plus vaste échelle. Ayant voulu demander compte à *mes adversaires*, devant la justice, de leur nouveau système de critique scientifique, M. Malgaigne eut recours à une immense équivoque, il sonna le tocsin au profit du *droit de libre discussion*, que je menaçais de supprimer. Il mit véritablement la France médicale en émoi. Beaucoup de gens honnêtes signèrent la *protestation* sans se douter de ce dont il s'agissait. C'est comme si, aujourd'hui, j'avais déféré à la justice les imputations prononcées à cette tribune par M. Malgaigne, dirait-il que je veux supprimer le droit de discussion académique, et signeriez-vous sa protestation? Mais que M. Malgaigne se rassure, je ne veux pas d'autres juges que vous, et [illegible]

autre tribunal que l'Académie. (Très bien !) Voilà en quoi a consisté cette terrible application de son système de critique, qui, suivant M. Malgaigne, a été « *moins terrible encore que ce qui en a fait l'objet.* » (Le Bureau : Assez, assez !)

Mais, messieurs, si, pour me conformer au vœu de l'Académie, je suis obligé de supprimer une partie de l'histoire, vous me permettrez au moins de vous rappeler comment j'ai eu recours à la science pour protéger ma réputation, sérieusement ébranlée par M. Malgaigne.

J'ai demandé au Conseil général des hôpitaux de vouloir bien nommer une commission qui s'assurerait de la réalité des faits que j'avais annoncés. Sept de nos plus éminents collègues, aussi haut placés dans la hiérarchie médicale que dans l'estime publique, remplirent cette mission avec un dévouement scientifique sans exemple. Pendant quatre années ils suivirent assidûment ma pratique, toujours présents, toujours réunis, constatant l'état de tous les malades, assistant à toutes les opérations, prenant, en un mot, toutes les précautions pour que leur contrôle ne fût pas et ne pût être considéré comme illusoire. Voici, après ces quatre années d'un examen assidu, et après avoir rapporté tous les faits dans leurs plus grands détails, comment la commission s'exprimait : « Tels sont les faits nombreux et remarquables dont les membres de la commission ont été les témoins attentifs et consciencieux. Dans toutes les catégories auxquelles ces faits appartiennent, des succès incontestables ont été obtenus. Nous signalons expressément ces résultats, parce que, dans la polémique ardente soulevée par la publication du relevé de M. Guérin, la réalité et jusqu'à la possibilité des succès annoncés par lui avaient été révoqués en doute, et parce que l'utilité même de l'orthopédie avait été mise en question. » Voilà comment la commission des hôpitaux s'est exprimée sur les faits de guérison qu'elle a observés, en concordance avec ceux portés aux différentes catégories du relevé tant attaqué par M. Malgaigne. Que l'Académie me permette maintenant de lui lire les conclusions par lesquelles la commission des hôpitaux a terminé son rapport

« 1° Les résultats obtenus par M. J. Guérin sous les yeux de la commission, pendant les années 1843, 1844 et 1845, dans le traitement du strabisme, du torticolis, des déviations de l'épine, des luxations congénitales, des déviations des genoux, des pieds bots, des difformités arthralgiques, des difformités par rétraction de cicatrices, des difformités rachitiques, des excurvations tuberculeuses et des abcès par congestion, sont de nature à établir que la pratique de *M. J. Guérin* est tout à la fois remarquable par les considérations élevées et judicieuses sur lesquelles elle se fonde, et par l'habileté et souvent la hardiesse heureuse avec laquelle les procédés opératoires sont exécutés.

» 2° Les méthodes, procédés et appareils imaginés par M. Jules Guérin pour le traitement des difformités et accidents qui les compliquent, et les règles qu'il a posées pour leur application, constituent un ensemble de moyens et de préceptes à l'aide desquels il a produit des résultats complétement nouveaux, comme l'ensemble de ses recherches et de ses idées sur cet ordre de faits avaient dès longtemps constitué une branche de la médecine presque entièrement nouvelle.

» 3° En raison des progrès qu'il a imprimés à la science des difformités et à l'art de les traiter, en raison des sacrifices qu'il a faits, en raison de la persévérance avec laquelle il a poursuivi de longues et pénibles recherches, la commission est heureuse de le déclarer, M. J. Guérin a bien mérité de la science et de l'humanité; elle émet en conséquence le vœu que le service chirurgical qui lui a été confié par la précédente administration lui soit conservé tout à la fois comme un établissement utile aux pauvres malades et comme une juste récompense de ses travaux »

Vous savez, messieurs, comment fut accueilli ce document par M. Malgaigne. Sans souci du caractère des hommes qui l'avaient produit, sans souci des résultats scientifiques remarquables qu'il consacrait, sans souci surtout de la question si grave de moralité scientifique, M. Malgaigne y fit l'application de son système de critique, renouvelant les allégations et les imprécations précédentes. Dès lors, je crus devoir déférer à la justice ces nouvelles attaques, qui eurent bientôt la leçon sévère que vous savez. (*Le Bureau* : Ceci est inutile à rappeler. — *D'autres voix* : Parlez, parlez.)

Je ne pousse pas plus loin le récit des faits qui me paraissaient pourtant propres à compléter l'édification de l'Académie. Je supprime donc beaucoup d'autres choses importantes, que l'Académie me saura gré de ne point rappeler, et je passe à la fin de ce que j'avais à dire.

A la suite de la leçon sévère que M. Malgaigne avait reçue, il cessa toute attaque pendant quatre années.

Cependant que s'est-il passé depuis?.....

Quatre années de silence pouvaient faire penser que les passions s'étaient amorties, sinon éteintes. Je commençais à recueillir le fruit de mes travaux. Les paroles de justice réparatrice de la commission des hôpitaux avaient rétabli la confiance dans les esprits; l'Institut avait sanctionné à deux reprises, par les plus hautes récompenses, le suffrage de nos éminents collègues; il avait couronné la généralisation de la ténotomie et la généralisation de la méthode sous-cutanée. Mais de tels résultats, qu'on aurait cru devoir imposer silence à toutes les passions, n'ont fait que les rendre plus ardentes. . . . .

Une telle persévérance, une telle opiniâtreté ne sont-elles pas faites pour confondre ; et quelle digue opposer désormais à un tel débordement ! Vous le savez, messieurs, j'ai épuisé toutes les juridictions, j'ai demandé satisfaction à la justice, et tous les degrés de la justice me l'ont donnée ; j'ai demandé aussi satisfaction à. . . (Interruption de M. le Président ; applaudissements au fond de la salle.)

M. *le Président* : Si l'assistance continue ses interruptions, je serai obligé de lever la séance.

M. *Guérin* : Je n'ai que quelques mots à ajouter et je termine : En face d'un tel adversaire, que reste-t-il à faire, Messieurs! A m'en rapporter à votre justice souveraine, et à répéter avec l'Évangile :

Pardonnez-lui, Seigneur, car il ne sait ce qu'il fait. *Parce ei, Domine, quia nescit quid facit.* (Nouveaux applaudissements partis du même point.)

M. *le Président* : La séance est levée.—Quatre heure et demie.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 6 MARS 1857. — PRÉSIDENCE DE M. DUPARCQUE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Tétanos traumatique guéri par la belladone à l'intérieur.

M. de *Pietra Santa* lit le rapport suivant sur le travail présenté par M. le docteur Léon Gros, intitulé : *Observation de tétanos guéri par la belladone.* (Voir la *Revue clinique*, p. 238.)

M. Gros, qui s'est déjà fait connaître très honorablement par d'importants articles dans la presse médicale, aurait pu présenter à la Société un long mémoire, une monographie complète sur une maladie nouvelle, une dissertation didactique sur les systèmes, des réflexions philosophiques sur les méthodes médicales; au lieu de cela, il vous a offert un simple fait clinique soigneusement observé et minutieusement relaté.

Si la maladie qu'il décrit est connue, si le traitement qu'il propose n'est pas nouveau, il n'en est pas moins vrai que son travail est utile et intéressant; le praticien se trouve plus à l'aise, lorsqu'un médicament, sagement administré, a pu se montrer efficace dans plus d'une circonstance.

Après avoir relaté le fait de M Gros, M. de *Pietra Santa* ajoute :

Notre honoré confrère appelle l'attention des praticiens sur les précieuses ressources que peut offrir la belladone contre une affection si grave et si souvent mortelle.

Nous nous associons de grand cœur à cet appel, mais nous pen-

sons que quelques nouvelles observations ne seront pas inutiles.

Quand il s'agit d'une maladie nerveuse, on sait que l'on trouve dans l'attirail thérapeutique une quantité innombrable de médicaments. Non-seulement chacun d'eux compte un succès dans un cas donné, mais dans la même maladie un médicament n'est utile qu'à un certain moment. Comment préciser convenablement alors l'action partielle et particulière de l'agent?

Nous tenons le tétanos pour une affection essentiellement nerveuse ; nous pensons que les ressources thérapeutiques les plus certaines devront être cherchées dans les antispasmodiques; mais dans cette classe que de variétés, partant que d'incertitudes ! Il nous a toujours semblé, d'ailleurs, qu'il était important, dans le choix que l'on faisait d'un médicament, de tenir compte du tempérament de l'individu, de sa susceptibilité, de l'étiologie raisonnée du mal.

Vous concevez parfaitement que la nature du travail de M. Gros ne prête pas beaucoup à la critique. C'est une observation très complète d'une guérison de tétanos par la belladone : il faut la retenir pour bonne et exacte ; seulement, nous ne devons pas oublier que par d'autres agents on arrive aux mêmes résultats, témoin ce malade guéri par M. Grisolle par l'opium à haute dose, dont il est fait mention dans l'UNION MÉDICALE du jeudi 5 mars.

Nous ne pouvons prononcer le mot *tétanos* devant vous, sans rendre un juste tribut d'éloges au travail d'un de nos jeunes confrères, fils d'un médecin militaire aussi savant que modeste. Le mémoire de M. Jules Gimelle, qui a reçu de l'Académie un encouragement, constitue une monographie de l'affection complète et intéressante. Il forme le résumé de l'état de la science sur la matière. Style simple et précis, partie historique minutieuse et soignée ; appréciations critiques saines et réservées : telles sont les qualités qui recommandent ce livre à l'attention du praticien. Aussi croyons-nous devoir lui emprunter l'expression d'une opinion qui aura à vos yeux plus d'autorité que la nôtre.

« Samuel Cooper, dit M. Gimelle, émit le premier l'opinion que la belladone méritait d'être essayée contre le tétanos ; mais jusqu'ici on a fort peu d'exemples de l'emploi de cette substance dans cette cruelle maladie. Ainsi, M. le professeur Trousseau l'a administrée, sous forme de pilules, pour un cas de tétanos, en 1843 ; le rédacteur du *Bulletin de thérapeutique* l'a employée en extrait dans trois cas de tétanos idiopathique : tous les trois furent suivis de guérison.

» M. Bresse a rapporté dans sa thèse un cas dans lequel la teinture en friction lui procura une guérison complète à Coléah (*Thèse*, 1848, n° 219, p. 13). Enfin, M. Lenoir se loue beaucoup de son emploi. Lorsque le pouls est plein, tendu, et qu'une congestion sanguine semble compromettre l'intégrité de l'encéphale, il pense que l'opium aggrave cette disposition congestionnelle ; de plus, l'opium frappe l'intestin d'inertie et provoque une constipation opiniâtre ; ces inconvénients n'ayant pas lieu avec la belladone, le chirurgien de l'hôpital Necker donne la préférence à ses préparations.

» Pour nous, nous pensons que de nouveaux essais doivent être tentés afin de savoir si l'on doit placer ce médicament parmi ceux qui ont le plus de valeur dans le traitement du tétanos traumatique. »

M. Gimelle formule ainsi son résumé :

« En présence de tant de moyens divers, de tant de méthodes contradictoires, qui ont été tour à tour préconisés dans le traitement du tétanos, le choix est difficile à établir, s'il n'est éclairé par l'analyse et le raisonnement. Appuyé sur ce double critérium, nous pensons, d'après les résultats que nous avons signalés, que les saignées générales et locales, et l'opium, seul ou uni aux antispasmodiques, amènent souvent la maladie à bonne fin. Après ces méthodes de traitement, celles qui nous paraissent fournir le plus d'avantages sont, d'une part, les frictions mercurielles, l'ammoniaque et les bains de vapeur, et de l'autre les inhalations d'éther et de chloroforme, dont on est en droit d'espérer des résultats favorables, à en juger par les expériences heureuses tentées jusqu'à ce jour. Là se borne la série des moyens dont l'utilité est consacrée par l'expérience.

» Peut-être les bains chauds et froids, la belladone et le tabac sont-ils à même de rendre quelques services en certains cas ; mais, en tant que médication générale, leur vertu est au moins contestable jusqu'à plus ample informé. »

Nous adoptons ces pensées, et nous terminons en vous proposant :

1° De remercier M. le docteur Léon Gros de son int[illegible] lecture ;

2° De renvoyer son observation au comité de rédaction.

M. *Cazeaux*, mettant d'abord en doute l'efficacité de [illegible] done dans le tétanos, reproche au rapporteur de n'a[illegible] dans cette circonstance, la part du médicament, si el[illegible] lement, et celle de la nature ; il trouve que, en ayant p[illegible] fiance dans la vertu de la belladone, M. Pietra Santa s'[illegible] trop indulgent dans les restrictions qu'il a cru devoir [illegible]

M. *Pietra Santa* justifie la modération de ses re[illegible] tiques par cette seule considération, que le travail d[illegible] chargé de rendre compte à la Société est l'œuvre d'un [illegible] et que cette tâche lui imposait indulgence et réserve pour la [illegible] tion thérapeutique.

Après quelques explications échangées entre MM. [illegible] *Chausit*, *Sales-Girons* et *Camus*, et ayant pour but d[illegible] l'observation communiquée par M. le docteur Gros d[illegible] non considérée, thérapeutiquement parlant, comme une [illegible] tion de tétanos guéri par la belladone, la Société adopte [illegible] clusions du rapport.

Traitement de l'ozène.

M. *Guibout* raconte à la Société que, d'après une commun[illegible] faite la veille à la Société médicale du troisième arrond[illegible] par M. le docteur Henry, deux malades, deux sœurs [illegible] d'ozène et traitées infructueusement par différents moyens [illegible] guéries par le reniflement d'une eau chargée de chlorate [illegible] tasse (chlorate, 4 grammes ; eau, 120 grammes). En p[illegible] faits à la connaissance de ses confrères, M. Guibout se d[illegible] faut les considérer comme des exemples de guérison d[illegible] le chlorate de potasse ; il pense que, avant de se prononcer [illegible] point, il faut attendre des observations plus nombreuses.

M. *Duparcque*. Dans le traitement de la punaisie, [illegible] compte, et du siége de l'affection et de l'altération [illegible] constitue, sécrétion, ulcération, etc. Lorsque le mal [illegible] de départ à la partie supérieure des fosses nasales, da[illegible] la sécrétion se trouve retenue ; le succès est alors bien d[illegible] au contraire, l'affection a son siége vers l'entrée des fosses [illegible] sur un point de la muqueuse que les topiques puissent att[illegible] l'altération locale peut être avantageusement modifiée, et le s[illegible] devient plus certain.

M. *Boinet*. Le siége de l'ozène n'est pas toujours facile à [illegible] blir. Ce qui caractérise cette affection, c'est l'odeur parti[illegible] qu'exhalent les individus malades ; c'est là le symptôme pa[illegible] monique, car la sécrétion n'est pas constante. Bien des p[illegible] affectées d'ozène présentent la muqueuse nasale dans un [illegible] sécheresse remarquable, et pourtant elles répandent une [illegible] très fétide.

Au point de vue du traitement, on peut dire que l'ozène [illegible] sécrétion, mais sans une grande odeur, offre des chances de [illegible] rison ; dans les autres cas, au contraire, le succès est douteu[illegible] crois qu'on peut, à l'exemple de M. Henry, essayer le chlorat[illegible] potasse. J'ai essayé la teinture d'iode que les malades renifla[illegible] mais j'ai dû y renoncer, parce qu'elle provoquait de l'irrit[illegible] une douleur vive ; je l'ai employée en badigeonnage et j'ai ré[illegible]

M. *Guibout*. Dans le traitement de l'ozène, le siége et la form[illegible] l'affection ont moins d'importance que ne le pense M. Duparcq[illegible] ce qu'il faut surtout s'attacher à reconnaître, c'est la natur[illegible] l'affection, qui peut être syphilitique ou scrofuleuse. Cette con[illegible] sance donnera les véritables indications pour le traitement.

M. *Duparcque* a toujours insisté pour qu'on tienne comp[illegible] l'état général du sujet.

M. *Costilhes* lit un rapport sur un mémoire de M. Ham[illegible]

Fasnay : *De la médication alcaline appliquée au traitement de quelques affections des femmes.*

La séance est levée à cinq heures.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 3 AVRIL 1857.

1° Suite de la discussion de l'observation de M. *Guiboul* sur la pneumonie rémittente.

2° Rapport de présentation du docteur *Leménant Deschenais* par M *Dechambre.*

3° Résumé des travaux faits depuis plusieurs années sur la gale des animaux en collaboration de M. *Delafond*, par M. *Bourguignon.*

V.

REVUE DES JOURNAUX.

De la destruction normale du sucre dans l'économie animale, par M. WILL. PAY.

La destruction du sucre dans l'économie animale n'est pas une simple combustion, mais la transformation de cette substance s'opère par un procédé chimique au dedans comme au dehors de l'organisme.

Le sang du cœur droit, d'après les expériences de M. Pay, est bien plus riche en sucre que le sang du cœur gauche et du système artériel. Pendant le passage du sang à travers le poumon, il se détruit une grande quantité de sucre. Le sang veineux qui a circulé dans le corps est, au contraire, plus pauvre en sucre que le sang artériel; le sang de la veine porte en est même entièrement dépourvu, à moins que l'animal ne soit en pleine digestion; tandis que les matières sucrées qui se trouvent dans le tube digestif, passent après leur absorption par les radicules de la veine porte, directement dans les capillaires du foie et de là dans la circulation générale.

Les substances féculentes subissent vraisemblablement leur transformation en sucre à l'aide de la salive et du suc pancréatique. En outre le foie engendre, chez tous les animaux sains, une quantité assez marquée de sucre, et change le sucre des plantes en glycose. *Or tout* ce sucre, d'après ce qui précède, se détruit principalement dans les capillaires du poumon, où il subit le contact de l'oxygène de l'air; mais les expériences démontrent que ce n'est pas une simple combustion si l'on prend dans le cœur droit d'un animal, récemment tué, du sang qui ne soit pas encore coagulé, c'est-à-dire dont la fibrine ne soit pas encore séparée, ce sang va se détruire au contact de l'air comme dans l'économie vivante. Le sucre subit une fermentation lactique, par suite d'un mouvement moléculaire, comme celui que produirait un ferment. Lors de la coagulation spontanée du sang, le mouvement moléculaire qui s'opère dans le sang suffit pour provoquer la destruction du sucre, et la preuve, c'est que le sérum, qui surnage, contient plus de sucre que le caillot, qui en contient à peine des traces.

Lorsque le sang se décompose, le sucre disparaît rapidement, et alors le sang présente une réaction acide qui tient à la présence de l'acide lactique, car elle persiste même après l'ébullition, ce qui n'existerait pas si elle était due à l'acide carbonique. L'acide lactique est éliminé à son tour du sang artériel par le suc gastrique et le suc des muscles.

Telle est la substance du travail de M. Pay; nous ne pouvons que la signaler aux expérimentateurs. (*Guy's Hospit. Rep*, 1855, et *Schmidts Jahrb.*, 1856.)

De la migraine et de son traitement, principalement par la quinine, par le professeur OPPOLZER.

D'après l'auteur, l'hémicranie est une névralgie du nerf trijumeau d'un côté, et se distingue des autres névralgies par l'absence de la douleur hors le temps de l'accès. Souvent la migraine est transmise par la mère à la fille, et se trouve plus rarement chez les hommes. Souvent, quand la prédisposition existe, elle se déclare à la suite d'une émotion morale; fréquemment aussi, à l'occasion de la menstruation.

L'accès, qui commence ordinairement le matin, ou après le repas de midi, dure quelques heures, ou un jour entier. Soit que la douleur occupe un seul rameau du trijumeau, à savoir le rameau occipital, ou frontal ou temporal, soit que son siége soit plus difficile à délimiter, elle avorte souvent à la suite d'un vomitif; mais comme on ne saurait administrer pareil remède à chaque attaque, le professeur Oppolzer a souvent recours, avec grand succès, à la quinine, dont il prescrit 0,20 centigr. dans 30 grammes d'eau, additionnée de deux gouttes d'acide sulfurique, qu'il fait prendre immédiatement au début de l'accès, et ce remède réussit même quand les paroxysmes ne suivent pas un type périodique.

Beaucoup de patients se soulagent en se comprimant la tête.

Chez les femmes hystériques, on doit tenter l'emploi des substances fétides, comme l'huile de pétrole avec de la poix liquide, de l'asa fœtida, du sel anglais, du vinaigre radical.

Si l'hémicranie se lie à la chlorose, il faut administrer des préparations martiales; si la maladie est le résultat d'un refroidissement, ce sont les irritants cutanés, les bains de vapeur et le traitement hydrothérapique qui se trouvent indiqués.

La névralgie a-t-elle des rapports avec les troubles de la menstruation, c'est contre ceux-ci qu'il faut diriger d'abord le traitement. Les toniques conviennent aux organisations molles et torpides; chez les femmes affectées d'hémorrhoïdes, ou d'hypertrophie du foie, ou encore chez celles qui sont arrivées à l'âge critique, il faut agir sur le tube digestif par l'eau de Carlsbad, de Marienbad ou de Kissingen.

Le citrate de caféine a été vanté par un grand nombre de médecins. Oppolzer pense qu'une décoction de café non torréfié amène un même résultat.

Enfin, il est des cas qui résistent à tout traitement; on doit se contenter alors de préserver le malade contre l'impression d'une lumière trop vive, du bruit ou de tout ce qui peut surexciter les sens. (*Allgemeine Wiener Zeit.*, 1856, I, 11.)

De l'usage local des vapeurs de chloroforme dans les affections utérines, par le docteur JACOBOWICS.

L'emploi local des vapeurs de chloroforme dans les affections de l'utérus fut indiqué, pour la première fois, en 1853, par le docteur Hardy, de Dublin, et mis en usage ensuite par le professeur Scanzoni, de Würtzburg.

Récemment le docteur Jacobowics, se livrant à de nouvelles expériences sur ce sujet, est arrivé à démontrer : 1° que les vapeurs de chloroforme employées localement jouissent, dans un grand nombre de cas de maladies de l'utérus, d'un pouvoir manifestement anesthésique et qu'elles agissent de même, dans les affections douloureuses d'autres organes, tels que la vessie et le rectum; 2° appliquées de cette façon, ces vapeurs ne produisent aucun effet fâcheux ni sur la circulation, ni sur le sang, ni sur le sensorium commune; 3° ce moyen local est préférable aux substances narcotiques, dont l'action éphémère, comme moyen palliatif, est contrariée encore par leurs mauvais résultats sur l'estomac, l'intestin et le système nerveux. (*Wochenblatt der Zeitschrift der Wiener Aerzte*, 1856.)

Des morts subites dans l'état puerpéral, par M. CH. DUBREUILH.

Dans ce travail, M. Dubreuilh appelle l'attention sur un funeste accident, bien connu des accoucheurs, et d'autant plus redoutable qu'il ne peut être ordinairement prévu. On voit des femmes périr subitement, soit pendant le travail de la parturition, soit dans les jours qui suivent, même après que le rétablissement a paru être complet.

Il est des cas où tout donne à penser que la mort a eu lieu par

syncope. Les deux raisons principales qu'on en peut donner, c'est que certaines femmes ont eu plusieurs syncopes manifestes avant de perdre une dernière fois et pour toujours connaissance, et que, dans plusieurs autopsies, on a trouvé le *cœur extrêmement flasque et vide de sang*. Cette dernière circonstance, signalée en particulier par M. Mac Clintock, s'accorde peu avec le nom d'*asphyxie idiopathique* par lequel il désigne l'état pathologique qui a amené la mort, et il est vraisemblable, ainsi que le remarque M. Dubreuilh, que dans ces cas, comme dans ceux qu'a rapportés M. Chevallier (MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS, vol. I), il s'agissait, non d'asphyxie, mais de syncope. Il est possible que celle-ci soit au moins favorisée par l'état chloro-anémique qui produit souvent dans la grossesse, ainsi que nous paraît l'avoir prouvé M. Cazeaux, les vertiges et autres accidents nerveux qu'on avait coutume de rapporter à la pléthore.

D'autres fois, les malades passent subitement de la vie à la mort sans qu'on ait pu observer à proprement parler de symptômes morbides. La femme, en train de causer, par exemple, ou occupée à des travaux d'aiguille, se penche sur son siége et expire. Quelquefois la mort est précédée de quelques mouvements dans le visage ou les membres. L'autopsie ne révèle aucun désordre anatomique. Une telle mort s'observe ordinairement chez les femmes qui ont eu une parturition laborieuse, qui ont beaucoup et longtemps souffert, qui ont dû subir des manœuvres pénibles, telles que la version. Elle peut être aussi la suite d'impressions morales vives. Dans l'un comme dans l'autre cas, la catastrophe semble devoir être rapportée à un ébranlement du système nerveux, causé ici par les difficultés du travail, et là par le fait même de l'émotion.

Voici un exemple de chacun de ces genres de mort.

OBS. I. — La jeune femme d'un de nos confrères fut affectée, pendant les trois derniers mois de sa grossesse, de vomissements tellement opiniâtres, qu'elle ne pouvait rien garder. Il en résulta un mouvement fébrile continu, avec des paroxysmes nocturnes, un amaigrissement et un affaiblissement excessifs. Elle arriva enfin au terme de cette très pénible grossesse. Le travail dura dix heures en tout, et la période d'expulsion, pendant laquelle un devoir impérieux obligea l'accoucheur à s'absenter, se prolongea quatre heures. Immédiatement après la terminaison spontanée du travail, la malheureuse dame eut une première syncope, et bien que l'utérus, convenablement rétracté, ne permît pas d'hémorrhagie, elle expira trois quarts d'heure après, malgré l'usage intérieur et extérieur des toniques les plus énergiques. (Observation empruntée à M. Cazeaux.)

Le cas suivant de mort par épuisement, à la suite de douleurs prolongées, a été observé par le père de l'auteur.

OBS. II. — Une femme de la campagne, âgée de vingt-huit ans, en travail de l'enfantement depuis deux jours, nous envoya chercher avec un autre confrère. Nous nous rendîmes auprès d'elle et constatâmes un rétrécissement dans le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. C'est en vain que l'application du forceps fut tentée. La tête, mobile et très élevée, échappa chaque fois aux cuillers de l'instrument. La version fut décidée et fut faite sans de trop grandes difficultés ; mais la tête resta longtemps au-dessus du détroit supérieur. A force de tractions, elle finit par être expulsée, et bientôt l'accouchement est terminé ; mais à l'instant même la malade expire, épuisée par la douleur.

Voici enfin une observation de mort subite dont l'occasion a été vraisemblablement une émotion morale. Elle a été communiquée à l'auteur par M. le docteur Charmois (de Bayon).

OBS. III. — Le 15 octobre 1856, je fus appelé chez M. G..., capitaine de navire (commune de Gauriac), pour constater la mort de sa femme, qui venait de succomber subitement. Cette dame, âgée de trente-quatre ans, était d'une forte constitution. Accouchée depuis douze jours, très heureusement ; les lochies avaient été abondantes ; elle n'avait éprouvé aucun accident. Cette dame était d'une très grande sensibilité ; à tel point qu'un jour, pour une simple contrariété pendant qu'elle avait ses menstrues, celles-ci se supprimèrent pendant six mois. Elle reçut une lettre de son mari, absent depuis le début de sa grossesse, qui lui annonçait son arrivée pour ce jour ; elle en éprouva l'émotion la plus vive. A neuf heures du matin, elle le reçut sans manifester une trop grande joie ; elle causa toute la journée avec lui. Vers sept heures du soir, on la porta de son lit sur un lit de repos, comme d'habitude, et tout à coup elle s'affaissa et mourut subitement. Tous les moyens employés en pareille circonstance furent inutiles. J'arrivai deux heures après pour ne voir qu'un cadavre ; elle était grasse, et son facies n'annonçait les traces d'aucune souffrance.

La connaissance de ces faits n'importerait que médiocrement s'il n'en ressortait des indications pratiques fort importantes, sur lesquelles insiste M. Dubreuilh. Par eux on apprend à ne pas négliger comme insignifiante la chloro-anémie des femmes grosses qui certainement prédispose à la syncope ; on est porté à se préoccuper davantage de la longueur du travail, des douleurs trop prolongées, et certainement la considération de la terrible chance ouverte par une parturition trop laborieuse et trop douloureuse, doit peser d'un grave poids quand il s'agit de déterminer l'opportunité d'une manœuvre libératrice ou de l'inhalation d'un anesthésique. De même, on entourera avec plus de vigilance les femmes en couches ou les nouvelles accouchées de toutes les précautions qui peuvent les mettre à l'abri d'émotions morales, quand on sera bien convaincu que la suite de ces émotions peut être, non une simple fièvre cérébrale ou puerpérale, mais la mort elle-même, et la mort immédiate. C'est ce que l'auteur fait ressortir avec beaucoup de sagesse. (*L'Union médicale de la Gironde*, janvier 1857.)

Usage alimentaire des fruits de l'arbousier et emploi médical des baies de l'églantier, par M. MOURGUE.

Nous passons rapidement sur la première partie de ce travail, ou plutôt de cette note, où M. Mourgue rappelle que le fruit de l'arbousier (arbre aux fraises, raisin d'ours) est aujourd'hui utilisé pour l'alimentation sous forme de confitures analogues au raisiné de Provence, et qu'on en tire aussi un alcool de 10 à 20 degrés ; mais nous insistons un peu sur l'emploi médical des fruits de l'églantier ou rosier sauvage. Ces fruits, sous forme d'une gelée très facile à préparer, peuvent rendre des services réels dans les diarrhées atoniques, principalement chez les enfants ; la gelée de fruits d'églantier jouit de propriétés astringentes supérieures à celles de la gelée de coing ou de conserve de rose. On la prend de la même manière, par cuillerées à café, plus ou moins souvent répétées ; on peut aussi en édulcorer la tisane.

L'observation que M. Mourgue rapporte à l'appui de ces assertions ne serait pas suffisante pour en établir l'exactitude ; car le régime peut avoir joué un grand rôle dans la guérison, mais la vertu astringente des baies d'églantier n'est pas douteuse et peut être utilisée dans la médecine rurale. En fait d'avantages pratiques, rien n'est à dédaigner. (*Revue thérapeutique du Midi*, 1857, 30 janvier.)

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

ESSAIS SCIENTIFIQUES, par *Victor Meunier*. Tome Ier, l'Apostolat scientifique. In-18 de 215 p. Paris, Bureau de l'*Ami des sciences*. 1 fr. 25

ESSAIS DE PANIFICATION AVEC LES RÉSIDUS DE BETTERAVES PROVENANT DE L'EXTRACTION DU SUCRE ET DE L'ALCOOL, par le docteur *Louis Lévy*. Paris, Victor Masson. 1 fr.

NOTICE SUR L'EAU MINÉRALE NATURELLE DE SCHWALHEIM (Hesse-Électorale). In-8° de 15 pages. Victor Masson. 75 c.

SOULTZBAD. Le bain de Soultz, près Molsheim (Bas-Rhin), source minérale chloro-iodo-bromée. Monographie par le docteur *E. Eissen*. In-8° de 92 pages avec 4 planches lithographiées. Paris, Victor Masson. 1 fr. 25

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU, par le docteur *A. Devergie*. Deuxième édition, considérablement augmentée et accompagnée de planches coloriées représentant 51 sujets. 1 volume in-8° de XII-848 pages. Paris, Victor Masson. 14 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. | PARIS, 10 AVRIL 1857. | N° 15.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 9 avril 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DISCUSSION SUR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE. — SIROP DE MOULES. — FIÈVRES DES PAYS CHAUDS.

M. Bouvier, atteint de la grippe depuis quelque temps, et qui avait, à cause de cela, retardé son tour de parole, est monté mardi à la tribune. On a pu craindre, aux premiers mots, que la voix lui manquât avant la fin de son discours; mais il nous a paru se trouver beaucoup mieux dès qu'il s'est mis à contester la part de M. Guérin dans l'invention de la méthode sous-cutanée, et il a eu des éclats d'un timbre énergique. Sur ce sujet, déjà bien épuisé, M. Bouvier a eu un mérite difficile : ça été d'ajouter quelque chose, pour ainsi dire, à l'évidence; de trouver dans les archives de la littérature allemande, qui lui est très familière, des titres de propriété plus décisifs, plus indéniables encore que ceux qui avaient été déjà produits dans la discussion. Nous avons revendiqué dans ce journal les droits de Dieffenbach, de Stromeyer surtout ; nous avons montré que Stromeyer avait établi tout entier et appliqué le principe de la méthode sous-cutanée ; qu'il s'était formellement proposé de prévenir l'accès de l'air dans les plaies, et, par là, d'empêcher la suppuration ; que, en d'autres termes, pour lui comme pour M. Guérin, la soustraction des plaies à l'air était le but des petites ouvertures, et la guérison sans suppuration le but de la soustraction à l'air. M. Bouvier a prouvé, par des textes irrécusables, que Stromeyer n'avait laissé à personne le soin de féconder son principe, mais que, dès 1838, il en avait fait ressortir et le caractère général et les immenses applications. Et, de cette époque aux écrits de M. Guérin, la doctrine et la pratique allemande avaient porté des fruits nombreux.

Cette partie du discours de M. Bouvier clôt sans doute le débat sur la question historique. Ce débat se sera donc terminé sans que les prétentions qui l'ont fait naître aient rencontré un seul appui à l'Académie. Dans la presse de Paris nous ne

---

FEUILLETON.

Lettre médicale.

SOMMAIRE : Irruptions d'esprits. — Les Esprits à l'Académie. — M. Malgaigne et M. Guérin ; coups de pinceau. — Le banquet de l'UNION MÉDICALE. — Projet de banquet universel. — Question d'exercice : Distribution des médicaments par les médecins.

Mon cher Confrère,

Sur cette terre triomphante du XIXe siècle, ce n'est plus l'esprit qui court les rues : ce sont les esprits. Et ne prenez pas ce pluriel pour une manière de compliment ; car c'est une peste que ces petits êtres surnaturels qui emplissent l'atmosphère, qui dansent des sarabandes dans votre salon, pénètrent incongrûment dans votre chambre à coucher, s'accroupissent sur le bord de votre assiette, sautent sur vos épaules, se fourrent dans vos poches, secouent vos tables, brouillent vos cartes, écoutent la conversation et s'en vont répétant les méchants propos à d'autres êtres, ceux-là faits de chair et d'os, avec lesquels ils entretiennent je ne sais quel commerce ; à votre ami, à votre frère, à votre femme peut-être, pauvre confrère, si votre femme a su attirer les bonnes grâces de quelqu'un d'entre eux ! La première fois que la GAZETTE HEBDOMADAIRE a eu l'honneur de vous faire part de cette irruption — il y a déjà longtemps de cela — nous nous étions bien douté que l'engeance ne valait pas grand'chose ; ce ne pouvait être la fine fleur des esprits qui prenait ainsi plaisir à déranger les meubles des citoyens ou à cogner la nuit sur le bois de lit pour empêcher les gens de dormir. Notre mauvaise opinion s'était fortifiée encore tout récemment, quand nous en avons vu un dérober le mouchoir d'une grande dame, sous l'incitation d'un sorcier américain ; acte assez semblable, nous sommes forcé de le dire, à celui de ces chiens dressés pour le vol et que leur maître envoie happer un gigot à l'étalage du boucher. Cet esprit-là nous faisait bien l'effet d'un sacripant.

Mais voilà qu'un grand journal, qui se connaît en préternaturalisme, vient lever nos derniers scrupules. Dans une suite de dis-

connaissons qu'un journal qui les défende ; encore est-ce sur l'impression des séances, et non d'après l'examen des textes. Quant à la presse des départements, son sentiment général est que M. Guérin a fait pour la méthode sous-cutanée moins qu'il ne réclame, plus qu'on ne lui accorde. Et voilà bien la confirmation de ce que nous disions il y a peu de temps, à savoir que M. Guérin avait compromis sa cause en voulant la faire trop belle. C'est comme inventeur qu'il s'est posé, c'est l'inventeur qu'on a discuté, et l'on n'a pas même eu l'occasion de rendre justice au vulgarisateur. Sous ce rapport, nous serions probablement plus généreux que M. Malgaigne ou que M. Bouvier. Même quand une idée est déjà en marche, c'est encore un beau rôle que d'en précipiter le mouvement, et il n'est pas douteux que M. Guérin n'ait beaucoup contribué aux progrès de la méthode sous-cutanée en France.

M. Bouvier a traité aussi de l'action de l'air sur les plaies et de leur mode de guérison ; il s'occupera mardi prochain des divers procédés de la méthode sous-cutanée. Une partie de ce qu'il a dit, dans la dernière séance, n'est que la confirmation de remarques déjà présentées par la Gazette hebdomadaire. Une autre partie s'accorde moins bien avec nos propres appréciations. Nous y reviendrons probablement quand le discours sera terminé. Quant à présent, nous nous bornerons à faire observer, au sujet des expériences dont M. Marc Sée et l'auteur de cet article ont entretenu l'Académie, que les résultats jusqu'ici fournis par ces expériences n'ont jamais été donnés par eux comme décisifs, qu'ils se sont gardés à dessein d'aucune conclusion, et qu'ils attendent, pour exprimer une opinion formelle et définitive, la réalisation de certaines conditions très difficiles à obtenir dans cet ordre de recherches.

— La séance avait commencé par un rapport de M. Blache et par une lecture de M. Philippe, médecin à l'hôpital militaire de Lille. Le rapport a été renvoyé à la Commission pour un motif assez sérieux, devant lequel la réserve extrême des conclusions n'a pu trouver grâce : c'est que le sirop expérimenté avait été remis directement par l'inventeur, et non préparé dans le laboratoire de l'Académie de médecine ou à la Pharmacie centrale. Le travail de M. Philippe, relatif à l'emploi de la médication évacuante contre les fièvres des pays chauds, nous a paru traiter avec autorité une importante question de médecine pratique.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Sur une fonction peu connue du pancréas ; la digestion des aliments azotés, par Lucien Corvisart.

Introduction.

Eberle ayant découvert, en 1834, que le liquide du pancréas a pour fonction d'émulsionner les corps gras, rien ne fut plus inattendu que ce que Purkinje et Pappenheim affirmèrent en 1839 (1), savoir, qu'ils avaient encore retiré du pancréas un liquide doué de la propriété de *dissoudre* les aliments azotés eux-mêmes.

Cette assertion arrivait au moment où Wasman isolait le principe actif du suc gastrique.

Les physiologistes allemands étaient d'ailleurs en pleine voie d'exclusivisme.

Les uns déclaraient que l'estomac seul dissout les aliments azotés ; les autres refusaient désormais à cet organe la fonction spéciale qu'on était accoutumé à lui reconnaître, et mettaient les muscles, le tissu cellulaire, le péritoine, les muqueuses trachéale, vésicale, nasale, les kystes mêmes, en possession de propriétés digestives analogues à celles de l'estomac.

Les promoteurs de ces dernières doctrines avaient vu dans leurs expériences de petits morceaux de viande et d'albumine perdre de leur poids ; leur conclusion était que cette perte avait eu lieu par le fait d'une digestion ; mais ils oubliaient que l'évaporation ou l'absorption de l'eau renfermée dans ces substances peut seule diminuer leur poids des trois quarts sans qu'un atome de la partie réellement solide et digestible ait été dissous.

Il est vrai qu'on n'avait pas encore acquis les connaissances suffisantes pour établir la différence qui sépare une dissolution simple de la manière d'agir d'une fonction aussi compliquée que la digestion.

Dès lors cette incertitude permettait aux savants de se résoudre, bien que le bon sens y répugnât, à admettre une similitude réelle entre la digestion et la dissolution des aliments azotés.

Une nouvelle conquête de la science, due à Mialhe et à

(1) *Froriep Notizen*, t. IV, d'après Burdach. *Traité de physiol.*, trad. par Jourdan sur la 2e édit., p. 317. Paris, 1841.

sertations remarquables, l'Univers démontre *ad unguem* que les esprits frappeurs ne sont que de méchants esprits, des démons de la pire espèce, venus en droite ligne de celui qui a perdu le genre humain. La savante feuille ne se borne pas à en prouver l'existence formelle, ce qui est déjà passablement fort ; elle en spécifie la nature, la généalogie, le degré hiérarchique dans l'ordre des puissances surhumaines : c'est l'histoire naturelle de l'autre monde arrivée, comme celle de ce monde-ci, à la perfection des sciences exactes. Ainsi, nous voilà bien ! Ceux-là ont fait de belle besogne, qui ont évoqué de pareilles légions ! Mieux eût valu cent fois le renouvellement des plaies d'Égypte ; car, qu'était ce que cela ? Des mouches ? il y a des ingrédients qui en débarrassent. Des grenouilles ? ça n'a pas beaucoup de malice, et puis l'arrière-train est bon pour la cuisine et pour la pharmacie. Des sauterelles ? il y a des gens qui les mangent frites. Mais des démons ! c'est le diable à endurer, et vraisemblablement aussi à digérer.

Toujours est-il, cher confrère, que l'Univers nous donne ici l'explication de bien des choses. Ce sont indubitablement ces esprits vicieux, rusés, taquins, qui commettent une foule d'actes que nous avons l'habitude d'attribuer au hasard, à la maladresse, aux mauvais instincts. Pourquoi un homme qui, toute l'année, a fait sa barbe avec une dextérité parfaite, se coupe-t-il juste à l'heure du rôti et au moment de passer la cravate blanche ? C'est un esprit qui lui a poussé le coude. Pourquoi manque-t-on une saignée qu'eût enlevée brillamment le carabin le plus novice ? Un esprit a détourné, pour rire, la pointe de la lancette. C'est un esprit éloquent et colérique qui parlait l'autre jour à l'Académie par la bouche de M. Malgaigne ; si ce n'est celui-là, c'est son frère qui animait avant-hier M. Bouvier. M. Guérin est possédé par plusieurs esprits à la fois : l'esprit d'orgueil, qui lui souffle des prétentions insoutenables ; l'esprit de ténèbres, qui préside à ses formules philosophiques ; un certain esprit, le pire de tous, moitié guerrier et moitié procureur, qui le pousse un peu trop à déposer ses arguments dans la gueule d'un pistolet ou sur une feuille de papier timbré : tous ensemble faisant un tort infini à son propre esprit, actif, intelligent, soudain, personnel, exposé par défaut d'équi-

hmann, fit voir combien la seule dissolution des aliments otés est loin de remplir le but final de la digestion.

La matière seulement dissoute, en effet, peut n'être pas s changée, dans sa nature, que le sucre n'est modifié ns l'eau ; les aliments digérés, au contraire, ont subi une ritable *transformation*.

A partir de ce moment, prouver qu'un liquide dissout les ments ne fut rien moins que démontrer qu'il remplit le le de la digestion.

En France, de même que les expériences relativement à ction émulsive sur les graisses avaient été répétées, celles i ont trait aux aliments azotés furent reprises. Mais Bernard (1) n'apporta pas d'autre preuve de digestion e la dissolution; en sorte que la science restait toujours point où Purkinje et Pappenheim l'avaient laissée il y a t-huit ans.

Faire un pas de plus, montrer en quoi consiste non pas dissolution, mais la transformation que le pancréas fait bir aux aliments plastiques; apporter à la découverte de rkinje et de Pappenheim une preuve convaincante; établir r des faits simples et faciles à vérifier les relations et les férences fonctionnelles de l'estomac et des intestins: tel est but de ce mémoire.

Nous engageons vivement le lecteur à répéter toutes les périences de ce mémoire; sa conviction, sans doute, viendra rtifier la nôtre.

Nous nous proposons, dans le cours de ce travail, où seront traitées incidemment un grand nombre de questions, adopter la marche suivante.

Nous examinerons d'abord les aliments chimiquement les us fixes et les plus simples, tels qu'ils se trouvent dans nature, sans leur faire subir au préalable aucune manipulation chimique.

L'albumine de l'œuf, l'albumine et la fibrine du sang, la usculine dépouillée de tissu gélatigène, la caséine, le gluten, tissu cellulaire, la gélatine, etc., nous occuperont avant ue nous n'arrivions à l'étude de la digestion sur les aliments, ui ne sont, comme les muscles, la viande, etc., que la réunion, en proportions variables, de ces substances.

Chaque aliment azoté étant pris à part, nous examinerons s transformations que la digestion gastrique et la digestion testinale lui font successivement subir.

La digestion gastrique ne nous présentera à étudier que : 1° la quantité de l'aliment que le suc gastrique dissout; 2° la qualité ou les caractères de l'albuminose ou peptone produite.

L'examen de la digestion intestinale sera plus compliqué, car les matières qu'après la digestion l'estomac chasse dans l'intestin sont loin d'avoir la simplicité, l'uniformité de l'aliment.

Il faut, en effet, remarquer qu'elles sont un mélange de trois éléments absolument dissemblables, savoir : 1° la solution de peptone, produit de l'action du suc gastrique (*aliments digérés*); 2° la partie alimentaire non dissoute par le suc gastrique (*aliments non digérés*) ; 3° la partie du *suc gastrique* lui-même, qui n'a pas eu d'action sur l'aliment.

Ce n'est donc pas sur cette masse informe qu'on nomme le chyme qu'il faudra étudier l'influence directe et séparée du suc pancréatique, de la bile, du suc intestinal, mais au contraire sur chacune de ces trois substances. A cette condition, l'étude de la seconde digestion pourra devenir, pour la physiologie, féconde en résultats.

C'est ainsi qu'en passant nous aurons fait, entre autres, une étude d'un haut intérêt, celle de l'action réciproque des ferments digestifs les uns sur les autres.

Après cette marche analytique, l'ensemble des résultats observés nous permettra de comprendre la digestion des aliments azotés les plus complexes, dans toute la longueur du canal digestif.

Albumine.

1° ALBUMINE DE L'ŒUF.

A. *Action du suc gastrique sur l'albumine; résultat de cette action.*

LE SUC GASTRIQUE DISSOUT LE TIERS DE SON POIDS D'ALBUMINE, LA REND INCOAGULABLE, ET LA TRANSFORME EN ALBUMIN-PEPTONE. — Je ne m'étendrai point sur les considérations dans lesquelles je suis entré dans un autre ouvrage (1) relativement à la digestion gastrique de l'albumine de l'œuf; je rappellerai seulement des points essentiels.

L'albumine crue de l'œuf a pour caractère d'être coagulée en entier (2) par la chaleur de + 100° th. c., même lorsque la matière est diluée dans cinq ou six fois son poids d'eau.

(1) *Leçons de physiologie exp.*, t. II. Paris, 1856.

(1) *Aliments et nutriments*, 1854, et *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, t. XXXV; 1852.

(2) Sauf une partie qu'il faut enlever par des lavages (fausse albuminose), mais qui est minime, *loc. cit.*

---

bre à des déviations singulières, mais capable d'aperçus justes et levés, capable d'invention, capable surtout de développer, d'agrandir, même à l'excès, les idées d'autrui. Pour reprendre sous une utre forme une spirituelle image de M. Verneuil, les coucous de a science, ceux qui n'ont pas de nid propre pour leur invention t qui ne se donnent pas la peine de les féconder eux-mêmes, font peut-être bien de ne pas pondre dans le nid de M. Guérin. M. Guérin couvera leurs œufs avec une sollicitude extrême ; mais, semblable en cela aux bruants et aux merles (nous parlons des eaux), quand les petits seront éclos, il les regardera comme siens, t ce ne sera pas sa faute si quelque jour, à l'instar des jeunes coucous, ils retournent vers leurs vrais parents. Ce sont choses l'instinct, entrées de toute éternité dans les vues du Créateur, qui a dû prendre les mêmes précautions pour la propagation des idées que pour celle des espèces; et les nourrices étrangères ne seraient pas plus soigneuses dans le monde de la science que dans celui de l'ornithologie, si Dieu n'avait mis en elles un sentiment trompeur de maternité. O profondeur de la Sagesse éternelle! *In quibus non apparet divina justitia, salutaris est divina doctrina.*

Nous nous demandons, cher confrère, quel effet vous produit de loin le drame académique auquel nous assistons. Quand on s'isole de toute préoccupation de personnes et qu'on sait résister à l'entraînement, on ne peut se défendre d'une certaine surprise. Il y a une quinzaine d'années, à l'occasion d'un document chirurgical, d'un relevé statistique où M. Malgaigne n'avait pas plus à voir que le commun des médecins, celui-ci, comme il l'a rappelé lui-même, sonna un tocsin terrible, organisa une croisade d'extermination aux cris de VÉRITÉ *dans la science*, MORALITÉ *dans l'art*, croisade qui eut son effet. Jamais les termes ordinaires et souhaitables d'un débat scientifique ne furent plus hardiment dépassés, et pourtant M. Malgaigne reçut pour cela les applaudissements d'une bonne partie du corps médical. Aujourd'hui une controverse sur un point d'histoire s'établit au sein de l'Académie ; M. Malgaigne est appelé naturellement à y prendre part, d'abord par sa qualité de membre, puis par le droit du savoir et du talent. Il y intervient une première fois avec la vivacité de son tempérament, mais dans une forme que

Si l'on introduit de l'albumine crue dans l'estomac des animaux carnivores ou de l'homme, et qu'après la digestion gastrique la plus prolongée on retire l'aliment, il reste une partie de ce dernier qui n'est point modifiée dans sa propriété caractéristique, et se coagule encore.

De là vient l'erreur de ceux qui, comme Muller, ont pensé que l'albumine crue est directement assimilable et n'a pas besoin d'être digérée par l'estomac.

Si, en respectant les meilleures conditions de digestibilité connues, on fait, à l'aide du suc gastrique obtenu d'un carnivore, une digestion artificielle avec 100 grammes d'albumine d'œufs crus, et qu'après douze heures de séjour à l'étuve on vienne à élever la température à + 100° th. c., il se forme un coagulum; si l'on retient celui-ci sur le filtre et qu'on pèse le résidu sec, au lieu d'obtenir en albumine coagulable un poids de 14gr,10 (1), on ne recueillera que 9 à 10 grammes.

Le tiers de l'albumine, en effet, a cessé, par le fait de la digestion gastrique, d'être coagulable.

La démonstration est également complète si l'on agit sur de l'albumine préalablement coagulée; celle-ci perd, par la digestion à l'étuve, plus d'un tiers de son poids évalué privé d'eau; d'où il résulte que 100 grammes de suc gastrique du chien peuvent produire près de 4gr,90 d'albuminose, fait que Lehman paraît avoir pleinement confirmé, car un an après moi il en fixa le chiffre à 5 grammes. Bidder et Schmith, dans un mémoire on ne peut plus riche de faits, publié la même année que le travail où je consignai cette évaluation, ne donnent que 2gr,2; mais ils ignoraient les conditions à observer pour obtenir la meilleure digestion possible d'albumine.

Cette évaluation (5 grammes), faite d'après la digestion artificielle, doit être plus élevée quand on met l'albumine directement dans l'estomac.

Quoi qu'il en soit de la quantité digérée, on sait que l'albumine n'a pas été simplement dissoute; outre sa coagulabilité, elle a perdu encore d'autres propriétés par le fait de sa digestion dans le suc gastrique.

Les recherches de Mialhe et Lehmann ont fait admettre aux physiologistes que l'albumine a été transformée. Le corps nouveau que la digestion a produit est l'albuminose ou peptone. Les caractères chimiques qui lui sont propres sont connus; nous les rappellerons plus loin à l'occasion des propriétés nouvelles que la digestion pancréatique donne de son côté à l'albumine.

Puisque l'estomac, après la digestion, verse dans le duodénum trois substances absolument différentes : 1° de l'albumine non encore digérée, 2° de l'albumin-peptone, 3° le suc gastrique encore pur, c'est à l'état d'isolement complet que nous devons soumettre chacune de ces substances à l'épreuve du suc pancréatique.

B. *Action du liquide pancréatique.*

1° *Action du suc pancréatique sur l'albumine non digérée par le suc gastrique.* — LE SUC PANCRÉATIQUE VERSÉ DANS LE DUODÉNUM PENDANT LA DIGESTION, OU LE LIQUIDE EXPRIMÉ DU PANCRÉAS (CHEZ LE CHIEN ET LE MOUTON), DISSOLVENT AU MOINS 40 GRAMMES D'ALBUMINE.

Je vais rapporter brièvement, pour donner comme introduction à l'étude du suc pancréatique, l'expérience suivante, qui est plutôt capable de fixer l'attention par son résultat, en somme, que de satisfaire par la précision des détails.

A un jeune et gros chien de 15 kil., à jeun depuis vingt-quatre heures, j'ouvris, sans que le pancréas fût touché, les deux extrémités du duodénum, et je purifiai par un courant d'eau à + 38° th. c. l'intestin des liquides qui pouvaient y exister; j'interceptai aussitôt toute communication avec l'estomac par une ligature, et, par l'ouverture inférieure, j'introduisis dans le duodénum 78 grammes d'albumine d'œuf cuit, absolument insoluble; puis je les y fixai par une ligature. Des aliments existaient aussi dans l'estomac.

Dix-huit heures après, l'animal fut tué par strangulation.

Le pancréas était parfaitement blanc, normal, n'ayant été ni blessé par l'opération, ni gêné dans sa circulation par les ligatures. Le duodénum lié était très rouge, distendu par des liquides qu'une pression, même énergique, ne pouvait en faire échapper. L'organe fut enlevé, ouvert, vidé absolument de ce qu'il contenait, c'est-à-dire de quelques morceaux d'albumine reconnaissables, mais mous, nageant dans 325 c. c. d'un liquide alcalin laissant déposer lentement par le repos des flocons légers.

Tout ce qui était insoluble fut retenu par un filtre, enlevé, desséché complétement, puis mis sur la balance : ce qui donna un poids de 3 gr. 55 centig.

Le duodénum avait donc dissous près de 50 grammes de blanc d'œuf humide, c'est-à-dire environ les deux tiers de ce qu'on lui avait confié.

(1) Poids qu'auraient donné 100 grammes d'albumine non digérée.

---

peut supporter la tribune la plus susceptible. Blessé par quelques expressions d'un journal, dont l'application a été contestée, il est vrai (dans d'excellentes intentions), par des amis de M. Guérin, mais ne le serait pas par M. Guérin lui-même, il devient, dans une seconde argumentation, agressif, amer, ironique, passionné. On lui répond, et la première phrase de cette réponse, cette phrase malheureuse où l'on parle de *terrain* dans un langage de zouave, est une accusation de couardise, moins le mot. Alors il perd toute patience et lâche les écluses de sa colère et de sa haine.

Dieu nous garde d'approuver le genre en lui-même ! Mais nous nous demandons par quel revirement tant de confrères qui étaient, dans la guerre de 1843, les soutiens, les soldats de M. Malgaigne, se montrent si fort scandalisés aujourd'hui d'une forme de polémique absolument identique à la première, et que les circonstances rendent assurément plus excusable. Ou ces personnes trouvent avec M. Malgaigne, dans la célèbre statistique, la justification des anciennes animosités qu'elle a soulevées, et, dans ce cas, M. Guérin ne peut être bien flatté de leur concours actuel ; ou elles commettent une grave inconséquence en condamnant si vivement aujourd'hui ce qu'elles encourageaient hier. *La vérité vraie*, c'est que, s'il y a des torts de part et d'autre, la première personnalité que le bureau de l'Académie se soit vu forcé d'exclure du BULLETIN n'appartenait pas à M. Malgaigne, et que le reproche le plus mérité qu'il ait encouru est de n'avoir pas eu la force de résister à la provocation.

Nous en parlons peut-être bien à notre aise, excellent confrère, et tout le monde n'a pas la même fibre. On *pilait dans un* mortier un philosophe du nom d'Anaxarque : « Broyez ! broyez ! disait-il, vous ne broyez pas Anaxarque, mais seulement son fourreau. » Ni M. Guérin, ni M. Malgaigne, ne sont, croyons-nous, de l'humeur de ce philosophe-là ; mais ils n'ont pas à un degré égal la possession d'eux-mêmes. M. Guérin est comme *la fontaine des* Garamantes : il est froid au grand jour et bouillant à l'ombre. Dans une discussion, il se gouverne, il masque sa passion, il *donne de* l'*honorable* aux collègues qu'il déteste le plus, et immédiatement après une insinuation désobligeante. Chose assez curieuse, cet

Mais je ne rapporte cette expérience que pour faire en-
evoir une des fonctions du pancréas.

Il faut actuellement étudier dans ses détails, avec le plus
précision possible, quelle est cette fonction, quel est son
sultat et son but.

Quoique la dissolution de l'albumine ne soit nullement une
euve de sa digestion, assurément il faut reconnaître qu'elle
est toujours une présomption.

Cherchons donc à savoir en premier lieu en quelle quan-
é l'albumine est dissoute par le pancréas.

L'expérience que nous venons d'exposer brièvement nous
ntre que, défalcation faite de l'eau que l'albumine avait
portée, 250 c. c. de liquide sécrété avaient été versés
is le duodénum. La bile y était sans doute pour bien peu,
il me fut impossible, par l'acide nitrique, d'en déceler la
sence, et je pouvais négliger la faible proportion de liquide
estinal qui avait pu être produite (1).

1) Je vais indiquer ici, une fois pour toutes, comment j'ai procédé dans mes expé-
ces, et par quelles préoccupations j'étais guidé.

• Quand on vient d'ouvrir l'estomac ou les intestins à travers une plaie abdominale,
qu'on veut y mettre une certaine quantité d'aliments, rien n'est plus long que de
ntroduire miette à miette ou par un entonnoir ; rien également n'est plus dangereux,
e que les parcelles peuvent tomber dans le péritoine. J'ai donc fait faire deux tubes
erre fort, d'un calibre un peu inférieur à celui du duodénum de l'animal en expé-
ce. Ils sont émoussés par l'émeri à l'extrémité, de manière qu'ils peuvent glisser
a membrane muqueuse sans la déchirer ; ils sont très longs et chargés par avance
oute la matière alimentaire que je veux introduire par celle-ci peut être poussée
coup, par un long refouloir, lorsqu'on a fait pénétrer les tubes par une pression
e qui paralyse la contraction du tube alimentaire.

• La simple suture des membranes muqueuses et l'adossement des membranes
ses intestinales laissent souvent quelque orifice d'où s'échappent les matières
des qui de l'intestin sont versées dans le péritoine ; il est donc indispensable de faire
plus une ligature qui embrasse une partie de l'organe au-dessous de la suture.

• Si l'on agit sur le duodénum, on lie tout d'abord circulairement l'intestin au-
ous du pylore ; un fil est conservé hors de la plaie abdominale, afin de reprendre
gane facilement, sans tâtonnements, sans manipulation douloureuse et incertaine ; cela
on lie la fin du duodénum, on soutient par les deux sondes cannelées qui ont servi
ser la ligature les deux extrémités de l'intestin, la masse duodénale étant entière-
t refoulée dans le ventre. Une petite ouverture est alors faite aux deux extrémités
duodénum, et par l'une d'elles on pousse une injection d'eau pour chasser toute ma-
e contenue dans l'intestin ; puis la petite ouverture supérieure faite pour introduire
canule de la seringue est soigneusement refermée par une suture. Alors on agrandit
verture inférieure, et c'est par elle qu'on injecte de bas en haut la matière alimentaire.

• Si pour reconnaître le duodénum on le tirait hors du ventre, ou malaxerait avec
doigts, on irriterait par l'air extérieur, on étranglerait la constriction de la plaie abdo-
ale, le pancréas qu'il est absolument important de ménager, puisqu'il s'agit de ne
troubler sa fonction. Au lieu de suivre ce mauvais procédé, il faut *reconnaître* le
re, *le lier* ; une fois cela fait, ne plus quitter des doigts le duodénum ; on tient ce
ier seulement par son *bord libre*, au niveau, non en dehors de la plaie abdominale ;
en changeant de main on le suit jusqu'à ce que la résistance qu'on éprouve de la
du péritoine avertisse qu'on arrive à la fin de la portion horizontale de cet intestin.
meilleure opération de ce genre est celle dans laquelle on n'a pas aperçu le pancréas.

• Comme dans l'état physiologique la digestion duodénale se fait *pendant* que la
stion gastrique s'achève, il est bon de mettre quelques aliments dans l'estomac en
e temps qu'on fait une expérience de digestion dans le duodénum. Dans cette
manière d'agir, il y a triple avantage : 1° les deux digestions se trouvent simultanées ;
2° on peut faire une expérience de plus dans l'estomac ; 3° lorsque l'une des digestions
étonne par son résultat, on examine si l'autre est également singulière : or s'il en est
ainsi, on peut en accuser un trouble général ; dès lors des doutes relatifs à la légitimité
des conclusions qu'on devrait tirer surgissent et préservent de l'erreur.

6° Lors de l'autopsie, si l'état du pancréas est normal, on peut croire aux résultats
de la digestion duodénale. Si le pancréas est rouge ou altéré, il faut douter et recom-
mencer l'expérience. Mais l'état du duodénum n'implique rien relativement à la digestion,
l'intestin est toujours rouge, congestionné par suite de la double ligature qui l'étreint,
mais la sécrétion pancréatique, c'est-à-dire, celle dont on étudie plus spécialement
l'action, est respectée, parce que la ligature n'embrasse nullement les vaisseaux du
pancréas, et laisse toute liberté à la circulation dans l'épaisseur de la glande.

7° Si l'on veut faire conserver à l'estomac son contenu, on ne doit pas chercher à
lier le cardia ; car, outre que l'opération est très difficile, les deux orifices étant le
siége d'une constriction, la circulation stomacale serait gravement gênée, sa sécrétion
profondément altérée et rendue muqueuse ; par conséquent, la ligature de l'œsophage
est bien préférable.

8° On sait que les mucosités, s'accumulant dans ce dernier conduit, ne peuvent, s'il
est lié, être avalées ou rejetées, et qu'alors elles asphyxient les animaux ; il est facile
d'éviter cet accident par la douceur, le choix du moment et du lieu de l'opération.
La douceur arrête l'agitation des animaux (il faut les calmer de la voix et du regard,
sans employer la coercition qui les irrite et par cela même provoque une sécrétion mu-
queuse plus abondante que d'ordinaire). Si la ligature de l'œsophage est faite au
commencement de l'opération, la constriction de l'organe, l'inquiétude de l'animal qui
ne peut avaler, amènent une spume baveuse que la douleur, les efforts augmentent
pendant toute la durée de l'opération : aussi, à la fin de l'expérience, l'animal devient-il
plus agité par sa déglutition empêchée que par sa plaie du ventre ; tout au contraire,
quand on fait l'opération sur le duodénum en premier lieu, celle sur l'estomac en
second, et la ligature de l'œsophage tout à fait à la fin, on prévient cette hypersécré-
tion spumeuse, car la ligature de l'œsophage est pour l'animal le signal d'un repos
relatif et d'un apaisement à ses douleurs.

Le lieu qui me semble préférable pour l'opération est la fin de l'œsophage cervical,
la ligature se pose très facilement entre les deux sterno-mastoïdiens, d'ailleurs on
conserve ainsi un grand espace à l'accumulation des mucosités.

J'ai, depuis quatre ans, insisté sur ce que la digestion est
seule capable de mesurer la valeur des liquides digestifs na-
turels ou artificiels (1) ; et (2) d'après des expériences faites
en ce temps, sur la manière vicieuse dont on a cherché à
apprécier l'intensité des sécrétions digestives.

Mesurer celle-ci sur la quantité des liquides produits, c'est
se livrer à tous les mécomptes. Il suffit, en effet, qu'une plus
ou moins grande quantité d'eau passe dans la sécrétion pour
amener les erreurs les plus grossières ; l'énergie digestive
expérimentée sur les aliments, tel est le seul criterium de
l'intensité sécrétoire.

Le lecteur, dans les essais que je rapporte, ne doit point
s'inquiéter en conséquence de la quantité variable du liquide
pancréatique produit.

Ce qu'il importe de remarquer, c'est que, malgré la varia-
tion de la quantité du liquide sécrété, la somme de ce der-
nier a une énergie digestive uniforme quand on agit dans
des conditions semblables. En effet, ayant tué, douze heures

(1) *Dyspepsie et consomption ; usage de la pepsine* ; L. Corvisart. Paris, 1854, p. 8.

(2) *De la sécrétion du suc gastrique sous l'influence directe des aliments, des boissons et des médicaments.* Paris, 1857.

---

nme qui a le caractère passionné et l'esprit souple, est plus
ître à la tribune de son caractère que de son esprit. Son carac-
e, nous venons de le dire, il le fait rentrer dans sa gaîne ; son
rit, il ne parvient presque jamais à le mettre dehors ; il a les
es vagues, le langage embarrassé, alambiqué, incorrect, et son
nd talent de plume ne se laisse nullement deviner sous ce labo-
x enfantement du discours. M. Malgaigne, c'est tout le con-
re. Il bout au soleil et à l'ombre. Ce qu'il a sur le cœur, il le
se voir aux moins curieux, et il y conforme son langage. Ce
ait un médiocre acteur dans une comédie des *Faux-Bonshommes*.
même temps, il n'est jamais plus à l'aise que dans ces jeux de
parole, où son esprit s'échauffe par le mouvement et finit par
r par ses mille pointes des gerbes d'étincelles qui éclairent...
qui brûlent.

— Pour suivre l'art des contrastes, honoré confrère, passons,
vous plaît, de ces tableaux de bataille à un tableau de famille.
st un peu tard pour vous parler du banquet de l'Union médi-
le ; mais ne vous ayant pas écrit depuis ce banquet, je n'ai pu
encore vous en rien dire : il faut être juste. Or, la fête annuelle
de l'Union a été *embellie* cette année par la présence d'un assez
grand nombre d'enfants de la presse, notamment de votre tout
dévoué et tout obéissant confrère. Cette participation des journaux
à une fête donnée par un des leurs est à la fois un acte et un sym-
bole. Elle est une adhésion formelle aux principes de concorde et
de cohérence au nom desquels on provoque les grandes réunions
confraternelles ; elle exprime le vrai caractère des relations qui
doivent exister entre les divers organes de la presse : sympathies
du cœur au milieu des antipathies d'opinions, de doctrines ou de
vues professionnelles, au milieu même des vivacités de langage
qu'amène nécessairement la polémique quotidienne.

A cette occasion nous devons vous dire que nous avons reçu,
comme d'autres journaux, une note sur un projet de *banquet uni-
versel*, signée par un confrère distingué. Si nous ne l'avons pas
insérée, c'est un peu le banquet de l'Union qui en est cause ; nous
nous sommes dit que de ce journal, et aussi de la Gazette médi-
cale, quand nous avions l'honneur d'y collaborer, étaient sortis

après l'opération, un chien de 22 kilog., dont le duodénum avait reçu 65 grammes d'albumine cuite, je ne recueillis que 185 grammes de liquide; mais dans celui-ci 55 grammes de cet aliment avaient été dissous, car le filtre ne retint en grumeaux non digérés qu'un poids équivalent à 10 grammes seulement de l'aliment introduit.

Cette seconde expérience, dans laquelle j'avais eu soin de lier le canal cholédoque, montrait, en outre, que la digestion des 45 gr. d'albumine avait eu lieu sans aucune intervention ni du suc gastrique ni de la bile; mais le duodénum avait pu fournir un peu de suc intestinal (1).

Pour arriver à une expérimentation plus exacte et n'avoir que l'intervention du pancréas, j'eusse voulu me servir du procédé de de Graaf, qui consiste à recueillir le suc pancréatique dans une poche, à l'aide d'un tube introduit dans le canal excréteur de la glande.

Mais ce procédé, très intéressant en lui-même, et commode pour envisager avec curiosité comment les graisses sont émulsionnées, comment apparaît la glycose dans les matières féculentes, fait absolument défaut quand on veut poursuivre une recherche.

Non-seulement, en effet, on obtient à chaque heure des produits tellement variables en énergie, en concentration, qu'aucune comparaison n'est possible entre eux; mais encore, après dix heures de patience, à peine a-t-on recueilli sur les chiens quelques grammes de liquide.

Si l'on considère que ce n'est point ce procédé qui a conduit Eberle, Valentin, Sandras et Bouchardat, ni Purkinje et Pappenheim à leurs découvertes, et que depuis il a fait relativement peu avancer la science, on conviendra que les autres peuvent mériter la préférence.

J'employai d'abord le procédé de l'infusion du pancréas, auquel on doit le plus de découvertes.

Je pris le pancréas parfaitement sain du chien qui servit pour la première expérience. Cette glande fut finement découpée et mise en infusion, pendant deux heures, dans de l'eau à + 40° th. c. Après ce temps je filtrai, et j'obtins 50 c. c. de liquide.

Je fis avec lui l'expérience suivante :

40 grammes d'albumine lavée, que le suc gastrique n'avait pas digérée, furent mis pendant cinq heures à une température constante de + 40 degrés th. c.

(1) Toutefois le suc intestinal n'a aucune action sur les aliments albuminoïdes. Voir plus loin.

Après ce séjour à l'étuve, les 40 grammes d'album[ine] étaient presque entièrement liquéfiés.

Le résultat fut à peu près le même avec l'infusion [du pan]créas du second chien, car 50 grammes d'albumine [furent] dissous.

Si l'on rapproche ces résultats de ceux obtenus d[ans le] duodénum des chiens sacrifiés, on remarquera que [chez le] même animal la quantité, quelle qu'elle soit, de suc p[ancréa]tique sécrété pendant une période digestive, ou bien l[e pan]créas lui même infusé dans l'eau, ont présenté un [pouvoir] dissolvant à peu près égal sur l'albumine (40 gr., 50 [et] 55 gr.).

Mais un examen attentif conduit plus loin.

En effet, je pris, à des dates diverses, huit pan[créas de] chiens à peu près de même grosseur, tués dans [les mêmes] conditions. Chaque glande fut prise entière; mais l'u[ne fut] infusée dans 20 gr., l'autre dans 50 grammes d'eau[, et dans] la totalité de l'infusion je retrouvai toujours un équiv[alent di]gestif très voisin de 40 grammes d'albumine.

Je ferai remarquer que les conditions dans lesquelles [j'ex]périmentais (à part le poids des animaux, qui varia entre [...] et 22 kilogrammes, mais fut presque toujours de 15.) [...] étaient toujours conservées à peu près semblables, et [...] un pancréas avait été grièvement blessé, je ne fais[ais pas] sur lui d'expérimentation.

D'ailleurs le résultat que je signale doit être bien [près de] la vérité, puisqu'il fut absolument analogue, quand j'expéri[mentai] la digestion de la fibrine.

Le pancréas des animaux herbivores présentait-il [...] cette conformité d'énergie?

Quoique le fait puisse paraître singulier, je dois af[firmer] que très souvent je pus, avec l'infusion du pancréas [de mou]ton, dissoudre également 40 à 50 grammes d'albumine. [...]

J'allai plus loin encore : après avoir fait une infusion [...] due de pancréas, soit de mouton, soit de chien, j'y ver[sai de] l'alcool absolu jusqu'à cessation de précipité. Ainsi q[u'on le] reste, on l'a indiqué, je repris le précipité sur le filtre [et le] fis dissoudre dans l'eau. Or, avec le précipité redis[sous, je] trouvai que l'on pouvait liquéfier encore le même poids [d'al]bumine (40 à 50 grammes environ).

Guidé par un grand nombre d'analogies qui existent [entre] la pancréatine et la pepsine, et dont les traits sont [...] dans la suite de ce mémoire, j'imaginai de préc[ipiter] l'infusion de pancréas, comme on précipite l'infusion [des] muqueuses gastriques : j'obtins ainsi un composé d'o[...]

---

des projets du même genre, et que, ce qu'on attend aujourd'hui, ce n'est pas la pensée de l'association universelle, ce sont les moyens de la réaliser. L'auteur de cette note n'en indique aucun, et peut-être n'a-t-il pas réfléchi que le succès sortirait moins aisément de statuts qu'on créerait aujourd'hui tout d'une pièce pour la totalité de la France médicale, que du développement graduel des moyens actuellement employés. Ce qui importe le plus à nos yeux, pour le moment, c'est de multiplier les associations partielles; après quoi il sera temps de voir dans quelle mesure il convient de les rattacher par un lien commun et de communes obligations.

— Permettez-moi en finissant de répondre par votre canal à un honorable docteur en médecine qui nous pose les questions suivantes :

« 1° Puis-je avoir chez moi un dépôt de quelques médicaments?

2° Puis-je donner gratuitement à mes malades les drogues qui leur conviennent? Partant, puis-je fournir ces drogues?

3° Puis-je vendre au moins des médicaments au profit d'un autre pharmacien?

4° Le maire peut-il de son gré, sur une simple dénonciation, venir faire perquisition chez moi? »

De ces diverses questions, il en est une que nous sommes [...] d'éliminer comme échappant à la compétence et à l'objet [...] de cette publication : c'est la dernière. Quant aux autres, nous avons traitées déjà et on en trouverait la solution dans la co[llection] de la GAZETTE HEBDOMADAIRE. Nous ne laisserons pourtant [pas la] demande de notre confrère sans réponse.

Nous ne connaissons aucune disposition légale, ni au[cun arrêt,] qui interdise même aux particuliers, à plus forte raison aux [mé]decins (officiers de santé ou docteurs), le simple *dépôt* de subst[ances] médicamenteuses, si ces substances ne rentrent pas elles-m[êmes] dans la catégorie des remèdes prohibés. La loi du 21 germ[inal] an XI, qui régit la matière, n'applique la prohibition qu'à la [vente,] au *débit*, à la *distribution* des médicaments, et se tait enti[èrement] sur le dépôt. De plus, quand la Cour de cassation a prononcé [l'exis]tence du délit sur la saisie d'une certaine quantité de médi[caments,] ce n'est pas le dépôt qu'elle a déclaré délit, mais bien l'exposi[tion]

plomb et de pancréatine; je le décomposai par l'acide sulfhydrique. Dans cette expérience, au lieu de pepsine libérée, ce fut la pancréatine qui fut mise à nu dans une eau légèrement acidulée par l'acide acétique du sel de plomb. Eh bien ! cette eau, renfermant le principe actif d'un pancréas entier de mouton ou de chien, liquéfia encore, bien qu'elle fût acide, 40 à 50 grammes d'albumine; ce qui, soit dit en passant, mène à penser que la réaction n'est pour rien dans la direction digestive de certains ferments de l'économie.

Mais reprenons le cours de nos expériences sur la digestion pancréatique.

Le suc pancréatique transforme, exactement comme le suc gastrique, le blanc d'œuf en albumin-peptone; les deux nutriments, venus de l'albumine, paraissent identiques, malgré la différence des agents digestifs auxquels ils doivent naissance. — La dissolution de l'albumine ne pouvait être que le premier pas de nos investigations; seule, en effet, elle n'établit que des présomptions en faveur d'une digestion, car les alcalis et les acides concentrés peuvent amener le même résultat.

Le liquide pancréatique opère-t-il une vraie digestion de l'albumine? Celle-ci, en devenant un nutriment, prend-elle des caractères spéciaux? C'est ici la grave question.

Pour la résoudre, j'avais d'abord fait des tâtonnements. Le résultat qui m'avait frappé le plus vivement, était que l'albumine, dissoute par le liquide pancréatique dans le duodénum lui-même et chez l'animal vivant, enlève à la glycose la propriété de réduire le tartrate ferrico-potassique.

Or, c'est une propriété que Longet a annoncée comme caractéristique de l'albumin-peptone, c'est-à-dire du produit de la digestion gastrique.

J'eusse pu croire que l'albumine avait été digérée par le suc gastrique, si moi-même je n'avais fait la digestion dans le duodénum, sans qu'il y eût dans celui-ci trace de suc gastrique, et si je n'avais pas répété cette expérience avec l'infusion de pancréas absolument pur, en conséquence, du contact de l'estomac.

Ce résultat remarquable me montrant tout au moins que l'albumine n'avait pas été simplement dissoute, m'engagea à compléter la comparaison des propriétés de l'albumine digérée par le pancréas avec celles de l'albumin-peptone.

Cette étude fait le sujet de ce qui va suivre.

Une très grande difficulté se présente quand on veut poursuivre les caractères que l'albumine a acquis en se dissolvant dans le duodénum: en effet, on a vu que, dans nos expériences, ce dernier renfermait du suc intestinal, du suc pancréatique (chez le premier chien, peut-être de la bile, quoiqu'elle se dérobât à mes recherches), et de l'albumine dissoute et digérée.

Considérant, néanmoins, que la majeure partie de ce liquide est formée par le liquide pancréatique et l'albumine que celui-ci a dissoute, je pensai que je ne faisais rien d'inutile en examinant la question avec ces premiers matériaux.

On sait que, lorsqu'on prend le suc gastrique qui a digéré l'albumine, on peut soumettre pendant quelques secondes le liquide à l'ébullition, et que la partie coagulable se sépare, en sorte que l'albuminose filtrée est alors pure. Une chose analogue devait se passer avec la digestion pancréatique, car le liquide du pancréas a justement la propriété de se coaguler (souvent en masse) par la chaleur.

Avais-je donc là un bon procédé pour isoler l'albumine digérée, et pour mettre à même de pouvoir étudier celle ci avec autant de rigueur que l'albumin-peptone? Je ne le crus pas. Toutefois, en employant ce moyen, je m'assurai de nouveau que l'albumine avait été plus que dissoute, car dans l'état de dissolution simple, elle est coagulable en entier par la chaleur, tandis que, ayant fait bouillir et filtrer 20 grammes d'un liquide de digestion duodénale, où se trouvaient 0,80 centig. d'albumine digérée, le filtre, par le fait de la coagulation, ne retint que 2 centigrammes de matière solide, chiffre assurément fort éloigné de 80 centigrammes.

C'était, sans doute, quelque chose de savoir d'une manière positive que le blanc d'œuf digéré dans le suc pancréatique se dissout, se transforme, n'est plus coagulable par la chaleur et empêche le sucre de réduire le réactif cupro-potassique; en un mot qu'il présente des caractères absolument semblables à ceux de l'albumine digérée par l'action gastrique; mais les autres propriétés de l'albumin-peptone se retrouvent-elles dans le produit de la digestion pancréatique?

Si l'on veut remarquer que dans les expériences faites sur l'animal vivant, bien que le pancréas ne soit en aucune façon lésé (la meilleure preuve en est l'énergie digestive du liquide qu'il sécrète dans ces conditions), le duodénum, quant à lui, est gêné dans sa circulation par les ligatures qui ferment ses deux extrémités, et qu'un peu de sang est exsudé dans sa cavité. Dès lors, bien que le canal cholédoque soit lié, il se mêle à la digestion duodénale des substances étrangères telles qu'il devient absolument impossible de compléter avec rigueur l'étude des autres caractères du produit qui résulte de l'action pancréatique.

La digestion faite hors du duodénum peut seule fournir le

---

des substances dans une boutique ou arrière-boutique ouverte au public, exposition constituant présomption suffisante de débit ou de distribution (*Cour de cass.*, 9 *oct.* 1824). Quant à ceux qui n'ont pas de boutique ouverte, et chez qui l'autorité saisit des médicaments, ils ne peuvent être punis qu'autant que la vente est prouvée à leur charge. C'est l'avis de M. Trébuchet, appuyé sur un arrêt de la Cour de Paris (21 *juillet* 1829).

La distribution *gratuite* constitue une infraction à la loi aussi bien que la vente. Cette question, si souvent jugée en ce sens, vient de l'être encore dans plusieurs affaires toutes récentes; on n'aurait que l'embarras des exemples. Il n'est permis de vendre, débiter, distribuer, n'importe à quel titre, des substances médicamenteuses qu'aux docteurs ou officiers de santé qui sont placés dans les conditions spécifiées par l'article 27 de la loi de germinal, lequel est ainsi conçu:

« Les officiers de santé établis dans les bourgs, villages ou communes *où il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte*, pourront..... fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, *mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte.* »

Quant à la dernière question, à savoir si un médecin a le droit de vendre des médicaments au profit d'un pharmacien, elle ne peut être résolue sans connaître les conditions précises dans lesquelles s'opérerait la vente. Si le médecin tenait dépôt au nom et au profit du pharmacien, et vendait dans ce dépôt, il tomberait évidemment sous le coup de la loi comme s'il débitait pour son propre compte. S'il se bornait à porter aux malades des médicaments préparés dans une pharmacie autorisée, il ne commettrait pas de contravention, mais à la condition encore, conformément au texte de l'article cité plus haut, que les médicaments auraient été préparés sur son ordonnance et « pour les personnes auprès desquelles il aurait été appelé. » Entre ces cas extrêmes, il y en a d'intermédiaires, dont l'appréciation pourrait être plus délicate.

Agréez, etc. A. Dechambre.

moyen de poursuivre cette étude, et encore faut-il rejeter les digestions artificielles avec l'infusion de pancréas. Pour éviter, en effet, le sang et les matériaux étrangers du duodénum, on rencontrerait ceux de la glande elle-même.

Autant il est facile d'étudier les détails chimiques de la digestion gastrique en employant la pepsine pure, autant il est facile, heureusement, d'isoler la pancréatine, d'opérer avec elle des digestions à l'étuve, et par conséquent de compléter notre étude.

Je constatai d'abord que l'alcool, en précipitant la pancréatine, ne lui enlève rien de son pouvoir dissolvant.

Je pris à cet effet deux pancréas de chien; tous deux furent mis en infusion dans l'eau, puis je divisai le liquide en deux portions.

De la première j'enlevai la pancréatine par l'alcool, je fis redissoudre le ferment dans une égale quantité d'eau distillée; 50 grammes d'albumine y ayant été mis en digestion artificielle, 42 grammes furent dissous.

La seconde portion de l'infusion, qui n'avait pas été touchée par l'alcool, reçut également 50 grammes d'albumine: la digestion artificielle en liquéfia 40 grammes; il en fut de même dans un grand nombre d'essais analogues.

Dès lors, par la digestion hors du duodénum, à l'aide de la pancréatine pure, je me trouvai dans les conditions convenables pour étudier avec toute sûreté les caractères de la digestion que le pancréas fait subir à l'albumine de l'œuf.

En effet, je retrouvai dans ces nouvelles conditions expérimentales les caractères de la matière digérée qui se montrent dans le duodénum même; c'est-à-dire que l'albumine dissoute a perdu la propriété de se coaguler par la chaleur et acquis celle d'empêcher le sucre d'opérer la réduction cupro-potassique, et je constatai dans la digestion pancréatique les caractères que je place dans le tableau suivant, en regard (1) des réactions que présente l'albumine digérée par le suc gastrique. (*Voir le tableau ci-après.*)

On voit : 1° que pour assurer la similitude de l'examen, on a étudié les caractères de l'albumine digérée par le pancréas aussi bien dans un milieu alcalin que dans un milieu aussi acide que celui qui tient l'albuminose gastrique en dissolution; 2° que la similitude du produit de la digestion de l'albumine d'œuf par l'estomac et par le pancréas est complète.

Une théorie admise assez généralement déclare que, dans le suc gastrique, l'acide gonfle l'aliment et que la pepsine le dissout.

Qu'il me soit permis de placer, à propos de ce tableau, une remarque tout incidente.

Dans l'exposé précédent une chose principale établit une grande différence entre la digestion pancréatique et la digestion gastrique : c'est que l'aspect de la première est celui d'un sirop tenant longtemps en suspension de fins et légers flocons d'albumine gonflée non encore dissoute (ce gonflement a lieu dans la liqueur pancréatique alcaline); tandis que dans la liqueur gastrique qui est acide, loin qu'il y ait des flocons d'albumine gonflée, on y voit une poussière composée de fragments lourds, comme rétractés, qui tombent aussitôt au fond du vase.

Cette observation bien facile à vérifier, qui se répétera dans la digestion, non pas seulement de l'albumine, mais de tous les aliments, montre donc que le raisonnement *à priori*,

(1) Toutes les solutions ont été chauffées, filtrées, et contiennent 2 pour 100 d'albumine digérée.

RÉACTIFS (1).	ALBUMINE digérée par le suc gastrique.	ALBUMINE digérée dans le suc pancréatique neutre.	ALBUMINE digérée dans le suc pancréat. neutre, ensuite acidifiée
Réaction.	Liqueur acide.	Liqueur neutre.	Liqueur acidifiée.
Potasse	Rien.	Rien.	Rien.
Acide acétique. .	Rien.	Rien.	Rien.
Acide nitrique (2)	Rien.	Rien.	Rien.
Acide picrique. .	Rien.	Rien.	Rien.
Sulfate d'alumine	Rien.	Rien.	Rien.
Bichlorure de platine	Rien.	Rien.	Rien.
Deutochlorure de mercure	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Acétate de plomb.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Azotate d'argent.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Réactif de Longet (3).	Rien.	Rien.	Rien.
Bile (4)	Trouble ou précipité soluble dans un excès de bile.	Rien.	Trouble ou précipité soluble dans un excès de bile.
Aspect avant la filtration	Laiteux.	Sirupeux.	Sirupeux.

(1) Tous les réactifs, excepté les deux derniers, sont des solutions au dixième.
(2) On sait que parfois, dans l'albumin-peptone, l'acide nitrique produit un léger trouble. Il en est parfois de même ici.
(3) On peut faire le réactif en mettant 1 goutte de solution de glycose au huitième dans 20 grammes de la solution d'aliment ou de peptone, et on ajoute 20 gouttes de liqueur cupro-potassique.
(4) Le trouble que produit la bile, et que nous examinerons ultérieurement avec beaucoup de soin, n'a lieu qu'à la condition d'une réaction acide du milieu ambiant.

qui attribue à l'acide des liquides digestifs la propriété de gonfler l'aliment, n'est pas exact et est réfuté par le fait.

2° *Action du suc pancréatique sur l'albumin-peptone produite par l'estomac.* — L'ALBUMIN-PEPTONE EST UN PRODUIT DÉFINITIF QUI NE SUBIT PLUS L'INFLUENCE DIGESTIVE DU SUC PANCRÉATIQUE. — Rien n'est plus propre à convaincre de l'identité du produit de la digestion pancréatique avec l'albumin-peptone que de faire les expériences suivantes.

Après une digestion bonne et complète d'albumine (1) dans l'estomac d'un chien, on prend le liquide contenu dans l'organe, on le sépare en trois parties.

La première sert à déterminer les réactions chimiques de l'albumin-peptone; la deuxième est mise avec une quantité déterminée de liquide pancréatique (2), ou plutôt de pancréatine pure, et l'on s'assure de la réaction; enfin, la troisième est mélangée avec la même quantité de liquide pancréatique que la seconde, mais on l'acidifie (au même degré que le produit de la digestion gastrique) à l'aide d'une trace d'acide lactique.

Les trois portions étant ainsi préparées, on les met en digestion pendant six à douze heures à l'étuve.

Après avoir prolongé la digestion, une ébullition, pendant quelques secondes, permet d'éliminer du mélange la pancréatine coagulable qui s'y trouve.

Alors l'examen le plus attentif fait constater simultanément dans les trois liqueurs toutes les propriétés de l'albumin-peptone.

(1) Il faut mettre dans l'estomac un excès (200 gr. par exemple) d'albumine cuite et parfaitement lavée, si l'on veut avoir le moins possible de suc gastrique libre. Après la digestion, si une petite quantité de liquide gastrique ne peut pas digérer quelque parcelle de fibrine, on est certain qu'il n'y a plus de suc gastrique en liberté.

(2) Il y a parfois un léger trouble très blanc qui se produit au moment où on mélange ensemble la digestion gastrique et la pancréatine. On verra la cause de ce phénomène dans le chapitre qui traite de l'action réciproque du suc pancréatique sur le suc gastrique.

Il n'est possible d'assigner à aucune d'elle un caractère chimique nettement différentiel, car le produit de la digestion gastrique, l'albumin-peptone, n'a acquis aucune propriété nouvelle sous l'influence du suc pancréatique.

3° *Action du liquide pancréatique sur le suc gastrique.*— L'action réciproque exercée par les deux ferments digestifs l'un sur l'autre est un point d'étude plein d'intérêt; son importance est assez grande pour que nous veuillons attendre, pour le soumettre au lecteur, que nous connaissions déjà la manière dont le suc pancréatique se comporte vis-à-vis de la fibrine. A la suite de cette nouvelle étude, nous aurons acquis, en effet, des connaissances très propres à éclairer ce sujet, dont l'importance nous paraît capitale tant au point de vue de la science qu'à celui de la pratique.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SUITE DE LA SÉANCE DU 23 MARS 1857. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

MÉDECINE. — *Méthode de traitement de l'apnée* (*ou asphyxie*), par M. *Marshall Hall*. L'auteur formule dans les termes suivants les règles de traitement de cette sorte d'affection :

1° Traiter le malade à l'instant, au lieu même, au grand air, excepté dans les saisons trop sévères ;

2° Poser le malade sur la face, afin de débarrasser l'entrée des voies aériennes ;

3° Instituer la pronation avec compression de la poitrine, et l'enlèvement de cette compression avec rotation, alternativement, quinze ou seize fois par minute ;

4° Comprimer et frotter les membres par un mouvement porté vers le cœur.

PATHOLOGIE. — *Sur des lésions produites par la foudre* à bord du brick *la Félicité*, de Saint-Malo, capitaine *Durand*, le 16 décembre 1856. — *Note de M. Guyon.* — Sur huit hommes dont se composait l'équipage, six ont été frappés par la foudre. Le matelot Roubaud était atteint d'une brûlure au deuxième degré, qui s'étendait de la partie supérieure et antérieure de la cuisse droite sur la région inguinale correspondante. De plus, au milieu de cette brûlure se voyaient trois eschares déprimées, grisâtres, chacune du diamètre d'une pièce de cinq francs. La région inguinale et la cuisse tout entière étaient noircies comme par du charbon. Le 10 janvier, les plaies provenant de la chute de ces eschares suppuraient encore, en même temps que la partie inférieure du membre était toujours tuméfiée et douloureuse.

Le novice Chénel présentait dans le pourtour inférieur et postérieur de l'articulation scapulo-humérale, côté gauche, une eschare étendue et semblable à celle qu'aurait produite l'application d'un fer chauffé à blanc. Sur le même côté, l'articulation tibio-tarsienne était fortement tuméfiée, et tout le corps était noirci comme par du charbon. Vingt-sept jours après, la partie postérieure de la plaie de l'aisselle était encore ouverte, les bords en étaient surmontés de croûtes recouvrant de gros boutons charnus.

Salveja, second du navire, avait été frappé dans la bouche, dont toute la muqueuse, y compris celle de la langue, se détacha par lambeaux les jours suivants. Fortement ébranlées et noircies, les dents vacillaient encore le 12 janvier.

Chez le matelot Basset, l'articulation de l'avant-bras droit avec la main était tuméfiée dans tout son pourtour avec noirceur des téguments; mais cela ne dura qu'une quinzaine de jours. Les mêmes conditions se représentent chez le matelot Joseph, frappé à l'avant-bras droit, qui était tuméfié depuis le coude jusqu'à l'extrémité des doigts.

Enfin, le mousse François Michel avait tout le bas des jambes, et surtout le pourtour de l'articulation tibio-tarsienne, tuméfié et rouge, mais sans noirceur extérieure. Au dire de Salveja, Michel, au moment de l'explosion, serait passé, avec la rapidité de l'éclair, de l'arrière du navire sur l'avant, où il tomba. Cette translation du mousse serait-elle un effet de la foudre? Quoi qu'il en soit, des effets analogues ont été déjà signalés dans l'histoire du mystérieux fléau. Tous les six blessés, après l'explosion, restèrent plus ou moins longtemps sans connaissance; celui qui y resta le plus longtemps fut Chénel, qui ne reprit ses sens que quarante-huit heures après; tous, revenus à eux-mêmes, avaient une dureté de l'ouïe qui persista les jours suivants Une autre particularité, c'est que pendant les trois jours qui ont suivi l'événement Roubaud et Chénel, qui n'avaient jamais eu le mal de mer, vomirent en abondance des matières d'abord très blanches et exhalant une forte odeur sulfureuse.

MÉDECINE. — *Mémoire sur un traitement nouveau de la couperose, par l'iodure de chlorure mercureux*, par M. *Sellier*. — L'auteur annonce les bons résultats qu'il a obtenus, dans le traitement de la couperose, de l'emploi de l'iodure de chlorure mercureux, préconisé par M. Boutigny, d'Évreux. M. Sellier fait des frictions sur la face et prescrit des pilules contenant le même remède, des boissons dépuratives. Une heure, ou souvent deux heures après les frictions, le médicament, étant complétement absorbé, détermine une très vive animation de la peau, un mouvement fébrile; alors de toutes les parties de la face s'échappent une sérosité jaunâtre ou une matière plus épaisse, qui forment des croûtes dont la chute a lieu quelques jours plus tard. Lorsque tout est détergé, M. Sellier fait successivement de nouvelles frictions, jusqu'à ce qu'il ne sorte plus rien. Il faut toutefois laisser reposer certains malades pendant quelque temps avant de recommencer le traitement.

L'auteur a obtenu, avec le même médicament, la résolution de plusieurs goîtres, de plusieurs adénites cervicales, et la prompte disparition des plaques couleur de bronze qui accompagnent la grossesse des femmes, et qui souvent persistent si longtemps sur leur figure après l'accouchement. (*Commissaires :* MM. Andral, J. Cloquet.)

MÉCANIQUE HUMAINE. — *Sur la marche : discussion de la théorie de MM. Weber*, par M. *Giraud-Teulon*. — Dans cette théorie, dit l'auteur, les principes de la physiologie semblent mis de côté, et la locomotion subordonnée aux seules lois de la physique mathématique. Aux yeux de MM. Weber, la force d'impulsion qui, dans la marche, pousse le corps en avant, est une puissance indépendante de la volonté et de la conscience du sujet, et appelle un régulateur sans lequel la progression deviendrait uniformément accélérée et échapperait bientôt à toute règle, à toute mesure. Mais eux-mêmes ils reconnaissent qu'il y a des oscillations verticales; le mouvement n'est donc pas tel qu'ils le présentent, c'est-à-dire uniforme et dans un plan horizontal. Il suffit de jeter les yeux sur le mécanisme de la locomotion dans la marche pour concevoir qu'avec des oscillations verticales éprouvées à chaque pas par le centre de gravité du corps, et démontrant l'intermittence d'action de la puissance, le mouvement produit ne peut appartenir qu'à la classe de mouvements *périodiquement uniformes*, circonstance fort différente de celle sur laquelle s'appuient MM. Weber. Dans ces sortes de machines, l'égalité du travail moteur et du travail résistant a bien lieu pendant chaque période du mouvement; mais elle n'a lieu que pour les périodes prises dans leur ensemble, et non *en chaque instant de la période*, comme le supposent MM. Weber. (*Comm. :* MM. Serres, Poncelet, J. Cloquet.)

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — *Deuxième note sur l'accommodation de l'œil*, par M. *Foltz*. — L'auteur, après avoir décrit l'appareil dont il a fait usage, conclut de ses dernières expériences : 1° qu'une cornée invariable rendrait nulle ou presque nulle l'accommodation; 2° que dans les grands mouvements d'accommodation, l'action de la cornée est complétée par un changement pro-

bable dans la longueur de l'axe du globe oculaire. (*Commissaires :* MM. Pouillet, Milne-Edwards, Cl. Bernard.)

MÉDECINE. — M. *Mougeot* soumet au jugement de l'Académie une note sur les céphalématomes des femmes. « Cette affection, dit l'auteur, consiste dans une fluctuation apparaissant spontanément au cuir chevelu des femmes sur les régions pariétales et occipitales qu'elle occupe parfois presque entièrement, s'accompagnant de plus ou moins de sensibilité locale et de céphalalgie, pouvant durer de un à deux septénaires et se terminant par une résolution spontanée. Dans presque tous les cas, l'apparition de ces tumeurs coïncidait avec l'époque de la menstruation. » (*Comm.* : MM. J. Cloquet, Jobert)

— M. *Lebel* présente une note intitulée : « De l'emploi de la poudre de scordium composée (base de l'électuaire diascordium) pour modérer les flux hémorrhoïdaux trop abondants. » (*Renvoi à l'examen* de M. Jobert.)

CHIMIE APPLIQUÉE. — Nouvelle méthode pour rechercher l'iode et le brome ; présence de l'iode dans l'eau de Vichy, par MM. *Ossian Henry* fils et *E. Humbert*. — L'eau minérale (ou le résidu de son évaporation plus ou moins concentré) est traitée par l'azotate acide d'argent. Le précipité ainsi obtenu est lavé et soigneusement desséché. On le mélange alors d'une manière intime avec une petite quantité de cyanure d'argent, puis on l'introduit dans un tube au bout duquel on le fixe entre deux petits tampons de ouate ou d'amiante. Enfin, on fait passer lentement sur le mélange un courant de chlore bien sec, tandis qu'on chauffe légèrement le point correspondant du tube. L'iode, le brome de l'eau minérale et le cyanogène du cyanure sont alors déplacés, se combinent et viennent se condenser dans les parties plus froides sous forme d'un anneau blanc et cristallin d'iodure et bromure de cyanogène. Le tube, fermé à ses extrémités, peut servir de pièce de conviction.

SÉANCE DU 30 MARS 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

MÉDECINE. — *De la folie consécutive aux maladies aiguës*, par M. Thore. — L'auteur fait connaître dans ce mémoire de nombreux cas de délire maniaque ou d'hallucination observés, les uns à la suite de certaines maladies aiguës, telles que la pneumonie, l'angine tonsillaire, la rougeole, la fièvre typhoïde, la variole, les autres dans le cours de ces affections. Les observations relatives aux hallucinations développées dans le cours de la variole sont à elles seules au nombre de douze.

D'après les observations de M. Thore, les hallucinations se montrent dans la variole cinq fois sur cent à peu près. Quelquefois elles sembleraient se manifester par suite d'une influence épidémique.

Le sexe masculin paraît être une cause prédisposante, puisque huit fois sur douze les hallucinations existaient chez des hommes, c'est-à-dire dans les deux tiers des cas. L'âge a varié entre vingt et trente-neuf ans.

C'est rarement avant le quatrième jour, rarement après le septième, que les hallucinations se manifestent. Dans les deux tiers des cas, c'est le cinquième jour, ordinairement à l'époque où l'éruption a pris son développement et où les boutons commencent à suppurer.

Elles durent trois jours en général, quelquefois moins. Chez les individus qui ont succombé, elles ont persisté jusqu'à la mort.

Les opiacés ont donné des résultats toujours satisfaisants et souvent assez rapides. Dans un ou deux cas, l'application de sangsues aux oreilles a été prescrite, quand l'éruption était très confluente, les conjonctives injectées, la face très tuméfiée, le délire général, avec agitation considérable.

Le pronostic est, en général, favorable, et n'est point en rapport avec l'inquiétude que cause toujours l'invasion du délire et surtout des hallucinations pendant le cours d'une maladie aiguë. (*Comm.:* MM. Serres, Andral, Bernard.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 7 AVRIL 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

M. *Caventou* aurait désiré que M. le *Secrétaire annuel* eût résumé dans le procès-verbal la courte discussion à laquelle a donné lieu le rapport de M. Robinet sur le valérianate d'ammoniaque.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret impérial par lequel est approuvée l'élection de M. *Devergie* (Alphonse) à la place vacante dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale.

Sur l'invitation de M. le *Président*, M. *Devergie* prend place parmi ses collègues.

2° M. le ministre du commerce, de l'agriculture et des travaux publics transmet : — *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1856, dans les départements de la Moselle, de la Loire-Inférieure, des Deux-Sèvres, de la Haute-V..., des Vosges et de la Haute-Saône. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Plusieurs ... relatives à des remèdes nouveaux. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *c*. L'état des vaccinations pratiquées, en 1855, dans le département de l'Ain. (*Commission de vaccine.*)

3° L'Académie reçoit : — *a*. Une notice sur une épidémie de fièvre typhoïde ... à Moulins-la-Marche, pendant les années 1855 et 1856, par M. le docteur *B*... (de Mortagne). (*Commission des épidémies.*) — *b*. Une note sur les propriétés thérapeutiques de l'iodate de potasse dans la stomatite mercurielle, par MM. *Demarq*... et *Gustin*. — *c*. Un mémoire intitulé : *Nouvelles considérations générales sur l*... *et sur l'importance de sa production en France*, par M. le docteur *O. Re*..., professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. (*Comm.* : MM. Caventou, B... Chevallier.)

M. *H. Larrey* fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, d'un *Traité de géographie et de statistique médicales*, par M. le docteur *Boudin*, médecin en chef de l'hôpital du Roule. (*Remerciments.*)

M. *le Président* annonce à l'Académie que M. le docteur *Delafoy*, membre correspondant à Toulouse, assiste à la séance.

M. *le Président* proclame ensuite les commissions des prix, nommées par la voie du scrutin, dans la dernière séance.

PRIX DE L'ACADÉMIE. Question : *Exutoires*. — MM. Trousseau, Bouvier, Malgaigne, Robert et H. Bouley.

PRIX PORTAL. *Pas de mémoires.*

PRIX CIVRIEUX. Question : *Vertige*. — MM. Grisolle, Gibert, Londe, Jolly et Longet.

PRIX CAPURON. Question : *Morts subites*. — MM. Moreau, Dubois (Paul), Danyau, Cazeaux et Depaul.

PRIX CAPURON. Question : *Eaux minérales salines*. — MM. Guérard, Patissier, Boudet, Poggiale et Henry.

PRIX LEFÈVRE. — MM. Ferrus, Rostan, Louis, Baillarger et Falret.

PRIX BARBIER. — MM. Bouillaud, Mélier, Lévy, Barth et Blache.

Lectures et Mémoires.

THÉRAPEUTIQUE. — M. *Blache*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Boudet* et *Bouillaud*, donne lecture d'un rapport sur un travail de M. *L. Foucher*, pharmacien à Orléans, relatif à l'emploi des préparations de *mytilus edulis* (moule commune), dans les affections des voies respiratoires, pulmonaires, etc.

Après une courte discussion, à laquelle prennent part MM. *Lecanu*, *Moreau*, *Londe*, *Michel Lévy*, *Bouchardat*, *Dubois* (d'Amiens), *Boutron* et *Velpeau*, le rapport et les conclusions sont renvoyés à la Commission, sur la proposition de M. le *Président*.

MÉDECINE. — M. le docteur *Philippe*, médecin de l'hôpital militaire de Lille, lit un mémoire ayant pour titre : *De la haute utilité de la médication évacuante dans le traitement des fièvres des pays chauds, et en particulier de celles d'Afrique, avec des considérations pratiques sur la géographie médicale de cette contrée.*

L'auteur résume son travail dans les propositions suivantes : — « 1° Les théories admises sur les fièvres des pays chauds sont trop exclusives, en prenant pour seul point de départ l'étiologie de ces maladies. La symptomatologie doit être invoquée en pre-

mière ligne pour pouvoir en formuler un traitement rationnel. — 2° Il y a deux éléments qui seront pris pour base de ce traitement : l'élément nerveux et l'élément gastrique. Au premier s'adresse l'usage du sulfate de quinine ; au second, la médecine évacuante : cette alliance est indispensable — 3° Généralement, on débutera par la médication vomi-purgative, comme ballon d'essai, si ce n'est dans les fièvres graves, où le sulfate de quinine sera d'abord employé exclusivement. — 4° Voici le mode de traitement : Dans les cas de fièvre intermittente simple, on commence par un vomitif. — 5° Le lendemain, on prescrit la décoction de quinquina. — 6° Le jour suivant, on administre un purgatif. — 7° On reprend la décoction ou le vin de quinquina, si la fièvre est dissipée ou notablement atténuée. — 8° Cinq ou six jours après, on termine par un sel neutre et l'on revient aux toniques. — 9° Lorsque la fièvre n'est nullement modifiée par le premier vomitif, on en donne un second ; et l'on revient au traitement précédent. — 10° Si cette médication purement évacuante échoue, on a recours au sulfate de quinine à la dose de 5 ou 6 décigrammes, répétés trois ou quatre jours de suite. — 11° Dans les cas graves de fièvres, l'antipériodique sera prescrit exclusivement et à haute dose. On ne reviendra aux vomi-purgatifs qu'après la disparition complète des accidents sérieux. — 12° Quant aux fièvres typhoïdes, l'alliance de la quinine aux purgatifs a donné de bons résultats. — 13° Dans les récidives et les cachexies, la médication évacuante est encore indiquée ; cependant, lorsqu'elle a été suivie d'insuccès, l'emploi des agents de cette médication, combiné avec le sulfate de quinine, rend les plus grands services, en même temps qu'on donne les toniques. — 14° Toutefois il est une remarque pratique à faire qui domine les diverses nuances du traitement que je viens d'exposer : c'est que le médecin aura à le varier dans ses applications, suivant les idiosyncrasies, la force du sujet, ses antécédents, la forme de la fièvre, les localités où il l'observe. — 15° Enfin, la médication évacuante pourra être employée comme prophylactique. (*Comm.* : MM. Bally, Bouvier et Jolly.)

Discussion sur la méthode sous-cutanée.

M. *Bouvier.* L'Académie, j'ose l'espérer, ne se méprendra pas sur les motifs qui me font prendre la parole. Il a été présenté, à cette tribune, une série de propositions contradictoires à tout ce que j'ai écrit ou enseigné, à tout ce que j'ai fait dans la sphère modeste de mon existence médicale. Je devais éprouver le besoin de justifier mes paroles, mes écrits, mes actes. La lecture du 17 *février* est un défi scientifique porté à tous ceux qui se sont *occupés* des mêmes matières ; j'ai dû, en ce qui me touche, relever le gant qu'elle a jeté.

Je me propose : 1° de définir la méthode opératoire sous-cutanée ; 2° de rechercher la valeur de tout ce qui se rattache à ce genre d'opérations.

Et, d'abord, y a-t-il deux méthodes sous-cutanées? Non ; il n'y en a qu'une, mais elle a plusieurs *procédés*. Ce que ces procédés ont de commun fait le caractère général de la méthode ; ce qu'ils ont de spécial fait leur caractère particulier.

Tout procédé sous-cutané consiste à opérer sous la peau, sans l'entamer vis-à-vis du lieu où l'on opère : voilà le caractère général de la méthode.

Mais, suivant la manière dont on opère, la plaie ressemble plus ou moins à ce qu'elle serait si l'on n'avait pas fait d'ouverture à la peau.

C'est là la source des principales différences qui distinguent les procédés de la méthode.

J'ai appelé ailleurs, et, afin de prévenir toute équivoque, je continuerai d'appeler la méthode sous-cutanée *méthode stromeyérienne.*

Je lui donne ce nom parce que c'est la ténotomie orthopédique qui, pour la première fois, a étendu, généralisé la méthode sous-cutanée, et parce qu'à M. Stromeyer revient la gloire d'avoir fondé la ténotomie et la myotomie orthopédiques.

Un seul homme, Dieffenbach, pouvait disputer à M. Stromeyer l'honneur d'avoir doté la chirurgie de cette nouvelle conquête : car, ainsi qu'on l'a rappelé, Dieffenbach avait pratiqué, avant son compatriote, plusieurs sections sous-cutanées de muscles et de tendons. Mais ces faits, comme tant d'autres qu'on vous a justement cités, étaient restés stériles ; écoutez plutôt Dieffenbach lui-même ;

« A Stromeyer appartient l'honneur et le mérite d'avoir été le créateur et le fondateur de l'orthopédie sous-cutanée. Tous les chirurgiens récoltent la moisson dont il a fait les semailles, et les moissonneurs fauchent à qui mieux mieux. » (*Ueber die Durchschneidung*, etc., p. 3. Berlin, 1841.)

Quand Dieffenbach portait ce jugement, il connaissait les prétentions reproduites aujourd'hui devant vous. Quelques lignes plus bas, il les repousse par un blâme formel.

Ce que j'invoque ici, ce ne sont pas des paroles fugitives qui se perdent dans les airs : c'est Dieffenbach lui même, présent dans ses œuvres.

M. Stromeyer ne s'est pas borné, comme on l'a prétendu, à la cure ténotomique du pied bot et du torticolis. Ce n'est pas non plus seulement comme un *expédient empirique*, destiné uniquement à prévenir l'exfoliation du tendon, qu'il a inventé son procédé sous-cutané. Dès ses premières publications il a établi, formellement et explicitement, que son but était de prévenir l'*accès de l'air*, la *suppuration*, et, ajoute-t-il en troisième lieu, l'exfoliation du tendon : — je parle d'après le texte même.

Le fait physiologique de la guérison, sans suppuration, des plaies faites sous la peau, à l'abri du contact de l'air, lui était donc connu, et ce fait constituait, dès l'origine, le point de départ *rationnel*, le principe de sa méthode.

La généralisation de cette méthode est nettement exprimée dans son ouvrage intitulé : *Beitraege*, etc., c'est-à-dire, *Contributions à l'orthopédie opératoire, ou Observations sur la section sous-cutanée des muscles raccourcis et de leurs tendons.* Vous voyez, au seul titre, que sa méthode embrassait la myotomie aussi bien que la ténotomie. Cet ouvrage, dont on ne vous a pas parlé, est de 1838 ; M. Stromeyer m'a fait l'honneur de me l'adresser le 19 juillet de la même année.

A la suite de ses généralités sur la myoténotomie, M. Stromeyer rapporte non-seulement diverses opérations de pied bot et de torticolis, mais encore trois cas de section des muscles du jarret, un cas de section des muscles pectiné et couturier, un autre relatif aux fléchisseurs des doigts, etc. Aucune de ses opérations n'a été suivie de suppuration.

Ces faits, et les considérations générales qui les accompagnent, étaient bien suffisants pour fonder la nouvelle méthode ; mais M. Stromeyer a été plus loin ; il a montré l'horizon immense que cette méthode découvrait à nos regards ; il a prévu même jusqu'à l'exagération abusive de sa méthode :

« Maintenant, dit-il, que la première impulsion est donnée, maintenant qu'on fera un emploi plus général des opérations orthopédiques, je crois que dans peu on sera plutôt disposé à en faire abus qu'à les négliger. » (P. 23.)

Vous pouvez juger, par ce court exposé, de l'exactitude de cette assertion, à savoir, que la méthode stromeyérienne n'avait jamais *songé* à aller au delà de la ténotomie proprement dite, qu'il lui était *interdit* de sortir du cercle de deux ou trois tendons où elle s'était étroitement renfermée.

Ainsi, en 1838, la méthode générale des opérations orthopédiques sous-cutanées était formulée, et qui plus est, appliquée ; car, en même temps que Stromeyer écrivait ce que vous venez d'entendre, ses procédés étaient répétés, modifiés, amplifiés, à Strasbourg, à Paris, à Bordeaux, à Montpellier, à Metz, dans tous les États d'Allemagne, en Angleterre, en Russie, aux États-Unis, tout cela avant cette année 1839, date précise, vous a-t-on dit, de la naissance de la méthode sous-cutanée.

Cependant Stromeyer n'avait pas tout fait ; il restait à glaner avec fruit dans le champ qu'il avait défriché. De tous côtés on se mit à l'œuvre, et de ces travaux communs est résultée la méthode actuelle, qui n'est que la méthode primitive, agrandie, élargie, portée enfin à un plus haut point de perfection.

Je ne rechercherai pas ce qui revient à chacun dans cette grande œuvre. L'auteur du mémoire du 17 février se fait la part du lion ;

je me contenterai de dire que je suis peu disposé à jouer le rôle de la génisse ou de la brebis. Pour le reste, je m'en remets à l'équité contemporaine, à la prochaine génération médicale, qui n'est pas loin à mon âge ; je ne devancerai pas son jugement.

J'arrive à examiner le produit de ces efforts communs, de ce concours universel, c'est-à-dire les doctrines, les procédés, les applications pratiques qui en ont été le résultat.

Doctrines de la méthode sous-cutanée. — On vous a dit que les ténotomistes, avant 1839, s'efforçaient de remettre en contact les bouts du tendon divisé, *pour éviter l'inflammation suppurative.* D'abord, je ne connais pas un seul ouvrage de ténotomie où il soit dit que l'on rapproche les bouts du tendon pour éviter la *suppuration*. La seule crainte de voir les bouts se cicatriser isolément, ou de les voir se réunir par une cicatrice trop longue ou trop faible, a retenu les premiers opérateurs, et leur a fait tenir, pendant quelque temps, les bouts plus ou moins rapprochés. Dès 1837, dans un mémoire lu à l'Académie des sciences, — M. Velpeau vous l'a rappelé, — j'ai montré que cette précaution était inutile, et déjà je n'étais pas le seul à suivre une pratique opposée.

Mais, en outre, sur quoi a-t-on fondé ces dénominations de *ténotomie huntérienne*, de *phase huntérienne* de la ténotomie, de *procédé huntérien*, de *théorie huntérienne*, que l'on a répétées à satiété ? Sur ce que, prétend-on, le caractère physiologique de la ténotomie, avant 1839, est *une application à la section des tendons* du principe de la réunion par première intention *au moyen* de l'inflammation adhésive de Hunter. M. Malgaigne a déjà montré que Hunter avait été ici mal compris. Néanmoins on ne s'est pas amendé ; il faut donc rappeler en deux mots la théorie de Hunter, qu'on n'a pas voulu distinguer de celle de M. Palmer, son honorable éditeur.

La réunion par première intention et la réunion au moyen de l'inflammation adhésive étaient, pour Hunter, deux choses différentes.

La réunion par première intention s'opérait *sans inflammation*, au moyen du sang extravasé qui devenait vasculaire.

L'inflammation adhésive était un mode de réunion qui suppléait au précédent, quand celui-ci n'avait pu avoir lieu.

La réunion par première intention, *au moyen du coagulum sanguin*, était la plus ordinaire dans les lésions sous-cutanées sans communication avec l'extérieur.

On ne pouvait donc être *huntérien* en attribuant à *l'inflammation adhésive* la réunion des plaies sous-cutanées, et c'est par une double méprise que le mémoire du 17 février appelle ainsi les ténotomistes qui ne datent pas de 1839.

Mais il y a quelque chose de mieux. La doctrine de 1839 a reproduit, sous le nom d'*organisation immédiate*, l'organisation du sang *sans inflammation*, admise à tort, suivant moi, par Hunter. Que vous en semble ? Est-ce que l'auteur de cette doctrine, qui a pris de Hunter la seule erreur peut-être qu'il ait commise sur cette matière, ne vous paraît pas plus *huntérien* que ceux qu'il appelle de ce nom ?

Je reviens à la question purement scientifique :

Hunter avait dit : « Les lésions dans lesquelles les parties lésées ne communiquent point avec l'extérieur s'enflamment rarement, tandis que les autres s'enflamment et suppurent ordinairement... Dans les lésions accidentelles (du premier ordre), aucun autre effet morbide ne dérive de la lésion ; aucune irritation, aucune douleur ne survient comme conséquence des opérations de la nature ; aucune sympathie générale ou fièvre ne se manifeste ; tout est tranquille comme s'il ne fût rien arrivé » (*Loc. cit.*, p. 183.)

Bichat a dit à son tour : « Le temps de suppuration n'existe point dans la cicatrice des os, dans celle des cartilages rompus, des muscles déchirés, et en général *dans la réunion de tous les organes divisés sans plaie extérieure.* » (*Anat. génér.*, t. I, p. 188 édit. de 1821.)

Voilà l'énoncé du fait capital qui domine toute la méthode sous-cutanée. Il ne restait qu'à l'appliquer aux plaies sous-cutanées intentionnelles ; c'est ce qui a été fait plus ou moins explicitement par tous ceux qui ont pratiqué ou proposé des opérations véritablement sous cutanées.

M. Guérin a donné à entendre qu'en 1838 *je ne connaissais ni n'appréciais* le grand avantage de la méthode sous-cutanée. M. Guérin a trouvé cela dans quatre lignes de moi. Il a trouvé moyen de me faire dire ce que je n'ai jamais dit, que je réduisais, en 1838, les avantages de la méthode à une question de dimension des plaies, d'une piqûre à une coupure d'un ou deux pouces.

L'article cité par M. Guérin est du 30 août 1838. Or, dans un autre article du 26 mars précédent, sur l'opération du torticolis, je concluais que la section sous-cutanée du sterno-cléido-mastoïdien, quoique le plus avantageux quant à la simplicité et à l'innocuité de tous les procédés opératoires proposés, n'était applicable qu'à certains cas déterminés.

Par quel privilége les lésions sous-cutanées accidentelles ou intentionnelles échappent-elles à l'inflammation suppurative malgré l'écartement des tissus divisés sous la peau ?

Lorsque dans une plaie les parties divisées restent en contact entre elles, ou avec les tissus placés dans leur intervalle, l'inflammation ne se manifeste qu'à un faible degré, parce que l'irritation est promptement calmée par ce contact, plus doux que celui de tous nos émollients, de toutes nos pièces de pansement. D'un autre côté, le produit de l'exsudation versé au sein même des organes, et non plus sur une surface libre, fait corps immédiatement avec les parties, et ses premières transformations organiques suffisent pour leur fournir un médium unissant, qui devient bientôt définitif.

Voilà ce qui se passe dans les plaies susceptibles d'être réunies par première intention et dans les lésions sous-cutanées. Mais l'inflammation est plus intense dans les plaies exposées ; elle est à son summum dans les parties les plus superficielles de ces plaies, et, tandis qu'elle se termine par résolution dans les parties voisines, elle se montre à leur surface avec les caractères de l'inflammation dite phlegmoneuse ; elle entraîne, comme celle-ci, la formation d'un liquide spécial. Ce liquide n'est d'abord qu'une sérosité mêlée de sang, la *sanie*, mêlée en outre à l'exsudat fibrineux versé par toute blessure ; des globules purulents ne tardent pas à s'y montrer, d'abord en petite proportion : c'est un pus encore imparfait, séreux, un *séro-pus*. Peu à peu naît le vrai pus, opaque, crémeux, albumino-fibrineux, en grande partie émulsif, essentiellement composé d'un sérum analogue, mais non identique avec le sérum du sang ; de matières grasses et de globules ou cellules spécifiques, les cellules du pus :

Ainsi, l'inflammation à un degré et dans un mode capables de produire du pus, voilà une première cause de la suppuration des plaies ouvertes. L'absence d'une pareille inflammation dans les plaies fermées, voilà une première raison de leur guérison sans suppuration.

Mais à cette première cause de la différence des plaies au point de vue de la suppuration, il faut en ajouter une seconde, qui n'a pas été suffisamment prise en considération.

L'exsudat plastique des plaies exposées ne peut devenir une peau nouvelle de *prime saut* ; cet exsudat n'arrive pendant longtemps qu'à former une peau rudimentaire, imparfaite, comparable, non pas au tégument externe normal, mais bien plus à certaines parties de la peau interne ou membrane muqueuse, comme l'a dit Lobstein. Cette *pseudo-muqueuse*, suivant une expression déjà employée ici par M. Bouley, le pus et son mucus ; et ce rapprochement n'a rien de forcé pour ceux qui ont présente à l'esprit l'extrême facilité de la production des globules purulents par les membranes muqueuses.

La suppuration, ainsi considérée, est un fait inhérent à la génération de la cicatrice, fait qui a sa raison d'être dans la forme transitoire que la nouvelle peau doit revêtir avant d'atteindre son état parfait.

Rien de semblable ne peut exister dans les plaies fermées, qui n'ont pas besoin d'un tégument nouveau.

Il est clair, d'après ces faits, que pour qu'une plaie exposée guérisse sans suppuration, il faut, ou bien qu'il ne se forme pas de membrane des bourgeons charnus, ou que cette membrane soit tellement modifiée dans ses propriétés, qu'elle parcoure sa période muqueuse sans produire de pus et en versant uniquement la matière organisable de la cicatrice.

Au rapport de Hunter, le contact de l'air était généralement considéré, de son temps, comme la cause de la suppuration des plaies. Hunter nie cette influence ; plus tard, John Bell a également combattu cette opinion, allant jusqu'à dire que l'air n'est pas irritant pour nos tissus dénudés. Mais tous les raisonnements de ces auteurs n'ont pu détruire l'opinion générale, parce qu'elle avait des racines profondes dans l'observation de faits journaliers.

C'est parce qu'il partageait à cet égard la croyance générale, que M. Stromeyer a été conduit à inventer la méthode sous-cutanée. La doctrine de 1839, en adoptant le même principe, a voulu en poursuivre toutes les conséquences. S'écartant souvent de la voie, trop lente à son gré, de l'observation des faits, celle-ci a marché d'hypothèse en hypothèse, et s'est attiré tous les reproches d'imagination justement adressés par J. Bell à Monro. De là ce nom d'*aérophobie* si heureusement appliqué, quoiqu'il ait été mal compris d'abord de quelques-uns de nos collègues.

Oui, sans doute, l'air nuit aux plaies, aux séreuses, aux synoviales, aux foyers purulents ; oui, sans doute, il altère le sang hors de ses vaisseaux, les humeurs sécrétées ; il amène la putridité. Personne, de notre vivant, n'a découvert cela, car on le savait bien avant nous.

Mais quelle est la mesure de cette action de l'air ? Où commence-t-elle, où finit-elle ? Pour me renfermer dans le sujet en discussion, je rappellerai que tous nos traités de chirurgie, depuis A. Paré — je pourrais remonter beaucoup plus haut — jusqu'à notre maître Boyer, professent que le contact de l'air est nuisible aux plaies. Dans tous les temps, les efforts de la chirurgie ont été employés à rechercher le meilleur mode de pansement pour les préserver de ce contact.

(M. Bouvier cite ici les textes de plusieurs auteurs du dernier siècle, où l'on retrouve la plupart des idées hypothétiques, suivant lui, reproduites dans le mémoire du 17 février, relativement à l'action de l'air sur le sang des plaies; puis il ajoute :)

Mais, dit-on, sans le contact de l'air les plaies ne s'enflammeraient pas du tout, et par suite guériraient sans suppurer. La preuve, c'est que les plaies sous-cutanées qui ne sont point en contact avec l'air ne suppurent pas ; c'est que lorsqu'elles suppurent, cela n'arrive que parce que l'air pénètre librement dans leur intérieur ; c'est enfin que la suppuration des plaies est en rapport avec l'intensité de sa cause, c'est-à-dire avec l'action de l'air. On conclut que l'air est l'agent de la suppuration des plaies ; d'où il résulterait que toute la différence des plaies suppurantes et non suppurantes proviendrait de la présence et de l'absence de ce fluide.

Ces arguments semblent péremptoires ; prenons-les un à un.

« La méthode sous-cutanée a sa raison d'être, quelle que soit l'influence de l'air sur les plaies. Une plaie sous-cutanée diffère d'une plaie exposée par deux circonstances, et non par une seule. Ces deux circonstances sont :

» 1° L'absence de l'air dans un cas, sa présence dans l'autre ;

» 2° Le contact de parties vivantes dans le premier cas, leur séparation dans le second. »

Puisque dans les expériences invoquées, ces deux conditions se sont rencontrées inséparables, quelle raison a-t-on d'attribuer les résultats à l'une plutôt qu'à l'autre ? M. Guérin dit que c'est l'influence de l'air qui fait tout. Si je disais que c'est l'influence du contact des parties vivantes qui fait tout, qu'aurait-il à répondre ? Il fonde la méthode sous-cutanée sur l'influence de l'air ; si je la fondais sur le contact, en serait-elle moins la méthode sous-cutanée ?

Or, l'influence du contact des tissus dans tous les genres de plaies, voilà ce que Hunter avait vu.

En réalité donc, la première preuve qu'on a donnée de l'influence de l'air dans la suppuration des plaies exposées, à savoir, la non-suppuration des plaies qui ne sont pas en contact avec l'air, est une preuve insuffisante, parce qu'en même temps ces plaies sont en contact avec des parties vivantes, et qu'on n'a point séparé par l'analyse expérimentale ces deux genres d'influence.

Passant à cet autre argument : « Quand les plaies sous-cutanées suppurent, c'est parce que l'air pénètre librement dans leur intérieur, » M. Bouvier montre qu'il n'a pour base qu'une supposition ; or, si l'on consulte les faits, ajoute-t-il, on les trouve contraires à cette supposition. Il est extrêmement rare, d'après l'analyse de ces faits, que l'introduction de l'air précède l'inflammation et la suppuration, qu'elle soit la cause de ces accidents quand ils surviennent après la myotomie sous-cutanée.

Si je ne me trompe, poursuit l'orateur, il suit de toutes ces considérations que la doctrine de 1839 n'a pas fourni, mieux qu'on l'avait fait avant elle, une démonstration rationnelle, une démonstration expérimentale du fait qu'elle adopte, à savoir, que le contact permanent de l'air est l'agent direct de la suppuration des plaies.

Cette proposition reste ce qu'elle était auparavant, une assertion, une opinion controversable.

A l'aide de certaines méthodes, on a réduit à son plus faible degré l'inflammation des plaies ; on a diminué la douleur ; la réunion immédiate a été plus facile ; la suppuration a été moindre, mais elle a eu lieu dans toutes les parties exposées. Tel a été, par exemple, l'effet du pansement par occlusion de M. Chassaignac.

On a cherché à favoriser, d'après l'idée et la pratique de Hunter, la formation des croûtes, qui mettent à l'abri du contact de l'air. Le pus s'est formé malgré cet abri, toutes les fois que la lésion pénétrait au delà du derme ; on n'a pu qu'abréger la durée de la suppuration quand elle tirait à sa fin.

Mais enfin, dira-t-on, il y a une cause à cette suppuration des plaies ; si ce n'est pas le contact de l'air, qu'est-ce ? L'inflammation, l'existence de la pseudo-membrane sécrétante, causes l'une et l'autre de la formation du pus, de quoi dépendent-elles ellesmêmes ?

L'inflammation dépend certainement en partie du contact des corps autres que les tissus vivants, mais ce n'est pas sa seule cause. L'action immédiate de l'instrument vulnérant, l'état de séparation, d'interruption dans lequel il a laissé les parties qu'il a divisées, sont par elles-mêmes des causes d'irritation ; de là la réaction traumatique locale et l'inflammation qui la suit, ou ce qu'on a appelé l'état de traumatisme.

Mais n'y a-t-il pas au-dessus et en dehors de ces petites influences de la diversité des contacts extérieurs une grande loi qui préside à toute production de matière vivante ? Est-ce que la cicatrice n'est pas un tégument qui repousse, comme un membre repousse quand on l'a retranché à un animal inférieur ?

L'inflammation joue-t-elle un rôle dans la réparation des plaies sous-cutanées ? Ces plaies sont-elles même le siége d'une inflammation quelconque ? A ces deux questions, la doctrine de 1839 répond ; Non. De mon côté, j'ai répondu : Oui. Voyons le pour et le contre de ces assertions contraires.

(Ici M. Bouvier se livre à une longue discussion qu'il résume en ces termes :)

Voici les considérations que l'on a fait valoir en faveur de cette opinion :

« 1° L'inflammation et la formation d'un tissu nouveau dans les plaies non suppurantes sont deux phénomènes d'une nature très différente. La première détruit, la seconde crée. L'une est un état morbide, l'autre un retour à l'état sain. Celle-là produit de la douleur, souvent une réaction générale fébrile ; celle-ci n'affecte nullement l'économie, et se comporte presque comme un phénomène normal. » (Lebert, *Anatomie pathologique*.)

Je conviens de ces différences ; mais là n'est pas la question ; il s'agit uniquement de savoir si, malgré leurs dissemblances, l'un de ces phénomènes n'est pas ce qui amène l'autre. « Dans les plaies suppurantes, la cicatrisation, dit M. Lebert, n'est qu'une modification et une forme de guérison des inflammations en général. »

Je ne crois pas que cette proposition soit contestée ; or le travail de la cicatrisation, dans ces cas, est assurément aussi un phénomène d'une autre nature que l'état inflammatoire qui le précède et l'accompagne.

« 2° L'inflammation, loin de provoquer la réunion, l'empêche ou la retarde lorsqu'elle est trop intense. Dès qu'il ne s'agit que d'un excès d'inflammation, il est aisé de comprendre qu'il exerce une

autre influence qu'une inflammation modérée ou même très peu développée.

» 3° La réunion a lieu dans des tissus non vasculaires, tels que la cornée, et non susceptibles d'inflammation. »

D'abord, est-on bien sûr que ces tissus ne puissent pas s'enflammer à leur manière; l'observation ultérieure ne peut-elle pas y faire découvrir des phénomènes qui se rapporteraient à un mode spécial d'inflammation? Mais, ensuite, l'inflammation peut être inutile pour la réunion de la cornée, et nécessaire pour la réunion des tissus pourvus de vaisseaux. On objectera que le même phénomène ne peut se produire par deux mécanismes différents. Ce n'est pas tout à fait le même phénomène, puisque c'est la réunion de la cornée dans un cas, et la réunion d'un tissu vasculaire dans l'autre. La peau des animaux inférieurs se refait sans apparence d'inflammation; celle de l'homme ne se reproduit qu'avec l'intervention de l'état inflammatoire. Il entre dans notre organisation des solides très divers au point de vue de la vitalité. Il en est qui ne vivent pas plus que le végétal ou le polype; leurs actes sont pareils à ceux de ces êtres simples. Mais ce n'est pas une raison pour qu'il en soit de même dans les tissus plus composés. D'ailleurs, cette unité que l'on veut établir pour les phénomènes de réunion est déjà rompue, si l'on admet une exception à l'égard des plaies suppurantes, qui guérissent, au fond, de la même manière que les autres.

« 4° L'inflammation, même dans les tissus vasculaires, ne se voit pas toujours. » L'auteur du mémoire du 17 février ne l'a jamais aperçue dans les plaies véritablement sous-cutanées. Ces plaies, quels que soient leur nombre, leur étendue, la nature des organes divisés, ne provoquent jamais de réaction fébrile. Nul doute que dans une plaie extérieure peu étendue, exactement affrontée, où l'inflammation, d'ailleurs légère, n'occupe que les surfaces mêmes en contact, l'état inflammatoire ne puisse passer inaperçu, si l'on ne met pas un soin particulier à l'observer. Mais que l'on sépare les lèvres de la plaie au moment où commence l'exsudation plastique, on y reconnaîtra les symptômes ordinaires de l'inflammation, et le microscope y rencontrera, tant dans les produits versés que dans les vaisseaux qui les fournissent, tous les attributs caractéristiques des phénomènes inflammatoires.

On a dit : « Les plaies sous-cutanées ne s'enflamment pas et s'organisent immédiatement. »

Je m'inscris en faux contre cette proposition.

Ainsi, d'après le mémoire du 17 février, deux bouts de tendons qui se touchent dans une plaie sous-cutanée contractent l'adhésion immédiate par l'effet de l'inflammation adhésive. Mais si, au lieu d'amener au contact les bouts divisés, on les écarte plus ou moins, il est évident que si l'inflammation intervient dans la réunion par une substance intermédiaire très courte des bouts tendineux très rapprochés jusqu'au contact, elle intervient également dans la formation d'une substance intermédiaire plus longue, lorsque ces bouts sont plus ou moins écartés. Si l'on rejette cette intervention dans le second cas, il faut également la rejeter dans le premier.

Une grande conséquence pratique découle de cette théorie fondée sur l'observation et sur l'analyse des faits. On a fait sonner bien haut l'innocuité, l'immunité constante des sections sous-cutanées, pourvu qu'elles soient parfaitement à l'abri du contact de l'air. On conseille de les multiplier sans crainte : ne vous y fiez pas. Plus les masses musculaires divisées seront considérables, plus elles seront entremêlées de nerfs et de vaisseaux, et plus les chances de danger seront réelles. Le danger, dans ce cas, vient précisément de ce fait que les parties divisées sont dans un état pathologique, qu'elles ne tardent pas à devenir le siége d'un travail pathologique. L'inflammation que j'appellerai réparatrice et l'inflammation suppurative ne sont que deux degrés de la même affection, qui peuvent devenir deux périodes successives.

On comprend dès lors comment une circonstance imprévue peut déterminer, par un hasard malheureux, cette conversion de l'inflammation dite adhésive en inflammation suppurative, dont on n'a pas voulu comprendre la réalité dans le mémoire du 17 février. Veiller avec soin à éloigner toute cause de surcroît d'irritation, sans négliger assurément de s'opposer à l'entrée de l'air; ne pas tomber surtout dans une sécurité qui pourrait être trompeuse : tel est le précepte que je déduirai de ce fait.

L'heure étant avancée, M. le président invite l'orateur à remettre la suite de son argumentation à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures un quart.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur l'accouchement par la pression au lieu de la traction, par le conseiller intime DE HILGEN.

Il nous est souvent venu à l'idée que l'expulsion naturelle du fœtus avait lieu selon le *principe de la pression*, tandis qu'on n'emploie que le *principe de la traction* à l'expulsion artificielle. Les sections moyennes et inférieures de l'utérus et du vagin compriment le fœtus tout autour et diminuent sa circonférence; tandis que le fond de l'organe se rétrécit sur toute la masse de l'enfant et la presse de haut en bas pour la faire sortir. Dans la présentation de l'extrémité pelvienne, on ne voit pas le menton s'éloigner de la poitrine ni les bras se relever vers la tête. Le placenta est détaché de la paroi de l'utérus par la pression, et la masse entière de l'arrière-faix est poussée de haut en bas, ainsi que l'enfant, dans le vagin, et de là au dehors. L'enfant, qui avec les progrès de la grossesse est de plus en plus resserré dans son réservoir, reçoit la dernière et la plus forte pression pendant l'accouchement et la supporte bien.

Qu'est-ce que fait l'accoucheur dans l'extraction manuelle? Il tire sur les pieds, les genoux, les cuisses, les hanches, le tronc, et enfin sur la tête avec la main, le lacs, le crochet et le forceps. Il dérange l'ovoïde formé par l'enfant; alors les membres se redressent tantôt sur les côtés, tantôt en haut, et il s'empresse de les ressaisir et de les tirer en bas, et c'est rare que l'enfant supporte toutes ces manœuvres.

Il tire sur le cordon, il tire sur le placenta, il tire sur les restes du cordon, du placenta, des membranes même de l'enfant qui, séparées de ce qui est amené au dehors, restent en arrière.

Nous nous demandons souvent : Pourquoi donc *toujours tirer*, et pourquoi pas *quelquefois aussi presser?*

Nous avons vu des confrères qui arrachaient les jambes, les bras, le tronc ou la tête des fœtus encore mous du quatrième jusqu'au sixième mois de la grossesse, et nous étions forcé, pour faire sortir ce qui était encore enfermé, d'introduire la main et de la glisser au-dessus, et de pousser en bas et en dehors avec le creux de la main. C'est ainsi que nous avons appris à employer de prime abord ces manœuvres chez des fœtus pareils, sans essayer aucune traction sur les parties de l'enfant qui se présentaient ou qui suivaient. Nous n'avons pas agi autrement pour des fruits en putréfaction.

Que de fois n'avons-nous pas fait avancer devant le creux de la main le placenta détaché, des caillots de sang qui remplissaient l'utérus, des môles de haut en bas en longeant notre avant-bras.

Si nous sommes forcé de faire sortir, pendant la pause de douleurs, la tête qui se présente avec la pointe de l'occiput à l'orifice du vagin non encore élargi, parce que la force de douleurs ne permet une attente plus longue par crainte de déchirure de l'utérus ou du vagin, nous faisons cette manœuvre par une pression sur le périnée en arrière du côté de la pointe du coccyx.

Nous ne craignons pas de dire que dans le cas où il s'agissait de faire sortir promptement la tête, qui n'était pas encore descendue assez profondément, nous avons introduit un ou deux doigts bien huilés dans le rectum, et que par une pression dirigée en bas et en avant, au-dessus de la partie de la tête qui s'y trouvait, nous l'avons poussée dehors (1).

(1) On ne mettra pas sans nécessité son doigt dans le rectum pour produire une

Depuis nombre d'années, dans les cas de présentation des pieds, qui demandent une prompte terminaison, nous poussons le tronc dehors, en glissant le plat de la main sur le dos, qui est tourné à droite ou à gauche, en mettant l'index d'un côté du cou, le médium de l'autre sur les épaules, en entourant un des bras avec le pouce, l'autre avec l'annulaire et l'auriculaire, et en faisant ensuite descendre la main jusque près du bassin.

Si l'enfant est fort, les parties étroites, et si le siége est descendu dans l'orifice de l'utérus, on ne peut pas toujours introduire de suite la main au-dessus du dos de l'enfant; on doit, dans ce cas, tenter de la porter dans l'excavation du sacrum et puis dans une des échancrures à côté du promontoire. Mais cela ne réussit pas toujours. Nous nous sommes donc décidé, dans les cas où cela est possible, de repousser avec le creux de la main le siége descendu dans l'orifice interne ou le vagin, et d'introduire après la main au-dessus du dos jusqu'au cou, pour manœuvrer ensuite de la manière indiquée plus haut. Si l'on s'était avisé de tirer sur les pieds, et si les bras se sont un peu relevés, ils redescendent d'eux-mêmes si l'enfant est retiré jusqu'aux genoux.

Si le bassin n'est pas trop étroit dans la direction transversale, on peut pousser la tête qui vient en dernier, à travers l'entrée du bassin, en appliquant la main sur le sommet, en donnant d'abord à la tête une direction transversale de la suture sagittale, en prenant l'occiput dans le creux de la main et en plaçant les doigts sur le milieu ou le devant du crâne, tandis que la région de l'avant-bras près de la main se trouve dans l'excavation droite ou gauche du bassin.

Pour conduire la tête qui vient en dernier, ayant la suture sagittale en direction transversale, à travers l'entrée du bassin, une seule branche de forceps est souvent très utile, quand on la place de manière qu'elle dépasse le crâne; le levier, tiré par la poignée, agit alors en poussant sur le crâne.

Nous désirons que ces lignes engagent nos confrères à faire des recherches, pour voir comment le principe de la *pression* doit être mis dans les meilleurs rapports avec celui de la *traction* (*Monatschrift fuer Geburtskunde*, 1856.)

De l'action curative du courant galvanique constant dans les paralysies, les douleurs et les convulsions, par M. Remak.

Au mois de juin 1856, M. Remak fit connaître, sous le nom d'électrisation *méthodique*, les applications du courant continu aux troubles du système nerveux, dans divers écrits publiés par la *Clinique allemande de Berlin* et dans diverses communications adressées à l'Académie des sciences de Paris; ce médecin annonça avoir réussi ainsi à faire cesser les contractures suite de paralysie. Ces succès l'encouragèrent à tenter la même médication dans les hémiplégies suite d'hémorrhagie cérébrale. Il parvint aussi à guérir un malade atteint à la fois de contractures et de mouvements choréiformes, ce qui l'amena à appliquer les courants chez les individus affectés de paralysie agitante.

Des résultats non moins heureux suivirent, selon lui, le traitement de la paraplégie, du *tabes dorsalis*, des contractures rhumatismales, des douleurs qui les accompagnent, et enfin de toutes les *formes*? du rhumatisme. Au total, il a déjà soumis à sa méthode d'électrisation 378 malades, qu'il catégorise de la façon suivante :

1° Les rhumatismes, à savoir le rhumatisme chronique, les contractures rhumatismales, le rhumatisme aigu (dans ce cas, il préconise l'emploi simultané des émissions sanguines), les paralysies et les névralgies rhumatiques, particulièrement aussi la sciatique. C'est dans ces circonstances que le traitement a le mieux réussi.

2° Les hémiplégies cérébrales. Le malade peut guérir en quelques séances; ordinairement la cure exige plusieurs mois. L'électricité peut même échouer entièrement.

3° Les paralysies suite d'hémorrhagie spinale. Le pronostic semble être bien moins favorable. Jusqu'ici M. Remak n'a obtenu que des améliorations sans guérison.

4° Le *tabes dorsalis*. M. Remak a obtenu, même dans des cas invétérés, des résultats avantageux qui se sont traduits par la diminution des troubles de la sensibilité, par l'amélioration de la marche et des forces, et la régularisation des évacuations alvines et urinaires. Plusieurs malades atteints de *tabes*, ou d'autres paralysies, sont présentés à la Société comme exemples de guérison.

5° L'atrophie progressive des muscles. L'effet presque constant du courant se traduit par une augmentation rapide des forces du membre atrophié.

6° La chorée. M. Remak présente une jeune fille âgée de vingt-trois ans, et atteinte de chorée depuis l'âge de onze ans. En 13 séances il y eut guérison.

7° Bégaiement, chez un garçon de douze ans, qui guérit presque entièrement après 13 électrisations.

8° Le tremblement des membres, et même le tremblement alcoolique, s'amende *quelquefois* par l'électricité; mais il y a tout autant d'insuccès.

9° Crampe des écrivains. Résultats bien incertains.

10° Paralysie agitante. Dans un grand nombre des cas l'insuccès fut complet; cependant il cite un vieillard qui, depuis seize ans, était affecté d'une agitation constante de la tête et des membres. 15 séances d'électricité ramenèrent le calme.

11° Tremblement suite d'épilepsie. Guérison de deux cas.

Ces résultats si surprenants ont été contestés par plusieurs praticiens allemands, et entre autres par Graefe. La Gazette hebdomadaire, de son côté, n'en avait pas pris très bonne idée d'après les faits dont M. Remack lui-même l'a rendue témoin l'an dernier. En France, M. Becquerel fut le premier à expérimenter les courants directs de premier ordre et à intermittences rapides. Il les appliqua d'abord aux névralgies, et il annonça avoir réussi principalement dans les névralgies intercostales, ainsi que dans la névralgie iléo-lombaire. Les sciatiques résistaient davantage; dans la névralgie trifaciale, il n'y eut que des améliorations passagères. Depuis ses premières communications, qu'il fit à la Société médicale des hôpitaux (26 novembre 1856), ce médecin distingué soumit au même mode d'électrisation toutes les affections du système nerveux. On peut lire, dans le livre intéressant qu'il vient de publier, les effets remarquables de ce traitement; on y trouvera des faits bien appréciés, des catégories nettement établies, et sans aucune des exagérations qu'on remarque dans la narration des cures merveilleuses opérées par M. Remak.

M. Duchenne, de son côté, s'est livré à d'intéressantes recherches sur le même sujet. Autrefois cet habile physiologiste se servait principalement de courants de deuxième ordre, qu'il appliquait à la peau préablement desséchée; c'est cette méthode qu'il aurait tentée, sous le nom d'électricité cutanée révulsive, principalement dans les affections douloureuses; mais les effets des courants continus du premier ordre ne lui avaient nullement échappé; il restait à en faire l'application clinique, et surtout à en saisir les indications, ainsi que M. Becquerel l'a accompli. (*Extrait du procès-verbal de la Société des sciences médicales de Berlin*, séance du 19 janvier 1857.) — Voir aussi la *Gazette hebdomadaire de Vienne*, n° du 21 février 1857.

BIBLIOGRAPHIE.

Du traitement des varices par les injections de perchlorure de fer dans les veines, par M. Caron. Thèse de Paris du 1er mars 1856.

C'est encore à une maladie par arrêt du cours du sang veineux qu'a trait la thèse dont nous devons maintenant donner l'analyse.

pression sur les parties de l'enfant qui s'y présentent; mais il ne faut pas non plus s'exagérer la crainte de léser de cette manière le rectum et principalement la membrane muqueuse. Nous savons que la sensibilité du rectum n'est pas aussi grande qu'on le croit généralement; témoin la réduction de l'utérus gravide dans l'état de rétroversion à l'aide du doigt introduit dans le rectum. Ces réductions nous ont bien réussi, sans aucun inconvénient pour le rectum, dont le sphincter est très extensible dans ces cas. Dans notre maison d'accouchement on touche les femmes enceintes non-seulement par le vagin, mais encore par le rectum, sans occasionner aucune gêne, et encore moins sans produire de lésions.

Mais les conditions pathologiques ne sont plus celles qui ont été étudiées dans la thèse récemment analysée (voir la Gazette Hebdomadaire, numéro 13, page 224). Dans l'anévrysme artérioso-veineux, la circulation veineuse est bien ralentie ; mais elle ne l'est que dans un seul vaisseau. Puis, comme par compensation, une ondée de sang artériel, mélangée à la colonne liquide de retour, semble lui donner une partie du principe vivifiant dont elle est naturellement dépourvue. Aussi la vie, comparativement, est intacte dans le membre, qui, ainsi qu'on vient de le voir, peut même acquérir un supplément anormal de force de recomposition. Dans la varice, au contraire, le sang veineux est simplement retenu. Aussi l'œdème, les eczémas chroniques, les ulcères rebelles sont-ils la conséquence ordinaire de cet état, contre lequel dès lors les médications les plus actives, contre-indiquées pour l'anévrysme artérioso-veineux, deviennent des ressources parfaitement justifiées par la nécessité clinique.

C'est par l'examen de ces diverses ressources, sous le rapport de leur valeur comparative, que débute la thèse de M. Caron. Après les épingles, dont il rejette l'emploi, après le caustique, dont il adopte les perfectionnements importants réalisés par M. Bonnet (de Lyon), il aborde plus directement son sujet en traitant des injections de perchlorure de fer.

Dans un court historique, l'auteur rétablit les droits du véritable inventeur des injections coagulantes intra vasculaires. Et, pour le cas spécial de l'application aux varices, il note les titres, égaux vu leur contemporanéité, des trois chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Nous louons dans le travail de M. Caron le soin minutieux qu'il met à préciser les moindres conditions de préparation, de dose, de densité. Il préfère le perchlorure de M. Soubeiran, qui veut que la solution soit maintenue entre 30 et 45 degrés de l'aréomètre : à ce dernier degré, il désorganiserait les tissus. Mais n'était-ce pas ici le cas de faire mention d'un autre composé, produit, lui aussi, de l'École lyonnaise, la liqueur iodo-tannique, auquel ceux qui l'ont appliqué ont justement reconnu la propriété de déterminer l'action coagulante sans dépasser la limite où cet effet est renfermé.

Quant à la dose, il résulte des recherches de MM. Giraldès et Goubaux qu'elle doit être proportionnelle, mais en raison inverse, à la densité du liquide. Ainsi 10 gouttes à 20 degrés sont l'équivalent de 5 gouttes à 30 degrés. La dose convenable, qui résulte, comme moyenne, du relevé de toutes les observations que M. Caron a pu recueillir, est de 6 gouttes de la solution à 30 degrés.

On doit choisir, de préférence, les veines les moins flexueuses ; le caillot s'étend alors au loin, et l'oblitération du vaisseau, plus étendue, donne des chances plus solides de guérison radicale. Faite au niveau d'une flexuosité, l'injection y bornerait son effet coagulant.

Comme précaution de détail, il ne faut pas oublier de faire d'abord marcher le malade, de placer une ligature sur la racine du membre, et de ne pousser l'injection qu'après avoir vu sortir du sang, ce qui prouve que l'extrémité de la canule est dans la veine. On peut opérer les deux jambes le même jour ; mais il est prudent de ne pas recommencer sur la même avant que les caillots secondaires se soient formés et que l'inflammation locale ait disparu.

M. Caron a bien précisé les phénomènes graduels et divers de l'oblitération veineuse. Il se forme un premier caillot chimique, auquel s'adjoignent bientôt des caillots fibrineux qui s'organisent. La tunique interne des vaisseaux a disparu ; la moyenne n'offre rien d'important, mais l'externe s'hypertrophie, sécrète de la lymphe, qui forme autour de la veine une virole plastique. Plus tard, le caillot se réduit, devient jaunâtre et s'enkyste. Alors le vaisseau est oblitéré, tant par cet enkystement que par l'accolement de sa paroi interne aux deux extrémités du caillot.

En fait d'accidents, l'inflammation consécutive est ordinairement insignifiante. On a à craindre : 1° des abcès (mais rarement, 1 sur 33 injections) ; 2° l'érysipèle (même proportion) ; 3° l'œdème du membre (sans gravité, et surtout lorsqu'on a multiplié les injections) ; 4° les boutons vasculaires, déjà signalés par M. Desgranges ; 5° l'eschare sur la piqûre, due à l'infiltration du perchlorure ; 6° l'élimination du caillot, laquelle peut dépendre de l'excès de concentration de la solution ou de la destruction de la tunique celluleuse de la veine par le liquide sorti de la cavité du vaisseau.

Après cet exposé complet de la méthode, l'auteur donne l'histoire détaillée de douze malades qui en ont éprouvé les bienfaits. Quelques-uns, revus au bout d'un an et de deux ans, ont permis de constater que les veines étaient restées oblitérées, et les ulcères variqueux, si tenaces, si prompts à récidiver jusque-là, ne s'étaient pas reproduits. Aussi M. Caron a t-il quelque droit à conclure de ses recherches que l'injection de perchlorure de fer est supérieure aux autres méthodes de traitement des varices, et que, lorsqu'on croit devoir opérer, c'est à elle qu'il est rationnel de donner la préférence.

P. Diday.

V.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

Cause de la rage et moyen d'en préserver l'humanité, par les docteurs *J. Bachelet* et *C. Froussart*. Valenciennes, Prignet. 1 fr. 50

Des eaux minéralisées, par le docteur *Guépin*. In-8° de 31 pages. Paris, Germer Baillière. 1 fr. 50

Du microscope au point de vue de ses applications a la connaissance et au traitement des maladies chirurgicales, par le docteur *L. Saurel*. In-8° de 148 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr. 50

Recueil des travaux de la Société médicale d'observation de Paris. Fasc. I, in-8° de 124 pag. avec 23 fig. Ce recueil doit paraître par fascicules de 100 à 120 pages de six mois en six mois Quatre fascicules formeront un volume. Paris, J.-B. Baillière et fils. On ne souscrit que pour deux fascicules. 5 fr.

Recherches cliniques sur l'emploi d'un nouveau procédé de mensuration dans la pleurésie (Marche, pronostic, traitement par la thoracentèse), par *E.-J. Woillez*. In-8° de 90 pages et 23 figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr.

Handbuch der Pathologie und Therapie (Manuel de pathologie et de thérapeutique), par le professeur docteur *C.-A. Wunderlich* ; deuxième édition considérablement augmentée ; 4 tomes grand in-8°, publiés en volumes qui comprennent ensemble x-4015 pages. Stuttgart, chez Ebner et Seubert. 96 fr.

Untersuchungen ueber die Entwickelung des Schaedelgrundes im gesunden und krankhaften Zustande (Recherches sur le développement de la base du crâne en état de santé et de maladie), par *R. Virchow*, grand in-4°. Berlin, chez G. Reimer, *cart.* 18 fr. 75

Diseases of the Ear, illustrated by Clinical Observations (Maladies de l'oreille), par *J. Nottingham* In-8°. Londres, chez Churchill. 16 fr. 50

Is Ovariotomy justifiable, or not? par le docteur *J. Matthews Duncan*. In-8° de 11 pages. Édimbourg.

The Functions and Disorders of the Reproductive Organs in Youth, in Adult Age, and in Advanced Life, considered in their Physiological, Social and Psychological Relations (Les fonctions et désordres des organes reproductifs), par *W. Acton*. In-8°. Londres, chez Churchill. 10 fr.

The Hygienic Treatment of Pulmonary Consumption (Traitement hygiénique de la phthisie pulmonaire), par *B.-W. Richardson*. In-8°. Londres, chez Churchill 7 fr. 50

The Half-Yearly Abstract of the Medical Sciences, edited by doctors *Ranking* and *Radcliffe*. Vol. XXIV, juillet et décembre 1856. 1 vol. in-12, cartonné. Londres, J. Churchill.

Rassegna dei casi più importanti de chirurgia osservati nel civico spedale di S. Giacomo di Novi (Cas importants de chirurgie), par le docteur *Gio. Melchiori*. In-8° de 62 pages. Gênes.

Ἡ ἐν Ἀθήναις ἰατρικὴ Μέλισσα (*Abeille médicale d'Athènes*). — Cahier de Décembre : De la cheiloplastie, par M. *Olympios*. — De la cure des hernies d'après la méthode de M. Rothmund, par le docteur *Kallibourcès*. — Cahier de Janvier : Suite du précédent article. — Siége et nature des fièvres intermittentes pernicieuses. — Du choléra à Corcyre, par M. *Typaldos*. — Du choléra épidémique en Grèce et d'une nouvelle méthode pour le traiter.

Errata. — Page 232, 1re colonne, ligne 15, *au lieu de :* discussions si profondes, *lisez :* dissensions si, etc.

Page 234, 1re colonne, ligne 13, *au lieu de :* laisser la douceur, *lisez :* louer la douceur.

Page 237, ligne 41, *au lieu de :* dispositions organiques qui expliquent, *lisez :* qui impliquent.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.

PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. PARIS, 17 AVRIL 1857. N° 16.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 16 avril 1857.

Il nous a paru que les lecteurs du *Premier-Paris* ne seraient pas fâchés de sortir momentanément de dessous la peau, où les retiennent depuis assez longtemps nos appréciations du débat engagé à l'Académie de médecine. Nous nous contentons donc, pour aujourd'hui, de recommander à leur attention la fin du discours de M. Bouvier, où l'historique des procédés de la méthode sous-cutanée a été aussi heureusement éclairci que celui de la méthode elle-même et de son principe ; et nous profitons de l'espace ainsi économisé pour diminuer un peu l'encombrement de nos cartons.

Une contestation s'est élevée sur la question de savoir à qui devait appartenir l'avantage de parler le dernier, pour résumer la discussion : de M. Guérin, qui a ouvert cette discussion et qui en a posé les éléments, ou de M. Velpeau, qui l'a provoquée. M. Michel Lévy a sagement rappelé que le droit de résumer une discussion n'appartenait qu'aux rapporteurs de commissions. Dans le cas présent, il n'y a qu'à suivre l'ordre d'inscription, jusqu'à ce que la clôture soit demandée et prononcée. C'est donc M. Velpeau, premier inscrit, qui prendra la parole mardi prochain. Ce sera sans doute sur le fond du sujet. Nous le suivrons sur ce *terrain*, qui convient infiniment mieux à nos goûts que l'autre terrain où M. Malgaigne ne veut pas aller. A. D.

Pensée de circonstance.

« Cette idée m'appartient; j'ai dit cela le premier; on ne savait rien là-dessus avant moi. » Esprit superbe, voilà ton langage! Mais bientôt on conteste à cette puissante raison ce qui fait sa joie; on rit de ses idées fausses qu'elle a crues vraies, de ses découvertes imaginaires; le lendemain on n'y pense plus. (LAMENNAIS.)

FEUILLETON.

Lettre chirurgicale à M. le professeur Malgaigne sur un point de l'histoire de l'autoplastie,

pour faire suite aux erreurs, lacunes et imperfections de la littérature médicale.

(Suite. — Voir les numéros 4, 6 et 8.)

Très savant et très honoré maître,

Si tous les vendredis vous lisez exactement le présent follicule, et je vous crois bien incapable du contraire, vous avez pu voir que j'ai pour quelque temps quitté le modeste rez de-chaussée où je travaillais de mon mieux le prépuce pour m'élever d'un étage, c'est-à-dire pour couvrir la façade et l'entresol de la GAZETTE de laborieuses tirades sur la méthode sous-cutanée. Pendant de longues heures, comme vous, j'ai ramassé toutes sortes de documents et de citations « *dans les ruisseaux de l'érudition*, » j'ai pâli en parcourant « *la séquelle des auteurs*, » et de compagnie avec notre érudit confrère M. Bouvier, j'ai courageusement remonté les sources de la physiologie pathologique. Voici ce qui m'a fait interrompre cette lettre commencée depuis si longtemps; aujourd'hui que le scalpel a fait son œuvre et que la Méthode, l'Essai ou la Doctrine sont disséqués à fond, je continue ma plus paisible campagne contre les *lacunes et erreurs*, et je reprends le prépuce où je l'avais laissé.

A tout prendre, je ne suis pas fâché de la digression : j'avais ouï dire dans quelques sociétés que la profession de chiffonnier était libérale et lucrative et que la plupart de ses honorables membres devenaient infailliblement philosophes; je le croirais assez, surtout si j'en juge par ce qu'on recueille de vrai, de grand et d'utile dans *les ruisseaux de l'érudition*, où traînent pêle-mêle Delpech, Stromeyer, Dieffenbach, Dupuytren, Hunter l'illustre et tant d'autres, et dont, je l'espère bien, nous goûterons quelque jour le flot amer.

S'il vous en souvient, j'avançais à la fin de mon dernier article

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

SUR UNE FONCTION PEU CONNUE DU PANCRÉAS ; LA DIGESTION DES ALIMENTS AZOTÉS, par LUCIEN CORVISART.

(Suite. — Voir le n° 15.)

C. *Action de la bile sur les substances que l'estomac, après la digestion, verse dans l'intestin.*

LE MÉLANGE DE LA BILE AVEC LE CHYME PRÉCIPITE PARFOIS; QUAND IL Y A UN PRÉCIPITÉ, C'EST UNE ERREUR DE CROIRE QU'IL EST FORMÉ PAR L'ALIMENT DIGÉRÉ... (1).— CAR IL EST FORMÉ PAR LA BILE... — AUSSI LA THÉORIE QUI ATTRIBUE POUR FONCTION A LA BILE D'ANÉANTIR (2) CE QUE LA DIGESTION GASTRIQUE A FAIT EST-ELLE INSOUTENABLE. — On a professé dans une chaire de physiologie une théorie nouvelle (3) qui nous paraît fondée sur un fait inexactement envisagé. Nous devons donc l'étudier avec le plus grand soin à propos de chaque aliment. Mais loin d'examiner ce qui arrive au contact de la bile et du mélange de matières hétérogènes que l'estomac chasse dans le duodénum, ce qui ne saurait donner des notions exactes, nous devons faire intervenir l'expérimentation analytique.

1° *Action de la bile sur l'albumin-peptone.* — Je pris un chien pourvu depuis six mois d'une fistule gastrique ; il avait une excellente santé, une puissance digestive normale, et, depuis plusieurs jours, on ne lui avait donné à manger que de la soupe, afin que rien ne séjournât dans l'estomac. Enfin, depuis dix-huit heures, il n'avait pris ni aliment ni boisson.

J'introduisis dans son estomac 50 grammes de blanc d'œuf dur, pilé, lavé à grande eau, c'est-à-dire absolument insoluble, et je fermai la fistule.

Après deux heures et demie, on prit 10 c. c. de liquide dans l'estomac, puis autant à la cinquième heure.

(1) Bernard, *Leçons de phys.*, t. II.

(2) Bernard, *loc. cit.*

(3) Toutefois c'est à Werner (*Experientia circa modum quo chymus in chylum mutatur.* Tubingue, 1800) que la démonstrationde l'existence du précipité est due ; c'est à lui que revient aussi cette théorie : « La bile précipite le chyle en flocons blancs. » Pendant un certain nombre d'années les controverses de la science se sont exercées sur ce sujet, et l'on reconnut bientôt que ce chyle brut est formé aux dépens de la substance de la bile précipitée par l'acidité du chyme. Si mon examen n'avait porté sur quelques points non encore envisagés et ne m'avait paru apporter quelques preuves nouvelles à l'appui de la nature biliaire et non chymeuse du précipité, j'aurais pu renvoyer aux ouvrages de Tiedman et Gmelin et surtout de Frerichs : « *Untersuchungen ueber die Galle.* Francfurt, 1847, et *Physiologische Chemie.* Brunswick, 1851.

La première portion, laiteuse, notablement acide, peu riche en albuminose, car elle était très fluide et contenait des morceaux d'albumine encore presque intacts, donna par la bile un précipité membraniforme.

La deuxième, dans laquelle on ne trouvait plus que des fragments albumineux considérablement altérés par la digestion, c'est-à-dire mous, petits, arrondis par la dissolution de leurs angles, était visqueuse, très chargée d'albuminose, neutre, et ne put me donner aucun précipité par la bile.

Je répétai l'essai dans des conditions variées, j'obtins le même résultat.

Les deux expériences paraissaient être faites dans des conditions de digestion identiques, car dans les deux cas j'avais pris 2 c. c. de liquide filtré, et j'avais versé deux gouttes de bile fluide légèrement alcaline provenant d'un chien tué quelques heures auparavant.

Un seul point différait cependant : la liqueur du premier essai, la moins chargée d'albuminose, était plus acide : or c'était elle qui précipitait par la bile.

Je pensai, pour faire disparaître dans mes solutions toute trace d'acide, à saturer avec précision cette réaction par quelques gouttes d'ammoniaque, la bile alors ne produisait plus même de nuage, et tout restait parfaitement limpide.

La bile qui me servait étant légèrement alcaline, j'imaginai de l'employer elle-même pour saturer l'acidité des solutions.

Je repris une égale quantité de tous les liquides digestifs acides que j'avais précédemment expérimentés; j'y versai quelques gouttes de bile, le précipité habituel se forma ; mais aussitôt que je versai un excès de bile, je constatai de la manière la plus claire que le nuage disparut, le mélange étant devenu légèrement alcalin ; il arriva même souvent, dans d'autres essais, que le précipité disparut avant la saturation complète de l'acide.

J'avais fait précédemment, dans tout autre but que celui qui m'occupe, des expériences dans lesquelles j'avais recueilli et desséché de l'albumin-peptone provenant de digestions naturelles avec le suc gastrique, et dont la réaction acide s'était conservée. Je répétai l'expérience précédente avec elle ; la bile y fit naître un précipité ; je pris une autre albuminose obtenue par la pepsine même et bien acide : pareil phénomène se produisit.

Il résultait de ces expériences que, s'il est vrai que la

---

que Blandin n'avait pas très fidèlement rendu le texte de Paul d'Égine. Voici donc ce texte. Je n'ai pas besoin de vous dire que ce bon Paul ne cite pas Celse, tout en prenant ses procédés, par l'entremise de Galien sans doute, qu'il ne cite pas davantage.

« *Du prépuce écourté,* » Περὶ πόσθης λειποδέρμου (ou, plus exactement, du prépuce qui a perdu sa peau). —Pour remédier à la difformité de ceux à qui il manque un peu de peau aux parties honteuses, quelques-uns ont imaginé deux genres d'opération. Parfois on coupe circulairement la peau à l'extrémité supérieure des parties, afin que, après la solution de continuité faite, la peau inférieure soit attirée jusqu'à ce qu'elle recouvre ce qu'on appelle le gland. D'autres fois, on dissèque avec un bistouri la partie interne à partir de la racine du gland ; puis on tire en bas, et après avoir interposé un morceau de linge dans l'incision faite, afin que le prépuce ne se réunisse pas au gland, on enveloppe le prépuce tout autour avec un linge fin.

» *Antyllus préfère cette manière* et l'expose longuement. Quant à nous, nous nous sommes contenté d'en parler sommairement, parce que cette opération est rarement nécessaire dans l'exercice de l'art chirurgical, puisque la maladie n'apporte aucune difficulté dans les fonctions, et que la difformité qui en résulte n'est pas assez grande pour qu'on lui préfère la douleur d'une opération. » (Paul d'Égine, *trad. française* de M. R. Briau, 1856, gr in-8, p. 237.)

Paul d'Égine ne cite ni Celse, ni Galien, mais seulement Antyllus, sans lui accorder, remarquez-le bien, le mérite de l'invention. Blandin s'y était donc trompé. Mais, ce qui est plus singulier, c'est qu'après lui d'autres s'y soient encore laissé prendre, jusqu'à commettre un très curieux anachronisme.

Mais, puisque nous retournons vers l'antiquité, voyons donc ce fameux passage de Galien dont on devait faire tant de bruit :

« Constat vero hunc quoque affectum ex eo morborum esse
» genere quod naturalem magnitudinem est egressum, interdum
» putrescente præputio oborientem, interdum ab ipso ortu minorem quam par erat congenitum.
» Subjicitur autem duplici chirurgiæ rationi, interdum in superna
» pudendi parte circulo incisa cute quo videlicet ejus unitate soluta

bile précipite l'albumin-peptone, elle ne peut toutefois le faire que dans un milieu acide.

Ce qui fait le sujet du chapitre suivant va confirmer ces résultats et éclairer d'un jour nouveau la question.

2° *Action de la bile sur le suc gastrique naturel.* — J'avais eu soin, avant de donner son repas d'albumine à l'animal qui servit à l'expérience première, de retirer de son estomac quelques grammes du liquide que la vue seule des aliments y avait fait produire. Ce fluide était acide absolument pur, n'ayant subi aucun contact étranger ; j'en fis deux parts.

L'une qui me servit à reconnaître que c'était du suc gastrique : une digestion artificielle me montra, en effet, qu'il avait la puissance digestive normale, car à l'étuve 6 grammes de ce liquide digérèrent parfaitement 2 grammes de fibrine humide.

Avec l'autre portion je mis de la bile fraîche : aussitôt un trouble se produisit, trouble en tout analogue à celui que j'avais obtenu avec le liquide acide, qui contenait l'albumine digérée dans l'estomac de l'animal.

Ce fait me frappa vivement, car l'albumin-peptone n'était plus nullement en jeu (puisqu'il s'agit du suc gastrique pur), et cependant le phénomène qu'on attribue exclusivement à l'aliment digéré se présentait encore.

Cependant l'auteur de la théorie que nous examinons, après avoir affirmé de la manière la plus explicite que c'est l'aliment digéré seul qui est la cause du phénomène, insiste plus encore : « Le précipité n'a pas lieu dans le suc gastrique, donc la sécrétion a été excitée chez l'animal à jeun, » dit-il page 422.

J'ai répété si souvent l'expérience contradictoire, j'ai eu des résultats si constants, que mon affirmation reste toutefois inébranlable : le suc gastrique obtenu même chez un animal tué après trente-six heures d'abstinence, je dis plus, après trente six heures d'absence absolue d'aliments ou de boisson dans l'estomac, ce suc gastrique pur, acide, énergique, mélangé à la bile, précipite en l'absence de tout aliment digéré.

Je ne puis m'expliquer l'affirmation contraire qu'en supposant, ou bien que le liquide qu'on a obtenu à jeun n'était pas du suc gastrique ou était neutre, ou bien qu'on a pris une espèce de bile pour essayer le suc gastrique ayant digéré, et pour essayer ce suc gastrique obtenu dans l'état de jeûne une autre bile.

On recueille parfois, en effet, aussitôt après avoir sacrifié les chiens, de la bile absolument impuissante à précipiter le suc gastrique ; mais ce qu'il est aussi facile à constater, c'est qu'elle ne précipite pas non plus en présence de l'aliment digéré ; son impuissance est absolue, à moins qu'on n'ajoute spécialement avec l'aliment un acide énergique, tel que le chlorhydrique ; mais alors a-t-on le même résultat si l'acide est ajouté au suc gastrique obtenu à jeun?

J'étais si certain du fait énoncé plus haut, que je supposais que l'auteur avait dû se trouver dans les mêmes conditions d'expérimentation que moi ; car si l'on peut varier sur l'interprétation d'un fait, il n'en est plus ainsi sur le fait lui-même, et je recherchai si quelque partie de l'ouvrage précédemment cité n'ouvrirait pas une voie à l'explication ou même à l'existence du phénomène que j'ai observé.

Je cherchai bien et je trouvai page 420 : « En ingérant de l'éther ou de l'alcool dans l'estomac des chiens à jeun, j'ai vu se former une sécrétion acide abondante dans laquelle on pouvait constater tous les caractères de l'albuminose, » quoique les animaux n'eussent pas mangé ; et plus haut : « Il faudrait savoir si quelques-uns des caractères qu'on attribue à la matière digérée ne viennent pas de la sécrétion gastrique ; » enfin, page 423 : « Ceci semblerait indiquer que la bile précipite la pepsine. »

Ce passage veut-il dire que la bile précipite le suc gastrique (en vertu d'analogies entre la peptone et la pepsine) en l'absence de toute digestion? Mais alors que devient cet autre, contraire à ce que j'ai observé : « Ce précipité n'a pas lieu dans le suc gastrique dont la sécrétion est excitée chez l'animal à jeun. » Ces contradictions absolues de l'auteur sont fréquentes, relativement aux sujets que nous étudions dans ce mémoire.

Ici on admet (1) que le suc gastrique a une action bien générale, puisqu'il digère en même temps l'albumine et le sucre de canne (2) ; là (3) il déclare que « la digestion stomacale n'est qu'un acte préparatoire. »

Dans un endroit on dit : « Les phénomènes chimiques de la digestion sont effectués par les liquides intestinaux, en sorte que l'action la plus générale que le suc gastrique semble exercer sur toutes les substances alimentaires serait de leur faire éprouver l'action que produit l'ébullition prolongée (4), » tandis que, quelques pages auparavant, on écrit : « J'ai vu

(1) *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, t. XVIII, p. 783.

(2) Je n'ai jamais pu constater la transformation en quantité notable du sucre de canne en glycose par le suc gastrique. Lehmann avant moi a échoué de même.

(3) *Leçons de physiologie*, etc., t. II, p. 432.

(4) *Loc. cit.*, p. 490.

» catenus deorsum trahatur, quoad glandem totam cooperiat.
» Interdum vero excoriata scalpro ex interna parte a glandis radice
» mox deorsum tracta ac deinde, ut dictum est, molli quopiam deli-
» gata. » (*Methodus medendi*, lib. XIV, cap. 16, t. X, p. 1001, édit. de Kühn, 1825.)

Combien ce passage est inférieur au texte de Celse !

Je remarque, d'ailleurs, qu'il n'y est point question de ce dernier, encore moins d'Antyllus, bien entendu. J'aurais dû, sans doute, vous dire au commencement ce que Tagliacozzi pensait de la confection de prépuces artificiels ; mais nous n'en aurions tiré aucun enseignement nouveau : il rejette les deux opérations de Celse comme dangereuses, douloureuses et inutiles (1).

En résumé, Blandin est le premier qui nous donne en France un aperçu historique de l'autoplastie. Il y commet plusieurs erreurs que je viens de relever. Celles-ci, à leur tour, deviennent la souche de deux embranchements d'erreurs secondaires : le premier, relatif à l'histoire de la méthode française en général ; le second, relatif à l'autoplastie préputiale en particulier.

Depuis la thèse de Blandin, tous les auteurs qui ont écrit sur la restauration organique ont jugé à propos d'en esquisser l'histoire générale. La plupart sont tombés dans la série d'erreurs suivante : 1° Ils n'ont rapporté de Celse que son chapitre IX, et n'ont parlé de la restauration du prépuce que pour l'attribuer à Galien ou à d'autres. Alors, dans ces introductions à la matière, vous verrez, avec des variantes, les noms suivants alignés dans l'ordre que voici : Celse, Galien, Paul d'Égine, Franco, Chopart, etc. (1).

Quant à l'autoplastie du prépuce, vous allez voir, honoré maître, comment elle a été traitée par les chirurgiens postérieurs à Blandin.

Vous vous étonnez sans doute que je n'aie pas encore fait inter-

(1) *De curtorum chirurgia per insitionem.* Venise, 1597, lib. I, cap. XX, p. 67.

(1) Voy. Velpeau, *Él. de méd. opérat.*, 2e édit., 1839, t. Ier, 628. — Vidal, *Traité de path. ext.*, t. Ier, 215, 3e édit., 1851. — Nélaton, *Él. de path. chir.*, t. II, p. 658, 1847. *Compend. de chirurgie*, t. III, p. 3, 1852. — Sédillot, *Traité de méd. opér.*, t. II, 221, 2e édit., 1855, etc., etc.

chez des animaux tués en digestion le suc gastrique détruire l'estomac, la moitié du foie, la rate, quelquefois même une partie des intestins (1). »

De trois substances examinées (albumine, sucre de canne, gélatine absolument pure), une seule, dit on dans un ouvrage, n'est pas digérée par le suc gastrique, et est rejetée par les urines : « c'est la gélatine (2), » alors que dans un autre on élève toute une théorie qui porte que la gélatine est le produit de la digestion gastrique (3).

Affirmant que le suc gastrique ne dissout absolument (4) que les substances capables de donner de la gélatine, on déclare cependant, quelques pages plus loin, que « le suc gastrique a une action particulière sur le lait coagulé, l'albumine cuite qu'il redissout (5), » c'est-à-dire sur des substances dites non gélatigènes.

Mais revenons à la bile.

Il fallait rechercher si, dans le suc gastrique à jeun, la pepsine est la cause du précipité que j'y ai observé; je procédai par exclusion.

Quant à la pepsine digestive, physiologique, je cherchai à l'éliminer.

On sait que la chaleur de l'ébullition précipite, détruit la pepsine dans les sucs gastriques naturels ou artificiels, et que dès lors cette substance cesse de se révéler comme ferment digestif. Or je fis bouillir et filtrer ces deux sortes de liquides; ils se comportèrent, par rapport à la bile, exactement comme si le ferment digestif eût été conservé.

Mais je résolus d'examiner la réaction biliaire tout en n'altérant pas la pepsine; pour cela j'employai le même moyen qui m'avait servi pour étudier l'action de la bile sur l'albuminose.

Je pris du suc gastrique de chien parfaitement pur, obtenu l'estomac étant préalablement vide et l'animal à jeun soit depuis vingt-quatre, soit depuis trente-six heures; je divisai chacun de ces sucs en trois portions : l'une acide, l'autre simplement neutralisée, l'autre rendue alcaline par de l'ammoniaque.

Je pris aussi des solutions de pepsine : l'une acide, l'autre neutre, la troisième alcalinisée.

Les solutions, quelles qu'elles fussent, présentaient, comme on le voit, la pepsine à l'état liquide; elle n'était pas coagulée.

J'essayai avec soin la réaction de la bile, le résultat fut on ne peut plus précis.

Dans aucune des liqueurs neutres et alcalines il ne se forma de précipité; au contraire, toutes les liqueurs digestives acides furent troublées. Enfin, dès que la saturation de l'acide fut opérée avec la bile, le précipité formé fut redissous.

Il faut donc bien admettre que, si la bile précipite la peptone dans les liquides de digestions, la pepsine dans les liquides gastriques vierges, toutefois l'albuminose et la pepsine ne peuvent être précipitées que dans un milieu acide.

Bien qu'à mes yeux tout tendît à prouver que la peptone et la pepsine ne prennent aucune part dans le précipité qui a lieu en présence de la bile, pour avoir une démonstration définitive il fallait expérimenter en ne conservant aucune des substances qu'on rencontre dans la digestion, si ce n'est la bile; c'est ce que je fis.

10 grammes d'eau distillée reçurent 10 gouttes d'acide lactique; j'y versai 2 gouttes de bile : il y eut un précipité.

10 grammes d'eau distillée reçurent trois gouttes seulement d'acide chlorhydrique; j'y versai 2 gouttes de bile : il y eut un précipité.

Dans ces expériences décisives, non-seulement l'apparence du précipité était en tout semblable à ceux que j'avais obtenus dans les liquides de la digestion gastrique; mais encore avec cette eau pure, et seulement acidulée, je pus répéter toutes les réactions que j'avais observées plus haut. C'est

(1) *Loc. cit.*, p. 418.

(2) *Loc. cit.*, p. 408.

(3) *Comptes rendus*, t. XVIII.

(4) Cette opinion est exprimée de bien des façons, comme on peut le voir par les citations suivantes : « Le séjour dans l'estomac, au contact du suc gastrique, agit à la façon de la cuisson, en dissolvant les parties susceptibles de donner de la gélatine (p. 455). » « Le suc gastrique peut jusqu'à un certain point *être remplacé* par les préparations que la cuisson fait subir aux aliments (p. 447). » — Dans ces assertions produites en 1855, il est remarquable que l'auteur ne dise point un mot d'un ouvrage laborieusement fait en 1854, où l'on trouve : « Par la cuisson prolongée dans l'eau, l'albumine avait acquis les propriétés que l'acte digestif lui eût données (p. 17), fait capital, qui mérite la plus sérieuse attention. » « La cuisson prolongée de la fibrine donne naissance à une substance soluble dans l'eau, qui, absorbée, est utilisée par l'économie, employée à l'entretien de la vie, directement et sans digestion préalable (p. 38). » « Elle diffère de l'albuminose... elle diffère de la gélatine (p. 39). » *Aliments et nutriments*, L. Corvisart, 1854.

Je fais cette citation, non pour revendiquer la théorie, ni l'assimilation de ce produit, soit avec l'albuminose, soit avec la gélatine, car ce sont toutes choses que je repousse. — Nous aurons le même oubli à signaler à propos de la doctrine de la désagrégation des aliments dans l'estomac, doctrine exclusive, mais qui appartient à Blondlot, à propos de l'examen microscopique de la viande, des fibres musculaires digérées par le suc gastrique, qui dès 1839 appartient à Pappenheim, etc.

(5) *Loc. cit.* « En prenant les aliments dans l'estomac... nous avons un liquide qui contient une matière analogue à la gélatine (p. 428). » « Ce n'est que le tissu cellulaire qui a été dissous (p. 402). » « Le suc gastrique a pour effet de dissoudre dans les aliments azotés les matières animales capables de donner de la gélatine... L'ébullition produit le même effet. En sorte que l'action la plus générale que le suc gastrique semble exercer sur les aliments, serait de leur faire éprouver l'action que produit l'ébullition prolongée (p. 418). »

---

venir l'opinion de M. Velpeau, qui a fait tant de choses en médecine opératoire, qu'on ne peut toucher à un seul point sans consulter ses œuvres.

Chronologiquement, j'aurais dû le citer avant Blandin, puisque la première édition des *Nouveaux éléments de médecine opératoire* date de 1832. Mais comme la deuxième édition date à son tour de 1839, et que la thèse du même Blandin y a été utilisée, j'ai résolu de réunir en un seul paragraphe tout ce que le chirurgien de la Charité a écrit sur la restauration du prépuce. Ceci a d'autant moins d'inconvénient, que le paragraphe relatif à la destruction de cet organe est identiquement le même dans les deux éditions. Vous pouvez donc indifféremment consulter la page 566 du tome III de 1832, ou la page 334 du tome IV de 1839. Si le texte de la première édition est irréprochable, M. Velpeau a bien fait de n'y point toucher dans la deuxième; mais peut-être n'en est-il pas ainsi. Examinons-le donc avec toute la minutie qu'on doit apporter quand on se permet de critiquer un grand maître.

M. Velpeau n'ignore point que Celse a proposé de remédier à l'absence du prépuce. Il rapporte en très peu de mots le premier procédé; mais il s'empresse d'ajouter, et avec raison, que « cette opération serait inutile, car la cicatrice ne manque jamais de ramener peu à peu la peau en arrière et de remettre les choses dans leur état primitif. » J'étais, d'après cette réflexion, porté à croire que M. Velpeau avait lu l'observation si remarquable de J.-L Petit; mais j'ai réfléchi que, s'il en avait eu connaissance, il n'aurait pas manqué de la mentionner, ne fût-ce qu'en quelques mots; car vous avez vu qu'elle en valait bien la peine.

M. Velpeau continue, et il décrit une opération qui a une certaine analogie avec le second procédé de Celse. « Il est probable, dit-il, qu'on *réussirait mieux* en dépouillant la portion antérieure du membre viril de ses enveloppes dans l'étendue d'un pouce ou deux, de manière à pouvoir les ramener, sous forme de gaîne artificielle, jusqu'au-devant du méat urinaire, de même qu'on relève sur la face les parties molles empruntées au cou dans la chéiloplastie par la méthode de M. Roux; seulement, on aurait alors à prendre ses précautions pour que les adhérences de ce

ainsi que le précipité formé disparaissait ou ne se formait point quand on saturait l'acide par l'ammoniaque, ou quand on versait un excès de bile.

3° ***Action de la bile sur l'albumine qui a résisté à la digestion gastrique.*** — Sous l'influence de la bile, je n'ai observé aucun changement dans l'albumine solide (dépouillée de peptone par le lavage) qui a résisté à l'action gastrique; elle conserve son insolubilité dans l'eau.

2° ALBUMINE DU SANG.

Nous consommons continuellement, soit dans le sang en nature, soit dans tous les tissus organisés que celui-ci baigne et qui servent à l'alimentation (tissu cellulaire, parenchymes, glandes, chair musculaire, etc.), une grande quantité d'albumine.

Or des différences, bien que minimes, ayant été décrites entre l'albumine de l'œuf et celle du sang, nous devons consacrer un chapitre spécial à l'étude de la digestion de cette dernière

Notre examen a porté sur de l'albumine préparée de la manière suivante : 15 litres de sang de veau battus et privés de fibrine furent dépouillés par la décantation, après un repos de vingt-quatre heures, de la majeure partie des globules. Le sérum fut coagulé par une température de + 100 th. c. au bain-marie. L'albumine solide fut brisée en parcelles et privée, à l'aide de lavages successifs, dans 60 litres d'eau froide, de toute matière soluble.

On sait que le blanc d'œuf coagulé et lavé retient une grande proportion d'eau de composition, car elle s'élève à 85gr,90 pour 100, c'est-à-dire que 100 grammes de blanc d'œuf ne représentent que 14gr,10 d'albumine desséchée.

Il était d'une grande importance que nous connussions de combien 100 grammes d'albumine du sang se réduisaient par la dessiccation, afin de pouvoir, dans le cours de notre travail, évaluer en quelle quantité réelle se dissout l'albumine du sang dans les digestions; nous trouvâmes que 100 grammes de cette substance se réduisent, par la perte de son eau de composition, à 13gr,50 d'albumine sèche.

Cette connaissance acquise, nous pûmes commencer nos expériences de digestion.

Afin d'arriver à des résultats comparables, nous eûmes soin de faire nos essais d'une manière exactement semblable (pour le temps, la proportion d'albumine et de sucs digestifs, etc.) à celle qui avait été mise en usage pour établir les résultats que nous avions trouvés relativement à l'albumine de l'œuf.

A. *Action du suc gastrique.*

On se rappelle que le blanc d'œuf ne se dissout que pour un tiers dans le suc gastrique; or, après une pareille digestion, 30 grammes d'albumine du sang valant 4gr,05 de matière solide laissèrent sur le filtre 3gr,20 d'albumine à l'état de siccité, c'est-à-dire qu'un cinquième de l'albumine avait été liquéfié.

Nous répétâmes cette expérience plusieurs fois, et nous vîmes que le suc gastrique dissout un peu moins d'albumine du sang que d'albumine d'œuf.

B. *Action du suc pancréatique.*

Quand on employa du liquide pancréatique neutre, le résidu sec qui, après la digestion, resta sur le filtre, fut de 1gr,50, c'est-à-dire que 2gr,55 d'albumine sèche furent rendus solubles.

Avec le suc pancréatique alcalin, la matière digérée s'éleva à 2gr,70 (1).

Le suc pancréatique neutre ou alcalin avait ainsi dissous plus de la moitié de l'albumine du sang.

La solution de l'albumine du sang par l'action du pancréas présenta les mêmes réactions chimiques que celle qui provenait de la digestion du blanc d'œuf.

Enfin, l'albumine du sang digérée par le liquide pancréatique neutre ou alcalin présenta exactement les mêmes caractères chimiques que si elle eût été transformée par le suc gastrique.

C. *Action de la bile.*

La bile, dans la solution digestive, ne fit pas autre chose que dans l'albumin-peptone d'œuf.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Dans les expériences que je viens de relater à propos de l'action du fluide pancréatique sur l'albumine du sang, j'avais voulu en même temps me rendre bien compte des différences que le degré de neutralité ou d'alcalinité peut apporter relativement aux caractères chimiques du produit de la digestion. J'avais mis la même quantité (30 gr.) d'albumine du sang dans un volume d'eau équivalent à celui des liquides digestifs; dans un cas l'eau était pure, dans un autre elle était acidifiée au degré du suc gastrique, et dans un troisième elle était alcalinisée au degré du suc pancréatique employé; l'acidification avait été faite par l'acide lactique, l'alcalinisation par la potasse. Après douze heures de séjour à l'étuve, je constatai les résultats suivants : L'eau pure laissa 4 gr.,05 c. sur le filtre, c'est-à-dire que pas une trace d'albumine du sang n'avait été liquéfiée. L'eau alcaline ne laissa que 3 gr., 60 c. de matière évaluée sèche; il y avait donc eu par le fait seul de l'alcali 0,45 c. d'albumine du sang dissous. Je signale ce fait, parce qu'il n'arrive point avec l'albumine d'œuf. L'albumine du sang peut donc sans ferment digestif être liquifiée en certaine proportion dans une eau alcaline et peut, en cet état, être absorbée. Toutefois le produit dissous n'est pas analogue au produit digéré, car les acides, le bichlorure de platine le précipitent, ce qui le rapproche de la fausse albuminose ou albumine non coagulable qui existe normalement, mais en faible proportion, dans l'œuf et qui n'est point assimilable.

---

nouvel étui ne se prolongeassent pas trop sur le corps même du gland. »

J'éprouve ici un grand embarras. M. Velpeau, d'une part, ne nous dit plus que Celse est l'auteur d'un procédé qui ne manque pas d'une notable analogie avec celui que je viens de transcrire. De plus, il y a là un certain conditionnel : « *il est probable qu'on réussirait mieux,* » indiquant une proposition, une hypothèse opératoire nouvelle et qui attend sa confirmation des faits. J'hésite donc entre deux suppositions : ou M. Velpeau ne se rappelait que confusément le texte si explicite de Celse, et il l'a involontairement modifié sans penser à nous donner l'indication bibliographique exacte, ou bien par mégarde il avait omis de lire Celse, et alors, guidé par le procédé chéiloplastique qu'il attribue à M. Roux, il a imaginé lui-même le second procédé romain; ce n'est pas la première fois que de semblables coïncidences intellectuelles se rencontrent; à la vérité, elles embarrassent fort les bibliographes. C'est pour cela qu'il est utile de ne pas se servir de ces conditionnels équivoques.

Je ne serais donc nullement surpris que M. Velpeau ait réinventé le second procédé de Celse; mais je m'étonne qu'il le croie efficace. En effet, s'il avait eu l'occasion de lire les observations de Dieffenbach, publiées deux ans avant 1832 dans la *Gazette médicale* (1830, p. 105), il aurait vu dans la deuxième observation qu'un procédé comparable avait été mis en usage pour combattre une difformité survenue à la suite de l'amputation de tout le prépuce et qu'il avait complétement échoué. Peut-être, à la vérité, avait-on omis de prendre les précautions que M. Velpeau recommande, sans les indiquer, pour prévenir les adhérences au gland du prépuce artificiel. Ce qui prouve, d'ailleurs, d'une manière péremptoire, qu'il n'avait pas eu le loisir de consulter le travail de Dieffenbach, c'est que ce dernier n'est nullement cité à l'article *Adhérences du prépuce avec le gland* (1), malgré le procédé très ingénieux qu'il a proposé et qui, entre ses mains, a été couronné de succès.

(1) Cet article, dans le livre de M. Velpeau, précède immédiatement celui qui est relatif à la destruction du prépuce.

ÉTUDE SUR L'ANATOMIE DU RECTUM ET DE L'ANUS, SUR CELLE DES PARTIES QUI LES AVOISINENT ET SUR LES MALADIES QUI LES AFFECTENT, par le docteur AUG. MERCIER.

(Suite. — Voir le numéro 14.)

II. Partie pathologique.

Chez nous, ce n'est guère que dans les traités généraux que les maladies du rectum ont été décrites; en Angleterre, au contraire, elles ont été l'objet de nombreuses monographies, et je ne crois pas me tromper en disant que, depuis deux ans seulement, il en a paru au moins quatre, qui toutes portent des noms justement estimés dans leur pays et quelques-uns même dans le monde entier. L'auteur dont je vais m'occuper n'est pas le plus connu, en France du moins; son livre n'a rien de transcendant, et néanmoins il est un de ceux qu'un médecin véritablement homme de science lit avec plaisir et profit. Appuyé sur de nombreuses observations, dont il rapporte près d'une centaine, sa marche est toujours méthodique et sûre, ses déductions bien motivées, et ses conseils à la fois éclairés et prudents. Ajoutons, ce qui n'est pas sans attrait pour un lecteur français, qu'il paraît assez au courant de notre littérature médicale, et que, bien que sobre d'érudition, comme il convient dans un ouvrage purement clinique, il n'en présente pas moins avec convenance et loyauté les opinions de ceux de nos auteurs qui ont marqué dans cette partie de la science.

Je vais donc le suivre pas à pas, ne m'attachant, bien entendu, qu'à celles de ses idées qui offrent quelque originalité, et profitant, ainsi que je l'ai déjà dit, de l'occasion pour présenter quelques vues que l'expérience et la réflexion m'ont suggérées.

Hémorrhoïdes. — Tout ce que dit M. Quain, relativement à la structure des tumeurs hémorrhoïdales et à leurs causes, n'a rien de bien nouveau; ces tumeurs sont formées à l'extrémité du rectum par la dilatation fusiforme ou arrondie des anses terminales des veines. D'abord, le sang y circule à l'état liquide, plus tard il s'y coagule, et il finit même par y adhérer. Cette dilatation est favorisée par la position déclive, l'absence de valvules dans les veines mésentériques, les contractions des sphincters, etc.

Il admet qu'habituellement elles se manifestent sous l'influence d'un dérangement général accompagné de congestion vers les organes digestifs, mais que, plus tard, elles constituent une maladie à part, exigeant un traitement particulier.

Quant à ce traitement, l'auteur l'expose avec un très grand soin.

Au premier degré, il recommande la position horizontale, des laxatifs, particulièrement le séné et l'huile de castor, et, après que ceux-ci ont fait effet, le citrate de potasse et le nitre pour agir sur la peau et les reins. Localement, il conseille des lavements ainsi que des fomentations tièdes, et il réduit la tumeur; parfois il applique quelques sangsues, non sur la saillie, mais dans les environs; et enfin, quand l'accès est passé, il en prévient le retour par l'exercice et en favorisant les fonctions de la peau. Peut-être n'insiste-t-il pas assez sur le choix des aliments : il est difficile de tracer des règles à cet égard. Je connais des personnes qui ne peuvent manger des haricots, et surtout des lentilles, sans ressentir une congestion très douloureuse dans le rectum.

Quand la réduction est difficile, il a recours à des applications astringentes saturnées et opiacées; l'onguent de noix de galle, dit-il, est un remède ancien, populaire et très utile; mais ce qui lui a réussi plus promptement que toute application, et qui lui a été conseillé par un médecin dont il a oublié le nom, c'est une forte solution de nitrate d'argent.

Un moyen dont il ne parle pas, et dont j'ai constaté maintes fois l'efficacité, c'est la compression au moyen d'un tampon de charpie sur la tumeur, qu'on isole d'abord, autant que possible, des parties voisines. Cette compression est, de prime abord, assez sensible; mais il en résulte un soulagement si prompt, que les malades ne tardent pas à la rendre eux-mêmes plus énergique : sous son influence la tension diminue, la tumeur s'affaisse et devient plus réductible. J.-L. Petit conseille de s'asseoir sur un ou sur deux rondins garnis de crin, « pour tenir les cuisses écartées et mettre les hémorrhoïdes plus à l'aise. » C'est le contraire que je recommande, et tous ceux auxquels j'ai donné ce conseil s'en sont bien trouvés. Quand on est au lit, il y a utilité, dans la période inflammatoire, non seulement à se tenir la tête très basse, mais encore à s'incliner autant que possible sur le ventre.

Pour guérir les tumeurs commençantes, Copeland conseille l'introduction de bougies volumineuses dans le rectum. Monteggia recommande, en outre, de les enduire avec une pommade de noix de galle. M. Quain convient qu'elles soulagent; mais il ne leur accorde pas la propriété de guérir. Il faut convenir cependant que si, dès le principe, on avait

---

Au total, M. Velpeau adopte une bonne conclusion, puisqu'il admet que, « le prépuce étant apte à subir tous les genres de raccoutrement qui se pratiquent à la face ou sur le nez, la *posthoplastique* offrirait, à la rigueur, autant de nuances que la chéiloplastique. A la vérité, personne ne s'occupe à refaire des prépuces à ceux qui en éprouveraient le besoin; mais la chose ne serait pas impossible. Je regrette, en terminant, que M. Velpeau reproche à Sabatier d'avoir proscrit la restauration du membre viril, puisque cet auteur ne dit pas un seul mot ni de l'absence du prépuce ni des moyens d'y remédier.

Après avoir ainsi argumenté l'article de notre savant professeur, j'éprouvais un certain plaisir à voir qu'il n'avait nullement songé à déposséder Celse en faveur de Galien, de Paul d'Égine ou d'Antyllus, comme certains auteurs s'étaient plu à le faire. J'ai donc été désagréablement surpris de trouver, dans le tome premier de la deuxième édition, deux passages bien singuliers. Dans le premier, qui renferme des généralités sur l'anaplastie par décollement des tissus ou méthode française (t. Ier, p. 628, 2e édit., 1839); il n'est question de Celse qu'en ce qui touche son éternel chapitre des lèvres, des narines et des oreilles; son second procédé pour le prépuce, qui est un vrai type de la méthode par décollement, n'est pas même signalé, ce qui prouve bien que M. Velpeau l'a réinventé sans s'en douter dans le temps qui a séparé la rédaction du premier et du troisième volume. Mais le second passage échappe à toute interprétation. Il est, en effet, si absolument en contradiction avec celui que je viens d'analyser plus haut, que je suis forcé de croire que l'auteur a été la victime d'une odieuse interpolation; par un sort bizarre, cette contradiction lui a échappé, car un errata à la fin du troisième volume aurait réparé tout le mal. Comme tous les jours nous espérons une troisième édition des *Eléments de médecine opératoire*, M. Velpeau me saura gré, personne n'en doutera, de mettre en présence le chapitre de la destruction du prépuce tel qu'on le peut lire au tome IV, et un autre chapitre, beaucoup plus court, inscrit à la page 695, du tome Ier.

soin d'en faire usage chaque fois qu'une attaque hémorrhoïdale survient, au lieu de laisser des tumeurs grossir extérieurement, on retarderait de beaucoup leur développement et l'on faciliterait même le retrait des vaisseaux distendus. Je n'emploie pas la bougie ; mais très souvent j'ai fait usage de mèches, et plus souvent encore j'ai introduit dans l'anus une forte boulette de charpie que je maintenais extérieurement par le tampon dont il a été question, et j'en ai obtenu les meilleurs effets. On voit quelquefois le spasme du sphincter cesser du moment que la muqueuse enflammée n'est plus en contact avec elle-même. Il y a cependant des exceptions, qui tiennent peut-être à la profondeur à laquelle l'inflammation a pénétré dans les tissus.

Lorsqu'il y a nécessité d'enlever les tumeurs hémorrhoïdales, l'opération que l'auteur préfère est la ligature. Il rapporte quatre observations, où trois et même quatre ligatures furent appliquées sans douleur à peine et avec les plus beaux résultats ; et ces observations ont été choisies, dit-il, parmi un grand nombre d'autres, sans autre motif de préférence que le désir de montrer la maladie sous ses diverses formes. Il a cependant vu un cas de mort.

C'est chose singulière que la divergence des opinions au sujet de cette opération. Les uns, J.-L. Petit par exemple, la repoussent énergiquement; d'autres, au contraire, et notre auteur est du nombre, l'envisagent peut être d'un œil trop favorable ; mais ne pourrait-on pas expliquer cette divergence par la raison qu'on n'avait guère que l'excision à lui substituer, et que cette dernière opération, faite par les procédés anciens, présentait elle-même de grands dangers (hémorrhagie, phlébite, etc.)? Aujourd'hui que de nouvelles méthodes ont fait disparaître ces dangers, la ligature me semble devoir être rejetée et la comparaison n'être plus possible qu'entre l'excision à l'aide de l'écraseur de M. Chassaignac, celle faite par un fil de platine chauffé à l'aide d'une batterie électrique, moyen employé principalement par MM. Marshall (*Med.-chir. Trans.*, t. XXXIV, 1851) et Middeldorpf (*Arch. de méd.*, 1855 ; *Gaz. des hôp.*, 1856, p. 483), et la cautérisation avec le fer rouge.

Or, je crois que l'écraseur, en ne rompant les vaisseaux qu'après les avoir violemment tiraillés, diminue leur calibre et l'efface pour ainsi dire. Je crois, par conséquent, qu'il doit être rarement suivi d'hémorrhagie et de phlébite; mais il est facile aussi de concevoir que l'oblitération de ces vaisseaux ne soit pas parfaite, qu'un étranglement causé ultérieurement par un spasme du sphincter, que des efforts de défécation, etc., puissent forcer leur orifice, et qu'il en résulte ainsi toutes les conséquences de leur non-oblitération. C'est précisément ce que les faits se sont chargés de démontrer et ce dont les récentes discussions de la Société de chirurgie ont fourni des preuves.

L'excision galvanique débarrasse les malades aussi promptement que l'écrasement linéaire, et l'adustion qui se fait sur toute la surface de la plaie oblitère les vaisseaux d'une manière bien plus sûre. On est, par conséquent, plus certain de n'avoir ni hémorrhagie, ni phlébite, ni infection purulente.

On peut se demander, toutefois, si nous gagnerons beaucoup à l'emploi de ces nouvelles méthodes. J'en doute, quand je considère les bons résultats que m'a constamment donnés le cautère actuel.

D'abord, la douleur, qui pourrait effrayer, doit être mise de côté, actuellement que nous avons des moyens presque infaillibles de la supprimer. Du reste, elle n'est pas plus grande, nous dirons même qu'elle est souvent bien moindre que celle produite par les méthodes précédentes, qui nécessitent également l'emploi des anesthésiques.

Ensuite, le cautère actuel est certainement l'opération qui met le mieux à l'abri de tous les accidents que peut occasionner l'ouverture des vaisseaux. On conçoit, en effet, que, si ceux-ci sont très larges, l'écrasement linéaire et le galvano-caustique peuvent les laisser béants ; c'est même dans cette pensée que M. Middeldorpf conseille de n'agir que très lentement en pareil cas. Mais, avec le cautère actuel, l'élimination ne se faisant que par l'effet d'un travail inflammatoire consécutif, l'oblitération est infailliblement opérée à la chute de l'eschare.

Autre avantage : quand on a affaire à des tumeurs trop volumineuses ou trop nombreuses, il faut nécessairement, avant d'en faire l'excision, disséquer une partie de leurs téguments; autrement, il s'ensuivrait presque nécessairement un rétrécissement de l'anus, de sorte qu'on aurait remplacé une maladie par une autre peut-être plus incommode encore. Avec le cautère actuel, on évite cet inconvénient, en n'agissant, comme je le fais, que sur la ou les parties les plus saillantes. La cautérisation, dont on proportionne l'intensité et la durée au volume de la tumeur, détermine dans son centre l'inflammation qui a pour but d'oblitérer les vaisseaux, et à la chute de l'eschare on trouve qu'une grande partie des téguments, qui étaient très distendus auparavant, a été conservée.

Je me propose de revenir sur cette méthode et sur la ma-

CHAP. XIV. — *Anaplastie du scrotum et de la verge.*

« ART 1er. — *Prépuce.* — Des causes diverses peuvent amener » la destruction partielle ou totale du prépuce : la gangrène, des » chancres, certaines opérations, la circoncision, par exemple, » conduisent à ce vice de conformation; le besoin d'y remédier » s'est fait sentir dès la plus haute antiquité. GALIEN, D'APRÈS » ANTYLLUS, décrit déjà le genre d'anaplastie qu'on lui appliquait » autrefois. Après avoir isolé des corps caverneux dans toute leur » circonférence et dans l'étendue d'environ un pouce les tégu- » ments de la verge, Antyllus tirait sur le fourreau, le ramenait en » avant, de manière à en couvrir le gland. L'opération en elle- » même n'offre ni difficultés ni dangers; mais, par l'effet seul de » leur rétractilité, les téguments se retirent peu à peu en arrière, » et reprennent bientôt leur première situation : se collant sur la » circonférence du gland, ils produisent une difformité pire que la » première. Je crois donc, en conséquence, que *l'anaplastie du* » *prépuce, telle qu'elle a été comprise jusqu'ici, ne mérite pas d'être* » *conservée.* Simple repli tégumentaire, le prépuce n'est pas un » organe assez important dans l'économie pour justifier des opéra- » tions de ce genre. »

Paul d'Égine, Tagliacozzi, Fabrice d'Acquapendente, J.-L. Petit, Sabatier, s'il en avait parlé, n'auraient pas dit mieux. Que répondraient Celse, et Dieffenbach, et Galien, et Antyllus ! Le rapprochement entre tous ces passages et toutes ces éditions rend, je le crois, tout commentaire superflu, et montre d'une manière évidente que M. Velpeau a été trahi par quelque élève qui, ayant sans doute perdu un feuillet de copie en se rendant chez l'imprimeur, aura glissé coupablement une page de sa prose pour remplacer le vide causé par son étourderie.

(*La fin à un prochain numéro.*)

AR. VERNEUIL,
Agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

nière de la pratiquer; cependant, il est un point essentiel que je ne dois pas omettre : c'est que souvent, à la chute de l'eschare, on serait tenté de croire qu'on n'a pas brûlé suffisamment et de recommencer; mais qu'on ne se presse pas trop, qu'on réfléchisse que le gonflement qui persiste peut tenir soit à un reste d'engorgement inflammatoire, soit à ce que le sang qui a été coagulé n'est pas encore résorbé et à ce que les vaisseaux qui sont obstrués ne sont pas encore condensés : ce n'est pas immédiatement après la guérison de la phlébite qu'une veine dans laquelle l'inflammation a déterminé la formation d'un caillot est réduite au cordon fibreux qui la représentera plus tard (1).

Abcès. — Suivant l'auteur, les abcès idiopathiques s'ouvrent rarement dans le rectum; ils se font habituellement jour dans la fosse ischio-rectale, où se trouve un tissu cellulaire abondant, pour s'ouvrir dans le voisinage, ou bien s'étendre en arrière vers le coccyx, ou en dehors du côté des fesses; mais les dépôts purulents qui avoisinent l'urèthre ont très rarement des rapports avec le rectum. Cette remarque ne confirme-t-elle pas ce que j'ai dit précédemment relativement à la masse graisseuse que les auteurs décrivent dans cette région? Nous verrons d'ailleurs plus loin que c'est fort heureux qu'il en soit ainsi.

Ces abcès peuvent guérir, mais c'est rare. Le plus souvent ils deviennent fistuleux.

Fistules. — Celles-ci ont le plus ordinairement deux ouvertures; mais, quand il n'en existe qu'une, elle est, comme on peut le prévoir d'après ce qui vient d'être dit, plus fréquemment externe qu'interne. L'auteur pense que leur trajet est souvent sous-cutané dans toute son étendue, mais que le plus habituellement il passe à travers les fibres du sphincter. J'ai opéré, il y a peu de temps, une fistule borgne interne, qui, bien certainement, se trouvait dans ce cas. C'est peut-être, dans l'état actuel de la science, assez difficile à expliquer. Ribes, qui avait déjà remarqué cette disposition, supposait que, « dans presque tous les cas, la fistule se trouve pratiquée dans une hémorrhoïde, et quelquefois dans une partie du trajet d'une des veines du plexus hémorrhoïdal devenu variqueux. » (*Mém. et obs.*, etc., t. II, p. 38.)

En général, l'ouverture interne est à 1, 2 ou 3 centimètres de la marge de l'anus; mais M. Quain en a rencontré parfois de plus élevées, et alors la plus grande partie de la fistule est entre les tuniques muqueuse et musculaire. D'un autre côté, il a trouvé plus d'une fois l'ouverture interne dans les limites du sphincter externe, à ce point qu'on pouvait la mettre à découvert. Il n'a vu qu'un seul cas de fistule à l'anus guérir spontanément.

Le traitement offre une première question à résoudre : Puisque les abcès du rectum deviennent presque toujours fistuleux, doit-on, en même temps qu'on ouvre l'abcès, faire l'opération de la fistule? C'était, dans le commencement, la pratique de l'auteur; mais il y a renoncé : la guérison n'en était pas abrégée, et il préfère depuis longtemps laisser l'inflammation se calmer avant de passer à la seconde partie du traitement.

Il opère par incision, et il a bien raison : l'excision, que j'ai vu pratiquer nombre de fois, est une méthode très douloureuse, dangereuse et barbare par conséquent, à moins que des décollements trop étendus ne la rendent nécessaire. La multiplicité des trajets ne me semble même pas indiquer l'excision. Cette excision, dit-il, a été faite avec un couteau rougi à blanc, qu'on pourrait remplacer avantageusement par le caustique électrique de M. Marshall, dont il a été question précédemment; pour lui, il se contente habituellement de passer un bistouri courbe boutonné dans la fistule, tandis que son index est dans le rectum, et de les retirer fortement pressés l'un contre l'autre, de manière à diviser tous les tissus qui les séparent. Il se félicite d'avoir abandonné le gorgeret de Percy, son procédé, dit-il, étant plus simple. Je crois, en effet, qu'il lui aurait été difficile d'en donner une raison meilleure. Il se contente de mettre une bandelette entre les parties divisées. Quoiqu'on ait cité des cas d'hémorrhagie, il n'en a jamais vu, et il n'a perdu qu'un malade, qui, outre son grand âge, se trouvait dans les conditions les plus défavorables. Déjà un chirurgien lui avait fait plusieurs incisions, à la suite desquelles il se plaignait de *rhumatisme*. On trouva ses jointures remplies de pus, une double pneumonie, etc.

M. Quain cite, comme par hasard, un fait qui, selon moi, se rattache à un point de pratique sur lequel j'ai, il y a près de vingt ans, appelé l'attention. L'incision, dit-il, peut être faite de tous côtés, excepté à la partie antérieure du sphincter de la femme, parce qu'il en résulte alors une impossibilité de retenir les matières fécales. Il n'a pas vu de fait de ce genre; mais M. Copeland lui en a cité un. Pourquoi cela? Il ne le dit pas; pour moi je pense que c'est parce que les deux parties du sphincter ne se sont pas réunies et se sont cicatrisées isolément. Roux croyait les fistules ano-vulvaires très fréquentes, peut-être parce qu'il regardait comme telles toutes celles qui succèdent à l'ouverture des collections purulentes qui se forment assez souvent dans la grande lèvre, et il les traitait par une incision comprenant et celle-ci et le rectum, sans intéresser le vagin. Or, j'ai remarqué que, malgré cette précaution, ces incisions guérissent avec une extrême difficulté; je me rappelle même une malheureuse femme qui, au bout de trois ou quatre mois, n'était pas guérie, et que, pour cette unique raison, on a renvoyée de l'hôpital comme atteinte d'une syphilis constitutionnelle incurable. J'ai fait aussi remarquer combien la réunion est rare à la suite des déchirures, même incomplètes, du périnée chez la femme, et je finissais par me demander si, dans les fistules ano-vulvaires, il ne vaudrait pas mieux avoir recours à la ligature avec un fil de plomb, qui, « avant de couper les parties superficielles, donne aux parties profondes le temps de se réunir. » (*Mémoire sur les déchirures du périnée : Journ. des conn. méd.-chir.*, mars 1839, p. 90.)

Lorsque j'écrivais ces lignes, je me trouvais sous l'influence du fait que voici : Au commencement d'octobre 1838, j'avais été appelé auprès d'un homme affecté de fistules stercorales qui avaient décollé la peau de toute la moitié gauche du périnée, jusque tout près de l'aine correspondante. Un stylet, introduit par l'ouverture la plus rapprochée de l'anus, m'avait démontré que le rectum était décollé dans une grande étendue; mais je n'avais pu découvrir l'ouverture qui y aboutissait. Imbu des idées de Roux sur ce sujet, idées qui, d'ailleurs, sont hautement professées par M. Quain, et persuadé qu'il n'était pas nécessaire que l'ouverture interne fût comprise dans l'incision, je me décidai à opérer en conséquence. J'espérais que le décollement périnéal, n'ayant plus désormais de communication avec le rectum, se fermerait spontanément. Quant aux pansements, ils furent faits journellement par moi avec tout l'art et le soin que pouvait y

(1) Au moment où cet article est mis sous presse, il vient de paraître un extrait d'un travail allemand sur l'écrasement linéaire, dans lequel on démontre la supériorité du fer rouge contre les tumeurs hémorrhoïdales. Vingt-six cas ainsi traités par le professeur Langenbeck n'ont été suivis d'aucun accident grave. (*Union méd.*, 14 avril 1857.)

mettre un élève du maître que je viens de nommer et un praticien débutant qui avait le temps nécessaire. Malgré tout, mon espoir fut déçu, et, au bout de trois ou quatre mois, je n'étais pas plus avancé que le premier jour. De nouvelles recherches me firent découvrir l'ouverture interne sur la paroi antérieure du rectum, à 5 centimètres au moins de l'anus. J'étendis alors mon incision première jusque-là, et je passai un séton dans toute la longueur du décollement périnéal non divisé. Au bout d'un temps à peu près égal, je me trouvais encore à peu près au même point : je m'en pris alors à la partie décollée, et je la débridai dans toute son étendue. Rien ne fit : bien mieux, les bords de cette nouvelle plaie se recollèrent aux parties sous jacentes ; mais rien n'annonçait qu'ils dussent se réunir entre eux, et je m'aperçus même que les parties divisées du rectum et de l'anus se cicatrisaient isolément. Inutile de dire que la volonté n'avait plus d'influence sur la rétention des matières fécales.

Dans le mémoire cité précédemment, j'ai rappelé qu'il a suffi à Sédillot, pour obtenir la guérison de déchirures presque complètes et récentes du périnée, de rapprocher les cuisses par un lien et de joindre à cela des soins de propreté ; que, dans des cas anciens, les mêmes moyens lui ont encore suffi, après avoir toutefois rafraîchi avec l'instrument tranchant, ou simplement avec le caustique, ou même avec le nitrate d'argent, quand la rupture était peu étendue (*Journ. gén. de méd.*, t. LVI, p. 181 ; 1816). J'avais, procédant par analogie, bien recommandé à mon malade d'éviter tout mouvement qui pût faire jouer les bords de la division l'un sur l'autre. Mais enfin, voyant que toutes mes précautions étaient inutiles, je pris la résolution de lier les cuisses ensemble, après avoir rafraîchi ces bords avec de l'acide nitrique, et, au bout de quelques semaines, j'obtins enfin une réunion complète. Il y eut même cela de remarquable, que c'est dans la partie moyenne de la division, c'est-à-dire dans celle qui correspondait au pli de la cuisse, et sur laquelle, par conséquent, le moindre mouvement des membres avait le plus d'influence, que la cicatrisation tarda le plus à se faire. Nous étions en mars 1840 ; le traitement avait donc duré près de dix-huit mois (1). Ce fait me semble n'avoir pas besoin de commentaire.

Quant à la fréquence de la fistule anale chez les phthisiques, M. Quain, de même que MM. Andral et Louis, ne la croit pas plus grande que chez les autres personnes. Il n'opère pas habituellement quand cette complication existe ; cependant il ne la regarde pas comme une contre-indication formelle, quand la santé est encore robuste d'ailleurs.

Prolapsus du rectum. — Cette maladie offre une question fort importante à résoudre : La tumeur est-elle constamment formée par toute l'épaisseur de l'intestin ? L'auteur, se fondant sur une observation de M. Cruveilhier et sur quelques-unes qui lui sont propres, n'hésite pas à répondre par l'affirmative, du moment que la tumeur, si petite et si récente qu'elle soit, reste au-dessous du sphincter. Il parle même d'un prolapsus rectal de 2 pouces seulement, dans lequel on trouva le péritoine. Il n'excepte que les cas où la muqueuse est entraînée par des hémorrhoïdes internes. Blandin est moins exclusif, et cependant son opinion se rapproche beaucoup de la précédente. « Il existe, dit-il, deux espèces distinctes de procidence du rectum : l'une, dans laquelle la tumeur se continue avec la muqueuse de la marge de l'anus, de telle façon qu'on ne peut faire pénétrer un stylet entre elle et l'intestin. L'autre, dont la tumeur ne fait que traverser l'anus sans y adhérer, et sur les côtés de laquelle on peut glisser un stylet dans l'intestin en l'enfonçant entre la base de la tumeur et l'anus. Dans cette dernière, il y a évidemment procidence de toute l'épaisseur de la paroi du rectum, quelquefois même d'une portion plus élevée du canal intestinal ; mais, dans le premier cas, la muqueuse rectale est-elle seule déprimée ? Quelques personnes l'ont assuré ; mais nous déclarons hautement que cette affirmation est une véritable erreur. *Nous avons constaté anatomiquement qu'il peut en être autrement* ; de sorte que le praticien pourrait se méprendre gravement sur la foi de cette doctrine. » (*Dict. de méd. et chir. prat.*, t. XIV, p. 154.) J'ai vu une fois un prolapsus qui avait le volume et la longueur d'un litre (mesure) ; j'ai vu tous les degrés au-dessous, mais je n'ai jamais eu occasion d'en étudier anatomiquement. J'ai, en conséquence, fouillé toute la collection des Bulletins de la Société anatomique, et je n'en ai trouvé que deux exemples que voici : « 1° M. Berard jeune fait voir une chute du rectum, trouvée sur le cadavre d'une vieille femme de la Salpêtrière. Le péritoine était entraîné dans le bourrelet extérieur.... » (*Bull.* de 1828, p. 155.) 2° Le deuxième est remarquable à plus d'un titre : « .... Klein conseille de saupoudrer les chutes du rectum avec un mélange de parties égales de colophane et de calomel. Selon lui, il suffit d'une seule application chez les enfants ; il en faut deux pour les adultes et trois ou quatre pour les vieillards. Dans ces derniers cas, elles se font à vingt-quatre heures de distance. Voici une circonstance dans laquelle M. Pigné a mis cette méthode en usage. Une vieille femme était sujette depuis très longtemps à des chutes du rectum, qui rentrait au bout d'un temps plus ou moins long ; depuis trois ans, le prolapsus était permanent, l'intestin dépassait l'anus de près de six pouces. A la première application, on vit le rectum rentrer vermiculairement, de sorte qu'il n'en resta qu'un demi-pouce à l'extérieur ; mais il ressortit bientôt. La deuxième et la troisième application déterminèrent une inflammation assez vive ; la tumeur était tendue, rouge et douloureuse. Un cataplasme suffit pour calmer ces accidents, et l'intestin rentra. Il ne ressortit que plusieurs jours après, sous l'influence d'efforts considérables causés par la constipation. Une nouvelle application suffit pour le faire rentrer de nouveau. Il ne ressortit plus jusqu'à l'époque de la mort, qui arriva trente-deux jours après. A l'autopsie, on vit que les trois membranes adhéraient entre elles, et qu'*elles faisaient toutes les trois partie de la tumeur* ; un tissu cellulaire ferme unissait le rectum au sacrum, de sorte que le prolapsus ne paraissait plus possible. La membrane muqueuse ne présentait aucune trace d'inflammation. » (*Bull.* de 1836, p. 173.)

Enfin, suivant M. Quain, le rectum n'entraîne jamais les organes voisins, la vessie ou le vagin, différant en cela de l'utérus, qui entraîne la vessie. Blandin dit que « le bas-fond de la vessie chez l'homme, et la paroi postérieure du vagin chez la femme, sont souvent tiraillés. » L'adhérence que j'ai signalée du rectum avec les parties qui se trouvent au-devant doit avoir une influence ; mais l'observation directe peut seule établir jusqu'à quel degré va cette influence. C'est elle, sans doute, qui retient l'extrémité du rectum en place quand sa partie supérieure s'invagine seule dans l'anus ; peut-être

(1) Je me demandais, dans le même travail, s'il n'y aurait pas avantage, dans certains cas de division du sphincter en avant, de déchirure du périnée ou de la cloison recto-vaginale, à pratiquer en arrière de l'anus la section du sphincter pour relâcher celui-ci, favoriser l'écoulement des gaz et des matières fécales, etc Cette opération, qui est peu dangereuse, me semble assez rationnelle.

en est-il encore ainsi par rapport à la couche musculeuse dans les cas même où la muqueuse herniée se continue avec celle de la marge de l'orifice : autant de questions que des dissections plus attentives pourront seules éclairer.

Règle générale, dit-il, cette maladie n'exige presque jamais d'opération chez les enfants; elle en exige presque toujours, au contraire, chez l'adulte. Celle à laquelle il a eu le plus souvent recours, et avec succès, consiste à enlever les téguments pendants à l'extérieur, ou les hémorrhoïdes quand il y en a, et, quand il n'y en a pas, quelques plis longitudinaux de la peau empiétant un peu sur la muqueuse. La première opération est de W. Hay et la seconde de Dupuytren; mais le premier a positivement établi les lois qui président à la guérison dans les deux cas (*Pract. obs. in surgery*, 2e éd., p. 438; 1810).

M. Quain, qui parfois se borne à comprendre dans une ligature quelques portions de la peau qui entoure l'anus, dit n'avoir pas encore vu un exemple de récidive. Les chirurgiens français, et particulièrement M. Velpeau, n'ont pas autant de confiance dans les résultats définitifs.

Le traitement qu'il décrit présente d'ailleurs une lacune. Il admet, dans quelques cas anciens et volumineux, une véritable atrophie du sphincter. Il est évident qu'alors les opérations précédentes seraient insuffisantes. C'est dans un cas de ce genre que M. Robert enleva avec succès la demi-circonférence postérieure du sphincter, à l'aide de deux incisions qui se réunissaient vers le coccyx, et rapprocha ensuite les lèvres de la plaie par trois points de suture enchevillée, comme Roux le faisait pour les déchirures du périnée (*Mém. de l'Acad. de méd.*, t. X). (*La fin à un prochain numéro.*)

III.

REVUE CLINIQUE.

Nouvelle observation de peau bronzée sans altération des capsules surrénales, par M. Puech.

Obs. — Camille Poey, âgé de cinquante-quatre ans, avait eu, il y a plus de trente ans, un chancre dont il avait été traité fort incomplétement; car, à la fin de décembre 1856, il présentait des croûtes d'ecthyma et une exostose de l'occipital.

Il y a un an et demi, Poey remarqua que sa peau brunissait; puis il éprouva des vomituritions, des nausées, des alternatives de constipation et de diarrhée. Au mois d'août dernier, dysentérie; guérison; récidive au bout d'un mois. Le malade succombe, le 1er janvier 1857, à une péritonite déterminée par une perforation de l'intestin.

Autopsie. La peau de la face est brunie; celle qui recouvre la poitrine, l'abdomen, la partie antérieure et interne des cuisses est comme recouverte d'une teinte de sépia générale. Un morceau de peau, conservé dans l'alcool, n'a, après trois mois, rien perdu de sa coloration. — Le foie offre des collections multiples, dont quelques-unes sont purulentes.

Les capsules surrénales ne présentent pas la moindre altération.

— Cette observation, présentée à l'Académie des sciences dans la séance du 6 avril, paraît bien constituer un exemple de *peau bronzée*, et certainement, si l'on eût trouvé les capsules surrénales malades, on eût admis une relation entre cette altération et sa coloration du tégument externe. Toutefois, il faut dire que le sujet n'a pas offert l'ensemble des symptômes qui sont, autant que la peau bronzée, des éléments essentiels de la *maladie d'Addison*. A. D.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 14 AVRIL 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Une lettre de rappel relative à une classification nosologique des décès, qui a été demandée une première fois le 18 octobre 1856. (*Comm.* : MM. Michel Lévy, Bégin, Adelon, Guérard.) — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1856, dans les départements de Seine-et-Oise, de Tarn-et-Garonne, des Basses-Alpes, du Finistère, de la Haute-Saône et de la Nièvre. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Un rapport de M. le docteur *Marbotin*, sur le service médical des eaux minérales de Saint-Amand (Nord), pendant l'année 1855. (*Commission des eaux minérales.*) — *d*. Des échantillons d'un nouveau fébrifuge de la composition de M. *Volpelière*, pharmacien à Arles, et envoyé par M. le docteur *Crouzet* (de Givors). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2° L'Académie reçoit : — *a*. Un travail de M. le docteur *Gieseler* (de Gœttingue), sur les différentes maladies du système muqueux et glandulaire, et sur l'application des vapeurs de chlorure d'ammoniaque dans les maladies des organes respiratoires. (M. Trousseau, *rapporteur*.) — *b*. Un mémoire sur la variole et sur les avantages de la vaccine et des revaccinations, par M. le docteur *Cottin* (de Montfort). (*Commission de vaccine.*) — *c*. Une lettre de M. le docteur *Fauvel*, médecin sanitaire de France à Constantinople, sollicitant le titre de membre correspondant.

M. *le Président* annonce à l'Académie que M. le docteur *Duplan*, correspondant à Tarbes, assiste à la séance.

Discussion sur la méthode sous-cutanée.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la méthode sous-cutanée. — La parole est continuée à M. Bouvier.

M. *Bouvier*. J'ai eu l'honneur d'entretenir l'Académie des doctrines, des principes de la méthode stromeyérienne; il me reste à parler des procédés et des applications de cette méthode.

II. *Procédés de la méthode sous-cutanée.* — J'ai dit que l'intégrité de la peau vis-à-vis du lieu où l'on opère, constituait le caractère commun des procédés opératoires sous-cutanés.

A ce point de vue, les opérations sous-cutanées *par excellence* seraient celles où l'on diviserait les tissus profonds, sans faire aucune espèce d'ouverture aux téguments.

Il existe, en chirurgie, des opérations de ce genre; mais on n'agit plus alors par *section*; on agit par *rupture*, au moyen d'un effort capable de produire une solution de continuité profonde et de respecter en même temps la peau. Tel est le procédé usité depuis longtemps contre ces petites tumeurs synoviales, pour lesquelles le mot grec *ganglion* paraît avoir été créé. « A celles qui sont près les tendons et aux jointures, dit A. Paré, ne faut toucher par ferrement..... Après l'avoir amolli, faut frotter et presser dessus, tant et si fort qu'on rompt son kyst; ce que j'ai fait par plusieurs fois. » (*Œuvres d'A. Paré*, livre 7, chap. 22.) M. Velpeau a appliqué avec succès le même procédé aux tumeurs sanguines. (*Annales de la chirurgie franç. et étrang.*, numéro d'août 1843.)

La rupture du col difforme, la rupture des ankyloses fausses ou même avec continuité osseuse, sont des opérations analogues. M. Guérin a employé le même procédé dans les courbures rachitiques des enfants. (*Rapport sur les traitements orthopédiques de l'hôpital des Enfants*, p. 150.)

Dans toutes ces circonstances, on retrouve généralement les suites simples des plaies qu'on peut, avec M. Verneuil, appeler *couvertes*, ou des lésions *non exposées* de Hunter. On bénéficie de tous les avantages de la méthode sous-cutanée, à laquelle ces procédés appartiennent réellement.

Mais je ne sais si l'on pourrait jamais utiliser ce mode de séparation des parties pour la division des muscles et des tendons. J'ai entendu raconter qu'un rebouteur empirique prétendait casser le tendon d'Achille dans le pied bot des petits enfants; je doute qu'il y parvînt véritablement.

Après avoir rappelé diverses opérations dans lesquelles l'air ne

pénètre pas dans la plaie (acupuncture, ponctions, etc.), l'orateur arrive à la myotomie et à la ténotomie.

1° Relativement aux dimensions de l'ouverture extérieure, il est clair que ce qui importe le plus, c'est d'obtenir une plaie sous-cutanée qui se ferme dans le plus court espace de temps possible. De là l'indication de se servir de ténotomes exigus, de réduire la lésion de la peau à la plus petite piqûre possible, d'éviter avec soin de l'agrandir en coupant le muscle, de lui donner une direction convenable, de favoriser enfin sa prompte cicatrisation. Tout le monde est d'accord là-dessus.

2° Mais, malgré ces précautions, la plaie cutanée subsiste au moins quelques heures, ou même quelques jours; des circonstances particulières peuvent d'ailleurs la tenir plus longtemps ouverte. Il fallait donc aussi lui donner une situation qui pût assurer à la plaie profonde, durant cet intervalle, son caractère de plaie sous-cutanée. C'est ce que l'on fait, c'est ce qu'on a toujours fait depuis M. Stromeyer, et même avant lui, en piquant la peau, non sur l'organe à diviser, mais dans son voisinage, auprès ou à une distance quelconque d'un de ses bords.

On vous a dit, dans la lecture du 17 février, que la condition dont je parle n'était pas remplie dans le procédé ordinaire, parce que la piqûre était trop rapprochée du muscle ou du tendon. Il en résulterait, — on vous l'a encore répété depuis, — que « la plaie tendineuse et la plaie cutanée n'en font qu'une; aucun intervalle ne les sépare : d'où une communication directe et constante entre les deux plaies. » (*Bull.*, t. XXII, p. 473.) Au contraire, si l'on écarte « le plus possible la plaie cutanée de la plaie intérieure » (p. 472) au moyen du pli dont il a été tant parlé, on les isole, on les rend indépendantes l'une de l'autre par suite du tassement des couches celluleuses qui oblitèrent, dans l'intervalle des deux plaies, « le trajet sous-cutané parcouru par l'instrument. » — « D'où l'on peut dire, suivant l'heureuse expression d'un de nos collègues, que la plaie tendineuse est lutée, absolument fermée à l'air. » (P. 373.) Ce n'est pas tout; par l'effet de la communication constante et libre des deux plaies dans le procédé ordinaire, « il est presque impossible, ajoute l'auteur de l'autre procédé, d'empêcher que la colonne d'air extérieur ne force l'entrée de la plaie cutanée. » (P. 474.) Or, dans le second procédé, cela n'a point lieu : « la pression extérieure agit en sens contraire, c'est-à-dire, favorise l'occlusion du trajet sous-cutané qui sépare les deux plaies. » (*Ibid.*) « Là, dit-on ailleurs, là est la clef, le secret des résultats pratiques, si différents entre les deux procédés, c'est-à-dire des accidents nombreux que j'ai signalés d'une part, et, d'autre part, de l'innocuité constante de mes résultats. » (P. 473.)

Il est très vrai que, plus on pique la peau loin du tendon, plus il y a d'intervalle entre la piqûre et la section tendineuse. Mais il n'est pas moins réel que la plaie sous-cutanée et la plaie tendineuse communiquent entre elles, même dans ce cas, par la solution de continuité du tissu cellulaire intermédiaire. Il n'y a là rien de luté; on peut trouver le mot joli, mais on se gardera de le prendre à la lettre, pour peu qu'on ait jamais passé un stylet aiguillé dans le trajet d'un séton, au moment où il vient d'être fait par une aiguille aussi fine pour le moins qu'un ténotome.

Ce trajet celluleux intermédiaire entre la piqûre cutanée et la section du tendon existe également dans le procédé ordinaire; il est seulement plus court; mais il ne manque jamais, par la raison toute simple qu'on ne veut pas s'exposer, en portant le ténotome sur le bord même du muscle, soit à le traverser, si l'on conduit l'instrument au-dessous de lui, soit à agrandir la plaie extérieure, en le divisant de sa face cutanée à sa face profonde.

Quant à la pression atmosphérique, elle agit de la même manière dans les deux cas. Tous ceux qui ont pratiqué la ténotomie ordinaire ou qui l'ont vu pratiquer, savent qu'aussitôt après la section, il se produit ce qu'on nomme le *coup de hache*, toutes les fois que l'écartement des bouts est prononcé et le thrombus peu abondant, c'est-à-dire que la peau se déprime entre les bouts, s'applique aux parties profondes par la pression de l'atmosphère à sa surface externe.

Maintenant, quelle influence peut exercer sur la marche de la plaie le plus ou moins de longueur du trajet parcouru par l'instrument dans le tissu cellulaire sous-cutané? Suivant le mémoire du 17 février, « en présence de ce double fait de la communication facile de l'air et de son appel incessant au fond de la plaie tendineuse, » dans le procédé ordinaire, on peut attribuer « à son action (à l'action de l'air) les ténotomies suppurées. » (*Bull.*, t. XXII, p. 371.) On vient de voir que le *double fait* dont il est ici question n'a rien de réel : la conséquence qu'on en tire tombe donc avec ses prémisses. Mais on a encore mentionné comme un fait accessoire un autre effet de la longueur de ce collet ou *goulot* de la plaie, — ainsi que l'a nommé dernièrement un organe de la presse; — cette longueur ferait que, si une des plaies *suppure*, l'autre serait moins exposée à suppurer. (*Bull.*, t. XXII, p. 372.) C'est possible; tout ce que je dirai à cela, c'est que j'ai vu, à la suite des sections ordinaires, la piqûre cutanée suppurer sans que l'inflammation fût transmise à la plaie musculaire, et que, dans les abcès par congestion, ouverts avec un long trajet sous-cutané, le pus et l'inflammation trouvent fort bien le chemin de la plaie des téguments, quand on n'obtient pas la cicatrisation immédiate.

Je crois qu'il reste peu de chose de cette théorie qui s'arrogeait le privilége exclusif d'un procédé *vraiment* sous-cutané.

Cependant un dernier argument a pu faire impression : M. Guérin affirme que son procédé réussit mieux que le procédé ordinaire. Mais M. Guérin, pendant longtemps, n'a pas suivi son procédé actuel (voir le *Bulletin*, p. 472, un mémoire de la *Gazette médicale*, 21 et 28 décembre 1839, et un autre mémoire de M. Guérin lu à l'Académie des sciences en 1840). Dans cette même année 1840, M. Guérin a inventé, pour l'opération du torticolis, un procédé dit *du doigt*, où il ne fait pas même de pli. Et pourtant, avec les procédés successivement suivis par M. Guérin, il n'y a pas eu plus de suppuration qu'avec celui où la plaie extérieure est éloignée de la plaie intérieure.

Il y a d'ailleurs une foule de circonstances où il est impossible de faire un pli à la peau. (M. Bouvier énumère ces circonstances, déjà indiquées dans la *Gazette hebdomadaire* par M. Verneuil.)

Mais si M. Guérin revient forcément au procédé vulgaire dans toutes ces circonstances, si ses malades, d'après ses propres assertions, ne s'en trouvent pas plus mal, vous voyez bien que ce n'est pas son procédé *à longue distance* qui les met à l'abri des accidents, et que si véritablement il en a moins que les autres on doit en chercher ailleurs la cause.

Toutefois, avant de se livrer à cette recherche, il est bon de s'assurer de la réalité de cette opposition de résultats entre les opérations ténotomiques de l'auteur du mémoire du 17 février, et celles de *tous* les chirurgiens.

Notre collègue, M. Malgaigne, a déjà fait voir avec quelle facilité la doctrine met sur le compte des opérateurs les accidents consécutifs à la ténotomie. Je n'ajouterai qu'un mot aux éclaircissements donnés par M. Malgaigne.

On lit dans le *Bulletin*, t. XXII, p. 477 : « MM. Dieffenbach et Phillips citent des cas d'érysipèle, d'abcès, d'inflammation vive, et même de *grands* abcès; ces auteurs font remarquer, etc., et ils ajoutent : « Les avantages de cette section, etc. »

Vous croyez peut-être que les passages guillemetés par M. Guérin sont tirés de quelque ouvrage fait en commun par MM. Dieffenbach et Phillips; détrompez-vous. M. Phillips a écrit, sous sa propre responsabilité, un ouvrage intitulé : *La chirurgie de Dieffenbach*, qui a fourni la première citation. La seconde est prise dans la traduction que j'ai donnée d'un mémoire de Dieffenbach lui-même sur le torticolis. A quoi se réduit la série d'accidents qu'on vous a complaisamment énumérés? A deux abcès au cou, après la section du sterno-cléido-mastoïdien, sur 62 opérations consignées dans le *Traité de ténotomie* de Dieffenbach. C'est de ces deux cas que M. Phillips veut parler; il ne cite lui-même aucun fait (*Chirurgie de Dieffenbach*, p. 17).

Lorsque, dans mes *réflexions* sur ces observations, j'ai parlé d'*inconvénients* de la section sous-cutanée au cou, presque *inévitables* dans certains cas, et *qui pourraient être plus grands encore*, je ne faisais allusion qu'à l'ouverture des vaisseaux et à ses suites, comme le montre clairement le texte, dont M. Guérin, depuis seize ans, tire un autre sens, en en reproduisant sans cesse, tou-

jours avec la même équivoque, le même lambeau. (*Gazette médicale*, 1841, p. 243; *Essais sur la méthode sous-cutanée*, p. 16, 1841; *Gaz. méd.*, 1855, p. 196; *Bulletin de l'Acad.*, t. XXII, p. 179.)

Je crois inutile d'insister. La vérité est que la suppuration, dans le procédé ordinaire, est un accident rare, on peut dire fort rare. M. Guérin, qui accuse aujourd'hui ce procédé, n'a-t-il pas dit lui-même, en 1840 : « Depuis que cette opération (la section du tendon d'Achille) est faite au moyen d'une petite piqûre à la peau et par des personnes qui en ont l'habitude, on n'apprend plus qu'il survient d'inflammation consécutive. »

Jamais de suppuration dans les plaies sous-cutanées de la *Doctrine*; *innocuité constante* de l'opération : voilà ce qui vous a été répété sur tous les tons. On convient pourtant de deux exceptions, de deux suppurations après la myotomie; *aucune* ténotomie *n'a suppuré*. (*Bull.*, t. XXII, p. 378.) On convient encore que, dans d'autres myotomies, on a observé des accidents inflammatoires, enrayés avant la suppuration. Ces faits sont évidemment en contradiction avec les propositions générales de la doctrine, qui ne peut plus parler d'*innocuité constante*, puisqu'il y a des exceptions. Il faut convenir néanmoins que, sur des *milliers* de cas, ces accidents seraient peut-être en proportion moindre que dans la pratique des autres chirurgiens.

Mais il faut y regarder de près avant d'admettre, sur de simples affirmations, des principes si étroitement liés aux intérêts de la science et de l'humanité. Le mieux, dans ce cas présent, est, je pense, de suspendre son jugement jusqu'à plus ample informé. L'histoire de l'art justifierait, au besoin, cette réserve.

En 1713, une grande solennité réunissait maîtres et disciples à l'École de Leyde; un nouveau professeur, Rau, chirurgien éminent, ami et collègue du grand Albinus, préludait ce jour-là à l'enseignement de l'anatomie et de la chirurgie par un discours sur la manière d'enseigner et d'apprendre l'anatomie, *De methodo anatomen docendi et discendi*. Il introduisait habilement dans ce discours l'apologie de sa méthode d'opérer de la pierre. « J'ai pratiqué cette opération *heureusement*, disait-il, avec l'aide de Dieu, sur 1,547 individus. » *Quam felici omine in mille quingentis quadraginta septem hominibus, Deo bene juvante, peregi*. Rau peignait sous les plus sombres couleurs les suites funestes des autres manières de tailler. L'anatomie, ajoutait-il, l'avait conduit à inventer sa *nouvelle* méthode. Cette méthode était la taille latérale; il l'avait prise à Jacques de Beaulieu. On sait aussi que Rau avait eu des revers, que son opération avait été suivie parfois d'hémorrhagies mortelles.

D'où venait donc cette affirmation contraire, dans une circonstance aussi solennelle? Apparemment de ce que l'homme est faillible, de ce qu'il est souvent dupe de ses illusions, de ce qu'il peut manquer de mémoire.

M. *Bouvier* insiste sur la *bonne foi* des orateurs dissidents, et est interrompu par M. le président. Il continue ainsi :

III. *Applications de la méthode sous-cutanée.* — Notre A. Paré a dit quelque part : « Les complications se font en trois manières, maladie avec maladie, maladie avec cause, et maladie avec symptôme... Pour savoir traiter toutes ces complications, on doit suivre la doctrine de Galien... Et en ceci l'empirique demeure vague, incertain... Mais le médecin rationnel, au contraire, est dirigé par ces trois petits mots dorés (maladie, cause, symptôme). » (*Œuvres* d'A. Paré, p. 279; Lyon, 1652, fol.)

Tout le monde saisit, dans ce passage, le sens des mots *empirique*, *rationnel*; il est moins facile de les comprendre dans la doctrine de 1839, qui les répète souvent. Ainsi, avant elle, tout était empirique dans la méthode sous-cutanée; elle seule a fondé cette méthode et ses applications sur des données rationnelles. Qu'est-ce que cela veut dire? Que les opérateurs ne savaient pas pourquoi ils opéraient sous la peau? Ce n'est pas supposable. Ou que leurs raisons d'opérer n'étaient pas les mêmes que celles de la doctrine! Mais alors ce n'était pas de l'empirisme.

Les applications de la méthode sous-cutanée peuvent se diviser en celles qui sont relatives à l'orthopédie opératoire, et celles qui sont du domaine de la chirurgie générale. C'est un sujet vaste, déjà en partie traité par MM. Velpeau et Malgaigne. Je me contenterai de signaler quelques points.

1° *Chirurgie orthopédique.* — On se rappelle l'ardeur qui suivit l'invention de M. Stromeyer, l'extension que chacun s'efforçait de donner aux applications de sa méthode. C'était, d'un bout du monde à l'autre, un assaut général de ténotomie. La doctrine de 1839 prit une grande part à ce mouvement; elle se distingua, j'en conviens, par un véritable excès de zèle. Mais nul, je pense, n'accordera à son auteur que ce mouvement lui appartînt exclusivement, qu'il en fût en quelque sorte la personnification. Je n'insisterai donc pas là-dessus. Je ne citerai qu'un fait qui montrera mieux que tout autre à quel point tous les esprits s'élançaient d'eux-mêmes vers cet agrandissement de la méthode.

La myotomie rachidienne est une des applications dont on rapporte généralement la première idée à la doctrine. Eh bien, cette idée était enfantée avant 1839.

Dès 1838, M. Pauli, de Landau, écrivait : « A ma connaissance, on n'a encore proposé, pour aucune forme de la courbure latérale de l'épine, la section des muscles raccourcis qui produisent cette difformité. Mais je ne verrais rien d'extraordinaire à ce que l'on essayât la section des portions musculaires rétractées dans des courbures qui ne proviendraient pas primitivement d'une affection osseuse et qui résisteraient à tout autre traitement. » (F. Pauli, *De la cataracte et des courbures*; Stuttgard, 1838, p. 377.) Ceci n'est que le commencement d'un article de deux pages sur ce sujet.

On lit dans le *Bulletin* (p. 374) que « la ténotomie huntérienne ralentissait (à cette époque) la marche de la ténotomie étiologique de toutes ses incertitudes, de toutes ses appréhensions, de toutes ses oppositions. » Je ne sais si cette phrase est une allusion indirecte; mais en la prenant pour telle, je répondrai que je m'applaudis, pour ma part, d'avoir quelquefois joué un rôle dans ces oppositions. Sans ces oppositions, dont on paraît se plaindre, la myotomie rachidienne, la myotomie coxale, dans les luxations fémorales congénitales, et d'autres encore, ne seraient peut-être pas aujourd'hui universellement jugées comme elles le méritent.

Même page (374), il est dit que ces deux ténotomies ont fini par se séparer comme « deux personnes antipathiques. » C'est, bien entendu, une figure de rhétorique qui exprime simplement le contraste des idées scientifiques. J'accepte, pour la seconde fois, cette expression en ce qui me concerne; oui, je ne règle pas les indications de la ténotomie tout à fait de la même manière que la doctrine de 1839. La considération de la cause ne me suffit pas; je veux encore, comme le dit A. Paré, avoir égard à la maladie et au symptôme; je crois être rationnel. J'ai déjà consacré nettement ailleurs cette séparation de la ténotomie dite étiologique et de celle qui puise ses inspirations à des sources plus complètes. Mes principes, sur ce point, ont été exposés par M. le docteur Richard-Maisonneuve dans mes *Leçons* de 1856, avec un soin dont je lui témoigne ici ma reconnaissance.

2° *Chirurgie générale.* — Après l'invention de la méthode stromeyérienne, la chirurgie orthopédique devait naturellement refléter ses nouvelles lumières sur la pratique de la chirurgie générale.

Cependant, le dirai-je? la plupart des chirurgiens montrèrent d'abord de l'indifférence ou de la tiédeur à s'engager dans cette nouvelle voie. Il y avait donc, pour un esprit actif, ami du progrès, matière à un beau travail. Il y avait à entraîner les convictions incertaines, à systématiser les faits, à les compléter, à en marquer les conséquences au point de vue pratique. C'est ce que notre collègue, M. Guérin, entreprit. Tel est, en effet, le sens de son mémoire de 1839, imprimé en 1840, dans lequel l'auteur a vu, après coup, l'invention, la découverte de la méthode sous-cutanée.

Je n'ai point à m'expliquer sur la valeur de ce travail; je dirai seulement que son auteur eut un tort : ce fut de dédaigner l'histoire de l'art, et ce que peut l'histoire de l'art, vous en avez un exemple remarquable dans la manière dont M. Rayer s'en est servi

pour démontrer en France l'existence de la morve chez l'homme.

Mais si cette étude est nécessaire à tout médecin jaloux de se tenir à la hauteur des progrès de la science, elle vous est bien autrement indispensable lorsque la soif des découvertes vous dévore. Négligez-vous alors l'histoire de l'art, vous croyez à tout instant inventer ce que cent autres ont trouvé avant vous. Vous croyez avoir construit tout un édifice, quand vous n'avez fait qu'y apporter une pierre. Vous croyez avoir créé la lumière au sein des ténèbres, quand vous n'avez fait que dissiper quelques ombres qui l'obscurcissaient aux yeux de la multitude. Vous vous croyez enfin inventeur, alors que vous n'êtes que systématiseur, que vulgarisateur.

S'il est vrai de dire que la chirurgie orthopédique a puissamment contribué à appeler l'attention des chirurgiens sur l'emploi de la méthode sous-cutanée, l'histoire de l'art n'en démontre pas moins que des applications importantes de cette méthode à la chirurgie générale ont précédé la ténotomie stromeyérienne. C'est là une vérité que MM. Velpeau et Malgaigne ont déjà mise hors de doute. Néanmoins, la persistance de M. Guérin, dans sa dernière réplique, m'oblige à l'appuyer de nouvelles preuves.

Le mémoire du 17 février apprécie, comme il suit, les rapports divers de la méthode sous-cutanée chirurgicale et de la méthode sous-cutanée orthopédique.

Les opérations sous cutanées anciennes sont uniquement « des expédients inspirés par des cas particuliers, sans idée ni principe, bornés au cas particulier qui les suggère, et qu'on oublie presque aussi vite qu'on les a conçus. » (*Bull.*, p. 469.)

Avant la doctrine de 1839, « les accidents et les principes de la ténotomie étaient comme deux épouvantails qui arrêtaient toute extension du procédé opératoire... en dehors de la ténotomie. » (P. 479, 480.)

Suivant M. Guérin, c'est seulement à partir de la promulgation de ses idées « qu'un grand nombre de chirurgiens s'empressèrent de réaliser la plupart des applications chirurgicales qu'il avait lui-même indiquées. » Or voici, contre ces assertions, des textes :

Bichat, décrivant le procédé de Desault pour l'extraction des corps étrangers articulaires, dit : « Lorsque l'extraction est opérée, l'aide qui retire en devant la peau du côté interne de l'articulation, l'abandonne sur-le-champ à elle-même ; et alors, revenue à sa place naturelle, elle recouvre l'ouverture de la capsule ; en sorte que les deux incisions, qui se correspondaient à l'instant de l'opération, changent de rapport, l'une devenant interne, l'autre restant externe. De là résulte un double avantage : l'entrée de l'air dans l'intérieur de l'articulation est prévenue et la portion flottante de la capsule vient se coller au condyle, etc. » (*Œuvres de chirurg.* de Desault, t. I, p. 299.) Et l'innocuité de cette plaie articulaire sous-cutanée est établie par cinq succès. Y avait-il là une idée, un principe ? Était-ce un expédient pour un cas particulier, aussitôt oublié que conçu ?

Et croyez-vous que ce mode d'extraction des corps étrangers du genou, qui était inventé avant Desault, soit tombé dans l'oubli après lui, qu'il doive sa résurrection à la discussion actuelle ?

Ouvrez l'ouvrage classique de Boyer, t. IV, p. 447 ; vous y trouverez le même procédé opératoire, dont la description a été reproduite depuis dans tous les traités de chirurgie.

On vous a dit que M. Goyrand devait à la doctrine de 1839 l'idée de son procédé pour l'extraction des corps étrangers du genou. On le lui a même fait certifier par écrit. Ce qui n'est pas moins certain, c'est que le procédé de M. Goyrand n'est qu'une modification de celui qu'on trouve, avec des faits à l'appui, dans dix auteurs plus anciens que la doctrine.

Boyer décrit encore une opération du même genre, basée sur les mêmes principes :

« La simple ponction (des ganglions), dit-il, expose beaucoup moins aux accidents inflammatoires que l'ouverture de la tumeur par une longue incision... En la faisant, on doit avoir l'attention de tirer la peau et de diriger obliquement l'instrument, afin qu'après la sortie du liquide il n'y ait plus de parallélisme entre l'ouverture de cette membrane et celle du kyste et que la surface de celui-ci ne puisse être en contact avec l'air. » (T. XI, p. 7.) Cela s'imprimait en 1826. Si MM. Barthélemy, Chaumel, Maréchal, ne connaissaient ni Aston Key, cité par M. Malgaigne, ni Cumin, qui a aussi décrit ce procédé en 1825 (*Archives gén. de méd.*, t. XIV, p. 252, 1825), ces honorables confrères avaient du moins entendu parler de la chirurgie de Boyer. Comment donc la doctrine de 1839 aurait-elle le moindre droit à la découverte du principe qui leur a inspiré, à celui ci une ponction sous-cutanée du ganglion, comme dans le procédé de Boyer, à celui-là une incision sous-cutanée qui n'en diffère que par l'étendue dans laquelle le kyste est divisé ?

Que M. Guérin répète incessamment que ces expédients de Desault, de Boyer, n'ont « aucun rapport avec la vraie méthode sous cutanée » (séance du 31 mars), cela ne changera rien à la nature des choses. Que l'on fasse un pli à la peau, qu'on la déplace en l'attirant dans un seul sens, ou que l'on se contente de conduire l'instrument obliquement au-dessous d'elle, le procédé sera toujours sous-cutané du moment où l'on aura détruit le parallélisme entre les plaies extérieure et intérieure. Notre confrère, le docteur Pinel-Grandchamp rapporte avoir opéré plusieurs ganglions chez le même malade, en faisant les piqûres « avec un bistouri étroit et en évitant le parallélisme des ouvertures de la peau et des kystes. » Pas un mot de plus sur le manuel opératoire. M. Pinel-Grandchamp « a appliqué la méthode dans toute sa rigueur. » Qui dit cela ? M. Guérin (*Essai sur la méthode sous-cutanée*, p. 97), qui nous apprend par là ce qu'il faut penser de ses assertions, lorsqu'il répudie les opérations de Desault et de Boyer.

M. Ricord a décrit, en 1839, la ligature sous-cutanée des veines dans le varicocèle, et je suis heureux d'ajouter qu'il en a obtenu depuis de beaux succès. Autre produit du nouvel ordre d'idées que j'ai révélées, vous dit M. Guérin. Il n'y a à cela qu'un léger inconvénient : la ligature sous-cutanée des veines était inventée dès 1830 ; M. Ricord n'a fait que la mettre en pratique. Le texte est encore ici indispensable ; il faut montrer que ce n'est pas un expédiont, que c'est toujours la même idée, le même principe, idée et principe qui avaient depuis longtemps cours dans la science, avant d'être découverts par l'auteur du mémoire du 17 février.

Voici ce qu'on lit dans la thèse de M. Gagnebé, et ce qu'on trouve répété dans une thèse de concours de 1830 de M. Maréchal, ainsi que dans la *Médecine opératoire* de M. Velpeau :

« Les ligatures, telles qu'elles ont été pratiquées jusqu'à présent, exposent à la phlébite, dont la cause me paraît tenir peut-être à la constriction que la ligature exerce sur la veine ; mais l'action que l'air exerce sur ce vaisseau mis à découvert ne me semble pas étrangère à la production de cette maladie... D'un autre côté, la suppuration qui s'établit aux environs de la veine agit sur elle comme corps irritant .. De telles considérations m'ont porté à faire des recherches pour découvrir un moyen de faire la ligature des veines sans les mettre à nu. Je crois être parvenu au but que je m'étais proposé d'atteindre. » Suivent la description du procédé et le récit d'une expérience faite avec succès sur un chien.

Une des plus belles applications de la méthode sous-cutanée, dans le cas de cavités closes accidentelles, est celle qui a rapport aux abcès par congestion symptomatique du mal vertébral. La doctrine de 1839 n'a encore ici à réclamer que l'adoption du principe de la méthode, non le principe lui-même, posé depuis longtemps par Abernethy. (Voir, sur ce point, les articles de M. Verneuil.)

Les guerres de la République et de l'Empire empêchèrent la méthode d'Abernethy de s'introduire en France ; mais elle y fut inventée par Boyer, qui employa un procédé à peu près semblable ; toutefois, il n'eut pas de succès bien constaté.

C'est ce procédé d'Abernethy et de Boyer que la doctrine de 1839, après d'autres, qui avaient déjà tenté de l'améliorer, a notablement modifié en donnant plus d'écartement aux ouvertures extérieure et intérieure, en ajoutant un robinet au trocart, en y adaptant une seringue à aspiration, et, comme vous l'a dit M. Malgaigne, notre collègue M. Guérin « a le droit de figurer *à son rang* » dans l'histoire de cette application heureuse de la méthode sous-cutanée.

Je m'arrête, messieurs. Sera-ce assez ? Faudra-t-il revenir encore sur ces tristes questions de priorité, qui mettent tant de pas-

sions en jeu, et qui profitent si peu à la science? Questions, hélas! de tous les temps, car l'humanité a toujours les mêmes faiblesses. De pareils débats ont agité les corps savants les plus élevés; ils ont passionné jusqu'aux génies les plus éminents. Vous voudrez donc bien, messieurs, ne pas nous refuser votre absolution, si nous aussi nous n'avons pu nous défendre d'en être quelque peu émus.

M. *J. Guérin*. Je me propose de demander à l'Académie, quand le temps sera venu, de vouloir bien me permettre de résumer la discussion et de la clore par une réplique générale. Cependant, le discours de M. Bouvier est rempli d'arguments que je désire réfuter, et de citations qui demandent à être discutées. Mais, pour ne pas abuser des moments de la Compagnie, au lieu de faire de ma réponse à M. Bouvier l'objet d'une communication spéciale, je la comprendrai dans ma réplique générale. Pour aujourd'hui, je me borne à faire ces réserves.

M. *le Président*. L'Académie statuera sur la demande de M. Guérin lorsque son tour d'inscription sera venu.

M. *Velpeau*. Puisque c'est moi qui ai provoqué ce débat (est-ce un bonheur? est-ce un malheur?), il me semble que l'Académie trouvera bon aussi que je résume et que j'indique jusqu'à quel point il a éclairé la question de la méthode sous-cutanée. N'est-ce pas mon droit plutôt que celui de M. J. Guérin?

M. *Guérin*. On n'a pas oublié, sans doute, que c'est sur l'invitation de M. Velpeau d'abord, puis sur celle de l'Académie elle-même, que je suis venu lire à cette tribune l'exposé de la méthode sous-cutanée. Mes idées ont soulevé de vives oppositions; je veux, dans un résumé général, compléter la démonstration de ma doctrine, et je désire que l'Académie soit édifiée jusqu'au dernier moment. C'est pourquoi j'espère que la parole me sera accordée après M. Velpeau.

M. *le Président*. Le règlement n'a réservé le droit de résumer un débat qu'aux rapporteurs des commissions. Je ne vois qu'une chose à faire : c'est de suivre l'ordre d'inscription. Lorsque M. Velpeau aura parlé, M. Guérin prendra la parole à son tour; puis l'Académie décidera s'il y a lieu de continuer la discussion.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 20 MARS 1857. — PRÉSIDENCE DE M. DUPARCQUE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Il est fait hommage à la Société de plusieurs mémoires imprimés :

Influence des pays chauds sur la marche de la tuberculisation, par le docteur *de Pietra-Santa*;

Du traitement des maladies du foie par les eaux minérales, par le docteur *Fauconneau-Dufresne*;

Compte rendu des travaux de la Société médicale du premier arrondissement;

Plusieurs fascicules du *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux.*

M. le docteur *Mignot* (de Chantelle) sollicite le titre de membre correspondant, et envoie un mémoire à l'appui de sa candidature, M. Briquet est nommé rapporteur.

Pneumonie rémittente.

M. *Guibout* fait à la Société la communication suivante :

OBS. — Dans la deuxième moitié du mois de décembre 1856 j'ai donné des soins à un marchand de vin de la rue Montmartre, malade depuis longues années d'un emphysème pulmonaire, compliqué de bronchite chronique et d'accès d'asthme assez fréquents. Cet homme, d'un embonpoint extraordinaire, était alors atteint d'une pneumonie caractérisée par des crachats jus de pruneaux, une matité occupant les deux tiers du poumon droit en arrière, et un état général fébrile très prononcé; pouls battant de 110 à 120 fois par minute.

La saignée du bras fut impossible en raison de l'épaisse couche de graisse qui recouvrait les veines superficielles du pli du bras, et les dérobait complétement à la vue aussi bien qu'au toucher.

En raison de la même couche adipeuse et des râles de bronchite habituels les signes pathognomoniques de la pneumonie ne purent être perçus par l'auscultation.

Après quinze jours environ d'un traitement qui consista en deux vésicatoires appliqués sur la poitrine, en potions diacodées, antimoniées et purgatives, la guérison était à peu près complète, la matité avait disparu, les crachats avaient perdu toute trace sanguine, et le pouls de 120 était descendu à 72-76 environ.

Cet état satisfaisant persista pendant deux ou trois jours, l'appétit et les forces revenaient sensiblement, quand, tout à coup et sans aucun phénomène précurseur, le malade fut pris d'un frisson intense, suivi bientôt d'une période de chaleur pendant laquelle le pouls était remonté à 120 pulsations. Les crachats étaient redevenus sanguinolents et la respiration gênée.

Cette exacerbation dura vingt-quatre heures environ. Au bout de ce temps, le pouls redescendit à 90 pulsations environ; mais les crachats restèrent sanguinolents et tout à fait pneumoniques. Le surlendemain, le frisson se renouvela à la même heure, il fut suivi encore des mêmes stades de chaleur et de transpiration; trois accès se répétèrent ainsi en affectant de la manière la plus tranchée le type tierce, et à chaque accès il y avait toujours augmentation dans la viscosité et dans la proportion de sang des crachats Entre chaque accès le pouls se maintenait à 90-95, pour remonter à 120-124 au moment des accès.

Le sulfate de quinine, employé plusieurs jours de suite, amena à lui tout seul la guérison. Les accès diminuèrent progressivement d'intensité et en même temps le caractère pneumonique de l'expectoration diminua aussi pour disparaître tout à fait en même temps que les accès.

Nous croyons, en raison de l'apparition des phénomènes caractéristiques de la pneumonie dès le premier accès, avoir eu dans ce cas un exemple de pneumonie rémittente. Tous les accidents de la pneumonie primitive, en effet, avaient cessé, quand ils sont revenus avec le premier accès, à partir duquel la marche de la maladie a offert tous les caractères de la rémittence la plus positive.

M. *Richard* combat, à l'occasion de cette communication, l'opinion exprimée par M. Guibout que, à Paris, on ne trouve pas de fièvre intermittente spontanée, à moins que les sujets attaqués n'aient préalablement subi l'intoxication paludéenne.

M. *Brierre de Boismont* a entendu dire à M. Chomel que des accès de fièvre intermittente avaient régné dans différents quartiers de la capitale où étaient exécutés des travaux de terrassement.

M. *Camus*. Il n'est pas rare de voir se développer, à Paris, en dehors de toute influence d'émanations végétales, des fièvres d'accès. J'ai eu, pour mon compte, occasion d'en observer une quinzaine de cas environ; actuellement, je donne des soins à un enfant atteint de fièvre intermittente, ainsi que sa mère, et qui habite la rue de Seine.

M. *Cazeaux* cite des faits analogues; à l'appui de cette opinion, il fait remarquer en outre que, chez les femmes en couches, la fièvre de lait se continue quelquefois par des accès intermittents ayant ses périodes bien caractérisées, et dont le sulfate de quinine fait généralement bonne et prompte justice. Ces exemples ne sont pas très rares, car il en a bien certainement observé de vingt à vingt-cinq cas. Il faut donc dire que l'intermittence n'est pas nécessairement sous la dépendance des miasmes paludéens, mais qu'elle reconnaît une foule de causes différentes.

M. *Briquet*, après avoir rejeté l'opinion de Torti, qui croyait que, dans la thérapeutique des fièvres d'accès, la quinine agissait en attaquant et détruisant le miasme paludéen, examine les conditions étiologiques des fièvres intermittentes. Pour lui, ce sont les variations atmosphériques qui causent les fièvres, et principalement le passage brusque et subit d'une journée chaude à une nuit froide.

Les médecins militaires qui ont observé en Grèce et en Afrique l'influence des variations de température, leur attribuent, d'un commun accord, le développement des fièvres d'accès et de la dysentérie. Les expériences de M. Brachet (de Lyon) établissent encore que le passage du chaud au froid détermine aisément un accès de fièvre intermittente. C'est à une semblable cause qu'il a toujours pu attribuer les faits de fièvres périodiques soumis à son observation.

M. *Géry* admet aussi le développement spontané de fièvres intermittentes à Paris, en dehors du miasme paludéen ; mais il exclut de cette catégorie les accès signalés, par M. Cazeaux, chez les femmes en couches ; cette forme de fièvre intermittente, qu'il a eu occasion d'observer à la suite d'une bronchite ou de toute autre phlegmasie, doit être soigneusement distinguée de la fièvre d'accès légitime, paludéenne.

M. *Fauconneau-Dufresne*. Toutes les fièvres intermittentes ne tiennent pas à une intoxication paludéenne. Les fièvres sporadiques tiennent à des causes passagères, elles peuvent cependant être très prononcées. On les rencontre principalement à la suite de la pneumonie, d'une pleurésie chronique ou de toute autre phlegmasie.

M. *Boinet* combat l'opinion exprimée par M. Briquet relativement aux conditions étiologiques des fièvres intermittentes, et cite l'exemple de pays élevés sains, situés au centre de contrées infestées par les fièvres.

M. *Guibout* se défend d'avoir exprimé une opinion absolue; il a voulu dire seulement que les fièvres intermittentes développées à Paris sont rares. Quant aux causes invoquées par M. Briquet pour expliquer le développement des fièvres, elles ne sont point applicables au fait dont il a été donné communication à la Société.

M. *Cazeaux*. En fait de fièvres d'accès, la cause est peu importante. Si l'accès est marqué, régulier, le praticien ne doit s'occuper que secondairement des distinctions étiologiques.

M. *Géry* n'admet comme fièvre d'accès que celle qui l'est primitivement au début, et non à la suite d'un autre état fébrile, comme on le voit chez les femmes en couches. Cette distinction doit être maintenue, parce que les fièvres, dans les deux cas, diffèrent et par la marche et par les terminaisons.

M. *Briquet* admet la cause paludéenne, mais n'en fait pas la base d'une distinction inutile dans la pratique ; car le quinquina triomphe de ces accès, quelle qu'en soit la cause.

M. *Delasiauve* admet aussi, à l'exemple de M. Géry, des fièvres intermittentes, en dehors de l'intoxication paludéenne; il cite comme causes productrices des accès, les variations atmosphériques, en s'appuyant sur l'opinion du docteur Fourcault. L'épidémicité peut tenir sans doute à d'autres influences. Quant à l'action du sulfate de quinine, il n'est pas douteux qu'il ne réussisse dans les cas de périodicité.

Rapport de présentation.

M. *Jacquemin* lit le rapport de présentation de M. *Raoul Leroy-d'Étiolles* ; après avoir parlé des travaux du candidat, M. Jacquemin termine ainsi :

Il y a trente-trois ans, lorsque je sollicitais l'honneur d'être admis dans cette Société, après quelques paroles bienveillantes prononcées à mon égard, le rapporteur ajoutait : Le candidat se présente ici avec un titre qui n'a pas moins de prix pour nous : il est fils d'un de nos collègues en possession de l'estime et de l'affection de tous. Plus tard, les mêmes paroles étaient répétées lorsque notre collègue Devilliers est venu continuer dans nos rangs la bonne réputation dont y jouissait son père. Aujourd'hui nous saisissons avec satisfaction l'occasion de payer un juste tribut d'estime au mérite du père en vous proposant de doubler sur nos listes un nom dont l'illustration scientifique s'est étendue dans le monde entier.

M. Raoul Leroy-d'Étiolles est nommé membre résident de la Société.

La séance est levée à cinq heures.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 17 AVRIL 1857.

Communication d'une observation de *spina bifida*, par M. *Guibout*.

Rapport de présentation du docteur Lemênant-Deschenais, par M. *Dechambre*.

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai sur la syphilis du foie, thèse de Strasbourg du 7 juin 1856, par M. LUCIEN QUÉLET.

N'a pas la syphilis qui veut! Comment et pourquoi? thèse de Paris du 5 janvier 1856, par M. FAYEL-DESLONGRAIS.

La syphilis du foie ! sujet neuf, presque intact, et qu'une plume de maître, de praticien consommé pourrait seule aborder avec espoir de l'éclairer d'une manière complète. Sans afficher cette prétention, M. Quélet a fait chose utile en ramenant sur ces lésions viscérales, trop peu étudiées, l'attention que les syphilographes modernes réservent trop exclusivement pour les phénomènes extérieurs.

L'auteur réunit dans sa thèse tous les documents publiés sur l'affection syphilitique du foie. Il en essaye même la synthèse ; mais ce n'est point un éloge que nous entendons ici lui adresser. Dans un travail aussi bref, il eût, ce nous semble, mieux valu colliger les matériaux que les employer. Trop de différences séparent encore la syphilhépatite du fœtus d'avec celle de l'adulte pour qu'il y ait lieu de n'en faire qu'un tout. Ou du moins, si l'on veut tenter ce rapprochement, il aurait besoin d'être plus longuement justifié.

Quoi qu'il en soit, l'affection fœtale étant suffisamment connue depuis les travaux de M. Gubler, voyons ce que M. Quélet nous apprend sur celle de l'adulte. Il rappelle d'abord les recherches de Dittrich de Prague, portant sur soixante-treize autopsies. D'après ce médecin, la syphilis tertiaire, chez l'adulte, produit dans le foie un travail d'exsudation, ordinairement partiel, précédé d'hyperémie, exsudation qui se transforme rapidement en tissu cicatriciel. L'altération paraît avoir son siége dans le tissu glanduleux, dans l'organe sécréteur du foie. Quand il est étendu, ce travail de cicatrice, accompagné de résidus de matière exsudatoire sous forme de granulations, donne au foie un volume, une dureté, un aspect rugueux remarquables. On conçoit la gêne qui en résulte pour les fonctions.

M. Quélet rapporte ensuite un cas observé par M. le professeur Schützenberger. Une femme, atteinte de syphilis constitutionnelle avancée, offrait un foie marronné, dur, volumineux, siége d'une douleur sourde. Le mercure la soulagea promptement et avait réduit le volume du foie, mais il fut trop tôt suspendu. Deux ans après, ictère, amaigrissement; une ascite s'établit peu à peu ; tuméfaction énorme du foie dur, bosselé, indolent; mercure mal supporté; iode impuissant. L'autopsie montra le lobe gauche hypertrophié, le droit atrophié. Le gauche est traversé par plusieurs cicatrices stellaires, tissu qu'on rencontre aussi dans toute l'étendue du viscère. Sans entrer dans la description très soigneusement tracée des altérations anatomiques, nous nous bornerons à reproduire, d'après l'auteur, les conséquences qu'il a tirées de cet examen. Pour lui, il conduit à penser :

1° Que la veine porte a été oblitérée *primitivement* et a déterminé une hépatite, ou *consécutivement* à une hépatite ;

2° Que le sang des intestins, arrêté dans les veines portes, a

produit stase et dilatation veineuse, congestion et hypertrophie de la rate, ascite;

3° Que le tissu cicatriciel, développé sous l'influence de la syphilis, ne s'est pas comporté de la manière ordinaire, mais a été caractérisé par l'hypertrophie et par l'arrêt de développement du viscère;

4° Que, sous l'influence de l'inflammation (?), les granulations se sont hypertrophiées et les cellules se sont multipliées d'une manière exagérée;

5° Que, sous l'influence de la disparition des vaisseaux, les cellules hépatiques se sont atrophiées en même temps que les granulations.

Tranchant avec cette patiente investigation des effets de la diathèse, M. Fayel-Deslongrais s'attaque à ses lois générales. *N'a pas la vérole qui veut!* cette phrase de M. Ricord résume toute sa doctrine; à ses yeux elle est, pour ainsi dire, la formule comprenant, dans son ensemble, l'histoire de la syphilis. « Tout, dit-il, est renfermé dans cette phrase digne du langage d'A. Paré, et à coup sûr plus vraie que bien des aphorismes célèbres. »

M. Fayel-Deslongrais a rendu aux doctrines du maître qu'il chérit un service en même temps qu'un hommage. En les présentant, dans leur ensemble, avec le style coloré et la communicative ardeur du prosélyte, il aura beaucoup fait pour la vulgarisation d'idées qui, dans leur plus grande partie, nous semblent inattaquables.

Mais, justice ainsi rendue au mérite de l'œuvre, nous sommes forcé de lui déclarer que la sentence choisie pour titre de sa dissertation nous paraît inintelligible, et qu'elle l'est surtout dans sa bouche.

En effet, la première partie de sa thèse est consacrée à montrer que la blennorrhagie n'engendre pas la vérole; que cette diathèse ne peut pas naître non plus des bubons d'emblée, des végétations, ni par la transmission des accidents secondaires. Tout ceci est fort juste, tout ceci limite très rationnellement le nombre des sources où l'on peut prendre la syphilis constitutionnelle. Mais cela ne met réellement aucun obstacle à ce qu'on la prenne, quand on le désire; car, en dépit de toutes ces éliminations, on sait toujours parfaitement où la rencontrer. En un mot, bien des craintes mal fondées se dissiperont devant les explications de l'auteur; tel qui aurait redouté les suites constitutionnelles d'une gonorrhée, d'une balanite, etc, se rassurera à sa voix. Mais, en bonne logique, son aphorisme : *N'a pas la vérole qui veut!* n'en doit pas moins être remplacé par celui-ci : *N'a pas la vérole qui croit.*

Nous avons dit que cette proposition était moins justifiée dans la bouche de M. Fayel-Deslongrais que dans celle de tout autre. Voici, — et cela avec la précision de style qui lui appartient, — *comment et pourquoi.* Deux versions, on le sait, sont en présence pour expliquer comment le chancre est infectant chez un individu, non infectant chez l'autre. Une doctrine en rend compte par la diversité du principe virulent, une autre par la diversité des conditions propres à chaque individu. Si M. Deslongrais avait adopté cette dernière, oh! je comprendrais, un homme n'étant point maître d'acquérir à son gré la disposition qui le rend plus apte que son voisin à prendre un chancre infectant, je comprendrais qu'il y eût, pour certains sujets, impossibilité à avoir la syphilis constitutionnelle. Mais bien, au contraire, ce n'est point vers cette hypothèse que penche M. Deslongrais. Il regarde comme vraisemblable, il prend soin d'appuyer de preuves cliniques nouvelles l'autre doctrine, celle de la dualité des virus. Or, cela étant ainsi, le pus qui infecte toujours se trouvant ici, le pus qui n'infecte jamais se trouvant là, je ne vois pas quelle difficulté il y aurait, *pour un homme qui le voudrait sérieusement*, à gagner la syphilis constitutionnelle. Renfermé dans les limites scientifiques, j'accepterais, quant à moi, le défi, et me chargerais sans peine de procurer cette satisfaction à celui qui m'en aurait exprimé le désir sincère. Du moment qu'on connaît la source où l'on s'infectera à coup sûr, il n'y a vraiment qu'à se baisser et à prendre.

Je n'aurais pas accordé autant d'attention à l'examen de ce paradoxe, s'il ne ressortait de la discussion un fait pratique, que je me réserve de faire valoir ailleurs: c'est que, la source infectante étant connue, on peut aussi facilement l'éviter que l'utiliser; notion féconde en conséquences d'hygiène préservatrice.

Une exception se rencontre cependant, et c'est la seule qui pût justifier ce hardi théorème de l'auteur. Elle est fournie par les cas où le sujet qui s'expose, ayant déjà eu la vérole, jouit du bénéfice d'une immunité réelle contre l'atteinte d'une seconde. Mais, à part cette exception, que l'auteur, du reste, indique explicitement, nous le répétons, on a la vérole plus qu'on ne veut et tant qu'on veut.

A l'appui de la dualité des virus chancreux, M. Deslongrais apporte plusieurs faits dignes de foi et fort instructifs, bien qu'ils soient assez sommairement énoncés; car ici la compétence parfaite de l'observateur supplée au laconisme du récit.

C'est d'abord un jeune Savoyard de dix-sept ans, et son compagnon, qui, ayant vu la même femme, le même jour, à quelques minutes d'intervalle, avaient tous les deux un chancre induré.

Second cas. Une femme qu'on n'a pu examiner, mais qu'on sait avoir été envoyée à Saint-Lazare, donna un chancre induré à un jeune homme. Celui-ci, trois jours après le début du chancre, le communiqua par coït à la maîtresse d'un de ses amis, laquelle, affectée ainsi de chancre induré, le transmit à son amant ordinaire, qui, trois mois après, eut des accidents secondaires.

Troisième cas. Un lieutenant était atteint de chancre induré. Dans le même temps, on sut qu'un étudiant ayant un chancre induré avait eu des rapports avec sa maîtresse. Pas de renseignements sur elle.

Quatrième cas. Une femme avait la syphilis; son amant, après l'avoir rendue malade, l'avait quittée pour une autre femme. Celle-ci, examinée par l'auteur, était malade depuis trois mois et offrait les traces d'un chancre induré, ainsi que des plaques muqueuses.

Avec ces faits, avec ceux que la science possédait avant lui, avec ceux surtout dont M. le docteur Dron a depuis lors présenté, dans son excellente thèse, l'imposant ensemble, on est irrésistiblement conduit à voir la vérité dans cette doctrine du double virus. M. Deslongrais, qui peut réclamer une certaine part dans l'œuvre de sa démonstration, n'aurait pas dû oublier que dès 1852, après Ricord, M. Bassereau, qu'il ne cite pas, l'avait énoncée explicitement et appuyée sur des preuves cliniques déjà nombreuses; que plus tard M. Clerc, dont le nom n'est pas davantage prononcé, lui donna, quoiqu'à un point de vue un peu différent, le complément précieux de documents statistiques. Le titre de *parrain*, que l'auteur croit pouvoir revendiquer, est donc déjà pris. Il ne lui reste, comme à nous, qu'à adopter et à nourrir l'enfant. Ce ne sont ni les pères ni les parrains qui lui manquent.

P. Diday.

VI.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Salins. Eaux de mer thermales. Bulletin de l'année 1855, par le docteur *Tresal.* Moutiers, chez Bocquet.

Traité des maladies de l'œil, par *W. Mackenzie.* Quatrième édition traduite de l'anglais et augmentée de notes par les docteurs *E. Warlomont* et *A. Testelin.* Tome second, fasc. IX et X, chap. XVI à XXIV, p. 229 à 624, fig. 24 à 139. Prix des deux fascicules, grand in-8°. 5 fr.
L'ouvrage sera terminé, en mai 1857, par la publication des fascicules XI et XII.

Lezioni di Patologia generale. Leçons de pathologie générale faites à Naples, par le professeur *Renzi.* 1 vol. grand in-8° de 558 pages. Naples, imprimerie de Filiatre-Sebezio.

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 24 AVRIL 1857. — N° 17.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Arrêté portant règlement d'études pour les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,
Vu l'arrêté du 12 mars 1841 ;
Vu le décret du 22 août 1854 et notamment le titre III dudit décret,
Le conseil impérial de l'instruction publique entendu,

ARRÊTE : Art 1er. — La durée totale des cours de pathologie externe, de pathologie interne et de physiologie, dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, est portée à deux ans (c'est-à-dire à deux semestres). Il est accordé un an seulement (c'est-à-dire un semestre) pour les cours d'anatomie, d'accouchements, de chimie et pharmacie, d'histoire naturelle médicale et de matière médicale, et pour les cours qui ont remplacé ces deux derniers, dans les Écoles réorganisées.

Art. 2. — Le cours d'anatomie a lieu tous les jours (les dimanches et fêtes exceptés); tous les autres cours semestriels ont cinq leçons par semaine.

Art. 3. — Le chef des travaux anatomiques est tenu de faire, pendant les trois derniers mois du semestre d'hiver, trois leçons par semaine sur les parties de l'anatomie qui lui sont désignées par le professeur titulaire. Ces leçons ont lieu à une autre heure que celle qui aura été réservée pour le cours du professeur titulaire.

Art. 4.—Les leçons du professeur d'anatomie et de son collaborateur ont pour objet à peu près exclusif l'anatomie descriptive. Le professeur doit se borner à un petit nombre de généralités sur les os, les ligaments, les muscles, les vaisseaux, les nerfs, etc., en commençant l'histoire de chacune de ces parties de l'anatomie.

Art. 5. — La démonstration des organes splanchniques doit précéder la description des vaisseaux et des nerfs qui s'y ramifient.

Art. 6. — Les leçons de physiologie ont lieu pendant le semestre d'été. Elles sont faites par l'adjoint à la chaire d'anatomie et de physiologie, dans les Écoles réorganisées. Cependant le titulaire peut, s'il le juge convenable, se charger du cours de physiologie, soit qu'il abandonne ou non à son adjoint l'enseignement de l'anatomie. Dans les Écoles non réorganisées, le cours de physiologie est confié au chef des travaux anatomiques.

Art. 7. — Le professeur de physiologie débute, tous les ans, par une série de leçons ayant pour objet les prolégomènes de cette science. Il établit ensuite une alternance entre l'exposé des fonctions nutritives et celui des fonctions animales et de la reproduction, de manière à ce qu'un enseignement à peu près complet puisse être donné en deux ans.

Art. 8. — Le cours de pathologie externe se compose : 1° d'une partie

FEUILLETON.

Lettre chirurgicale à M. le professeur Malgaigne sur un point de l'histoire de l'autoplastie,

pour faire suite aux erreurs, lacunes et imperfections de la littérature médicale.

(Suite et fin. — Voir les numéros 4, 6, 8 et 16.)

Combien, mon cher et savant maître, le métier de critique est cruel : le devoir nous oblige à exposer la vérité, malgré qu'elle soit souvent sévère ; il nous force à poursuivre l'erreur pour garantir contre elle nos successeurs et nos contemporains, et les obligations devant lesquelles nous ne pouvons reculer sans une faiblesse coupable font pleuvoir sur nos têtes un torrent de malédictions. Quand on s'évertue à force de citations textuelles à rendre à chacun ce qui lui appartient, cent voix crient au scandale ; on nous accuse de dépouiller les vivants au profit des morts, comme s'il était plus honnête d'ouvrir les tombeaux pour couvrir sa nudité de la défroque des trépassés. On lance contre les véridiques toutes sortes d'épithètes qu'on croirait empruntées au journal *l'Univers*, et les consciences timorées, les gens modérés et honnêtes, détournent la tête en vous voyant, ou à votre approche changent de trottoir sur la voie publique de peur que les ongles de votre dextre leur fassent à la main cinq plaies exposées au contact incessant, mais funeste, de l'air atmosphérique.

Il y a des gens timides qui se pratiquent l'occlusion permanente des paupières ou qui bourrent leurs oreilles de charpie quand surgit une question de priorité ou de vérité historique. Ignorent-ils donc que, si on laisse sur les épaules de Pierre un manteau dérobé, Paul est exposé à mourir de froid, et la justice, qui est une, s'accommode-t-elle de ces transactions coupables.

D'autres, moins polis, vous traitent de charlatans scientifiques ; d'autres, plus sages, mais plus prudents et surtout plus taciturnes, accordent que la vérité est belle en elle-même, mais que son vrai

qui est reproduite tous les ans au commencement du semestre ; elle a pour objet l'exposition des maladies chirurgicales qui peuvent se montrer dans toutes ou presque toutes les parties du corps (inflammations, abcès, plaies, fistules, ulcères, gangrènes, productions accidentelles, etc.) ; 2° d'une partie subdivisée elle-même en deux autres, entre lesquelles le professeur établit une alternance, comme il a été dit à l'article 7. Ces deux subdivisions comprennent : *a*, les maladies chirurgicales des différents tissus (maladies des os, des artères, des veines, des lymphatiques et de leurs ganglions, des synoviales, etc.); *b*, les maladies chirurgicales des différents organes et appareils splanchniques.

Art. 9. — Dans les Écoles réorganisées, l'enseignement de la clinique a lieu toute l'année.

Art. 10. — Dans le premier examen de fin d'année, les élèves sont interrogés sur : la chimie, l'histoire naturelle, l'ostéologie, les articulations, la myologie, les prolégomènes de la physiologie, la pathologie externe (la partie qui aura fait l'objet du cours de l'année). — Dans le second examen de fin d'année, les élèves sont interrogés sur : l'anatomie, la physiologie, la pathologie interne (la partie qui aura fait l'objet du cours de l'année), la matière médicale. — Dans le troisième examen, les élèves sont interrogés sur : la pathologie externe et interne, la médecine opératoire, les accouchements, la thérapeutique.

Art. 11. — Dans les Écoles réorganisées, il est adjoint au jury du premier examen de fin d'année un professeur de la Faculté des sciences ou de l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres, dont les élèves interrogés ont suivi le cours.

Art. 12. — Le présent arrêté est exécutoire à dater de l'ouverture de la prochaine année classique, et MM. les professeurs auront soin d'y conformer leur programme.

Art. 13. — Sont maintenues les dispositions du règlement du 12 mars 1841 qui ne sont pas contraires au présent arrêté.

Fait à Paris, le 2 avril 1857. ROULAND.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 23 avril 1857.

M. Velpeau, qui n'a pu disposer que de très peu de temps à la dernière séance de l'Académie, n'a prononcé que la première partie de son discours. C'est une réponse personnelle aux reproches de divers genres que lui avait adressés M. Guérin. L'orateur a montré notamment, par des indications précises, que son TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, au lieu d'être muet sur la méthode sous-cutanée, ainsi qu'on l'avait affirmé, en parlait au contraire fort longuement. Il a lu en partie une lettre de M. Sédillot, que M. Guérin croyait être un des siens et qui lui refuse, au contraire, dans l'espèce, tout mérite d'invention. Déjà un confrère, que M. Guérin avait enrôlé aussi sous ses drapeaux, M. Barthélemy avait écrit à l'Académie une lettre dont M. le secrétaire perpétuel a donné lecture, et qui n'est rien moins que favorable aux revendications de M. Guérin. On sait que M. Bonnet (de Lyon), nommé aussi parmi les adhérents, n'est pas plus facile que M. Sédillot sur la question de priorité, qui est seule en cause. En sorte que l'armée si brillamment mise en ligne par M. Guérin ne se composerait guère que de réfractaires, ou d'ombres légères, *umbræ tenues*, comme Dieffenbach.

Tout cela confirme bien ce que nous avons dit plusieurs fois, que l'histoire ne se fait pas avec des lettres et des attestations privées, et ne doit tenir compte que d'œuvres authentiques.

Avant M. Velpeau, l'Académie avait entendu une intéressante communication de M. Hutin, sur l'*ablation du corps de l'os maxillaire inférieur par un boulet de canon*, et un rapport de M. Bérard sur *la digestion et l'absorption des matières grasses sans le concours du fluide pancréatique*. Nous sommes heureux de pouvoir publier intégralement ce remarquable travail qui a moins le caractère ordinaire d'un rapport que celui d'un mémoire spécial ; car la question y est élucidée à l'aide de nombreuses et pénibles expériences (voir aux *Travaux originaux*). Il serait bien à souhaiter que les rapporteurs comprissent souvent leur mission de cette manière. Des traits d'esprit semés sur le fond sérieux du travail ont provoqué plus d'une fois les applaudissements.

Ce rapport, que nos lecteurs rapprocheront avec intérêt du mémoire de M. Corvisart, actuellement en cours de publication, ce rapport est chose grave ; il tend à renverser de fond en comble la doctrine d'un physiologiste éminent et d'une grande habileté. On ne sera donc pas étonné si nous demandons le temps de la réflexion.

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA DIGESTION ET DE L'ABSORPTION DES MATIÈRES GRASSES SANS LE CONCOURS DU FLUIDE PANCRÉATIQUE. — Rapport lu par M. le professeur BÉRARD à l'Académie de médecine dans la séance du 21 avril 1857.

Messieurs, le 1er juillet 1856, M. Colin, chef des travaux anatomiques à Alfort, donnait lecture à l'Académie d'un mémoire ayant pour titre : « *De la digestion et de l'absorption des matières grasses sans le concours du fluide pancréatique.* » Dans ce peu de mots se révélait toute la portée

---

domicile étant le fonds d'un puits, il est bon de ne pas l'en tirer ; aller la chercher là, c'est, suivant eux, jouer le rôle d'un seau et mérite la corde ; car pour peu qu'on y mette un peu de verve et de feu, on se fait beaucoup de tort. Le voilà lâché le grand mot : *Se faire du tort!* Passe encore s'il s'appliquait à de pauvres hères comme votre serviteur, qui touche à peine le premier degré de l'échelle des honneurs ; mais n'est-il pas risible qu'on l'invoque encore, ce misérable argument de la peur, contre des gens dont la réputation est faite et méritée. Dans la dernière discussion académique, dont l'enseignement, je l'espère bien, ne sera pas perdu pour l'avenir, j'entendais quelques voix douces dire tout bas le long d'un pilier : « X..., au fond, a raison, mais il se fait bien du tort ; » et aussitôt il me revint en mémoire ce vœu drôlatique d'un sacripant condamné au dernier supplice, et qui pour toute grâce demandait à ne pas être pendu un vendredi, *parce que çà portait malheur!!!* On ne peut pas s'habituer à séparer les personnes que nous apprécions comme elles le méritent des ouvrages sur lesquels nous avons droit de vie et de mort, et on nous accuse de faire de la dénigration, quand nous ne pratiquons que l'équité. Il nous est pourtant plus agréable de dire le bien que le mal, et nous éprouvons une véritable satisfaction, quand nous rencontrons un travail, sinon parfait, au moins soigneusement et consciencieusement élaboré. Hélas ! pourquoi sont-ils si rares, et combien ils le seraient plus encore peut-être, si la vigilante critique n'effrayait pas un peu les plumes trop faciles.

Jetons un coup d'œil en arrière. Nous avons vu que, après Fabrice d'Acquapendente, Boyer était le seul qui ait rétabli le texte de Celse, et que, dès lors, ce dernier avait joui en paix de l'honneur plus ou moins estimable de ses procédés. Survient Blandin, qui supprime Celse, et qui fait surgir Galien, Paul d'Égine et Antyllus. Cette erreur ne fructifie que trop ; elle engendre d'abord l'anachronisme que vous avez lu tout à l'heure : « *Galien d'après* » *Antylus ;* » puis vient le commentaire de Malle : « Le prépuce » peut se trouver détruit, etc., etc... A en croire Galien, Antylus » aurait déjà eu recours à une opération de ce genre à l'aide du » procédé suivant : Après avoir isolé la verge ou *au moins les te-*

du travail qui vous était soumis. L'Institut avait ouvert ses portes au physiologiste que l'on regardait en France comme l'auteur de la doctrine nouvelle sur les fonctions du pancréas, et l'on venait vous déclarer que cette doctrine n'était pas fondée. On en appelait devant l'Académie de médecine du jugement porté par l'Académie des sciences sur cette partie des travaux de M. Bernard.

Dans cette conjoncture délicate, l'Académie nomma une commission. Elle chargea MM. Longet, Bussy, Bouley et Bérard d'examiner le mémoire de M. Colin. Ce que fit cette commission ne manque pas de précédents dans les Académies. Ce fut d'abord une grande ferveur, un zèle fort louable, et, quelque temps après la séance de l'Académie, on voyait les commissaires réunis à Alfort autour d'une table sur laquelle était couché un chien auquel on avait lié trois jours auparavant le canal pancréatique. Une fistule établie, séance tenante, au canal thoracique, donnait un chyle bien émulsionné. L'expérience paraissait concluante, lorsqu'un des commissaires, qui n'avait pas encore oublié ce qu'il avait écrit et fait imprimer sur l'appareil excréteur du pancréas, rappela que, chez le chien, cette glande avait deux conduits excréteurs ouverts séparément dans l'intestin. Or, on n'en avait lié qu'un. Le suc pancréatique avait donc continué de couler sur la masse alimentaire, et il n'était point étonnant, dès lors, qu'un chyle opaque, c'est-à-dire émulsionné ou chargé de graisse, eût été versé par le canal thoracique. C'était à recommencer.

Mais il n'arrive guère qu'on ait la bonne fortune de réunir plusieurs fois de suite les membres d'une commission de l'Académie. Le zèle s'était tout à coup refroidi. Un seul commissaire (vous devinez que c'était le rapporteur) assistait à la deuxième séance; et, depuis ce moment, c'est-à-dire depuis huit mois, il a dû poursuivre, sans le concours de ses honorables collègues et avec M. Colin seul, la solution du problème épineux porté devant l'Académie.

Nos recherches ont été nombreuses et variées : chaque expérience laissait un point douteux à éclaircir ou suggérait quelque idée nouvelle qui nous mettait encore une fois le *scalpel à la main*. C'est ainsi que nous sommes arrivés à sacrifier 36 chiens, 3 chevaux, 5 taureaux, 4 vaches, et j'ai le regret d'ajouter que ce n'est pas fini.

On s'est pris, depuis quelque temps, d'un tendre intérêt pour ces pauvres animaux qu'on ouvre vivants; on a prêché une sorte de croisade contre l'abus des vivisections; on a taxé les physiologistes de cruauté. Ce reproche, Messieurs, ne peut guère m'atteindre. J'ai eu, on le sait, le cœur trop facile à émouvoir pour faire mon chemin tout comme un autre; et jamais le désir de voir mon nom inscrit sur une liste de présentation à l'Institut n'a pu me faire surmonter la répugnance qu'une vivisection m'inspire. Mais ce que ni la vanité ni l'intérêt personnel ne m'ont conseillé, l'amour de la science me l'a fait faire. J'ai été séduit aussi par l'importance du résultat vers lequel nous marchions. Ce résultat, je vais tout d'abord le faire connaître, et en intervertissant l'ordre de nos travaux. Je ne veux pas faire passer l'Académie par les détours que nous avons dû faire, lui exposer tous nos tâtonnements, lui montrer nos incertitudes et comment nous sommes parvenus à les dissiper : il faudrait donner lecture de ce formidable recueil de nos expériences; ce serait abuser du tour de faveur que l'on a bien voulu m'accorder. Vous êtes venus ici, Messieurs, pour entendre des orateurs qui, depuis plus de deux mois, ont le privilége de tenir en haleine l'attention de l'Académie, et j'ai hâte de leur céder la parole.

Eh bien! l'humeur contenue dans tous ces bocaux, cette masse solide provenant de l'évaporation d'une énorme quantité de chyle, et dont l'éther peut extraire de la graisse, tout cela, Messieurs, sort des canaux thoraciques d'animaux qui ne recevaient pas une goutte de suc pancréatique dans leur tube digestif. Voilà une proposition bien grave. Il faut la justifier dans chacun de ses termes; car elle ruine de fond en comble les idées qui ont cours en France, où il semble qu'il ne soit plus permis de parler de l'absorption des graisses sans rappeler les *recherches de M. Bernard sur les fonctions du pancréas*. Les premières expériences dont nous allons appuyer notre proposition sont les dernières de celles que nous avons pratiquées. Elles ont été faites sur de grands *ruminants* (vaches, taureaux).

Disons d'abord comment nous détournons le suc pancréatique. (*Le rapporteur montre ici plusieurs préparations anatomiques.*)

On dirait que, dans l'espèce bovine, la nature a tout préparé pour faciliter les recherches sur l'appareil excréteur du pancréas et pour diminuer les dangers de l'expérience. Une simple incision, peu étendue, sous le bord inférieur de la dernière côte droite, vous fait tomber sur le canal pancréatique, que n'accompagne pas, ordinairement, jusqu'à l'intestin le tissu de la glande, comme cela a lieu chez le chien, où le pancréas enveloppe et masque son propre canal jusque dans les parois du duodénum.

Voilà pour la facilité de l'expérience.

» *guments du périnée* du corps caverneux dans toute leur circon» férence dans l'étendue de 3 centimètres (1 pouce), Antylus, tirant » *alors* sur le fourreau, le ramenait en avant, de manière à recou» vrir le gland. » Ainsi, voici Galien écrivant dans le IIe siècle et citant Antyllus, qui lui est évidemment postérieur, quoi qu'en disent Haller et Peyrilhe. D'ailleurs, tout le monde s'accorde à dire que Galien ne cite jamais Antyllus (1), et c'est à ceux qui écrivent « Galien d'après Antyllus, » à prouver le contraire. Et puis, voilà ce dernier qui, pour faire un prépuce, taille les téguments du périnée ! ! ! dans l'étendue de 3 centimètres ! ! ! Après cela, réclamez donc pour la France l'honneur d'avoir découvert le système métrique.

Pourtant Malle paraît avoir un remords, car il ajoute : « Celse, » qui s'est occupé aussi beaucoup de ce sujet sous le nom de *Re*» *cutiti*, a indiqué deux moyens d'y remédier. » Alors il analyse lestement les deux procédés en question, non toutefois sans de légers enjolivements. Ainsi on fixe l'ouverture du nouveau prépuce « *avec un fil sur une canule de plomb introduite au préalable dans* » *l'urèthre* (1). »

On pourrait croire, d'après la disposition de ce texte, que Celse a vécu après Galien et Antyllus; on pourrait penser aussi que l'antiquité nous a légué trois procédés différents, car Malle a si singulièrement défiguré le premier, que personne ne se douterait qu'il n'est autre que le second de l'auteur romain. Est-ce là de la science et doit on hésiter à stigmatiser une pareille contrefaçon.

Mais ce n'est pas tout, et j'ai résolu de vous mener jusqu'au bout. M. J. Jobert a écrit un traité d'autoplastie assez complet, et pour lequel sans doute, il a consulté les articles incriminés. Aussi nous dit-il : « Dans les temps les plus anciens, on s'est » occupé de réparer le prépuce, et dans Galien il est question du

(1) Voir Broca, *Des anévrysmes*, 1856, p. 201. — Dezeimeris, *Dict. historique*, art. ANTYLLUS. — C'est ainsi qu'il faut écrire son nom, et non pas Antylus, Antillus, Antilus, comme le font beaucoup d'auteurs, même parmi les modernes.

(1) *Médecine opératoire*, p. 477, 1841. — *Encyclopédie des sciences médicales*,

Son innocuité relative tient à une disposition anatomique qui n'est peut-être connue que des vétérinaires, et encore leurs livres classiques ne s'y arrêtent-ils guère. Cette disposition consiste en ce que le duodénum et le pancréas se trouvent en contact avec les parois abdominales, en dehors du sac épiploïque qui recèle le reste du tube digestif et qui communique seulement avec la grande cavité péritonéale par une ouverture située à l'entrée du bassin. La péritonite générale est donc peu à craindre après la ligature si facile du conduit pancréatique. Effectivement, nous n'avons eu qu'un exemple de cet accident. Voici donc comment on termine cette partie de l'expérience. On jette sur le canal une ligature que l'on serre tout près de l'intestin : on ouvre le canal en dehors de la ligature; on y introduit un gros tube de verre qui se trouve à l'aise dans ce vaste conduit excréteur (vous voyez que l'injection lui donne le volume du doigt); on assujettit par une seconde ligature le conduit sur le tube, dont l'autre extrémité s'ajuste à une sonde de gomme élastique qu'on laisse pendre en dehors du ventre. On réunit la plaie par suture. Voilà donc le suc pancréatique détourné; il coule au dehors, et, par moments, avec une abondance extrême. Remis sur pied, l'animal, qui s'est à peine aperçu qu'on lui a fait quelque chose, mange et rumine comme par le passé. Telle est au moins la règle; les exceptions sont sans importance.

Mais je me hâte de répondre à une objection qui, j'en suis sûr, se présente en ce moment à l'esprit de plus d'un membre de l'Académie. On dit : « Vous détournez en effet le suc pancréatique, mais vous ne le détournez pas en entier. M. Poinsot a montré, ici même, un petit canal pancréatique ouvert dans les voies biliaires, et, par leur intermédiaire, dans le duodénum. » Ce fait a produit une grande sensation, et on l'a considéré comme une dernière confirmation de la doctrine si bien exposée par M. Bernard. Pardonnez-moi quelque vivacité de langage, Messieurs ; j'admire avec quelle légèreté on prend parti pour telle ou telle opinion dans un sujet aussi grave.

Nous devions faire de sérieuses recherches sur le degré de fréquence de la particularité anatomique que l'on vous avait signalée, sur le diamètre moyen de ce petit conduit *quand il existe*. Et ne croyez pas, Messieurs, que ces recherches offrent la moindre difficulté. Un étudiant de première année y réussirait aussi bien que l'anatomiste le plus consommé. L'erreur est impossible; je répète ces mots : *l'erreur est impossible*, si on opère comme je vais dire. L'animal étant tué et le duodénum ouvert, on adapte à la sonde de gomme élastique, qui a servi à détourner le suc pancréatique et qui est encore en place, le tube d'une seringue remplie d'essence de térébenthine ; on presse sur le piston de la seringue. A l'instant même, on voit se tuméfier extraordinairement ce gros conduit et toutes ses ramifications. Si le petit canal existe, on voit sourdre l'essence de térébenthine par l'orifice du canal cholédoque ; s'il manque, il ne coule rien dans l'intestin. L'essence de térébenthine est si pénétrante, qu'elle arriverait encore dans l'intestin, dans le cas même où le petit canal n'aurait que le diamètre d'un cheveu. On peut répéter l'expérience, aussi souvent qu'on le veut, sur la même pièce. On ôte la seringue, la térébenthine revient, expulsée qu'elle est par le ressort élastique des conduits. On remet la seringue et l'on presse ; les conduits se distendent de nouveau ; et, si le petit conduit existe, la térébenthine recommence à sourdre par le canal cholédoque, etc. Après ces préliminaires, on passe à un second temps de l'administration anatomique, pour parler le langage des maîtres des deux derniers siècles. On substitue, dans la seringue, une injection solidifiable à la térébenthine, on la pousse, on étale la pièce et on obtient successivement les bonnes préparations que vous avez sous les yeux. Voyons ce qu'elles nous apprennent. J'ai tenu compte du précepte d'Horace :

« Segnius irritant animos demissa per aurem,
» Quam quæ sunt oculis subjecta fidelibus..... »

Eh bien ! sur cette pièce n° 1, le petit conduit est absent.
Sur cette pièce n° 2, il manque également.
Il manque encore sur cette pièce n° 3.
Sur cette pièce n° 4, il existe. Il est bien grêle, et cependant la térébenthine coulait dans l'intestin, et cependant notre injection solidifiable l'a pénétré, ce qui vous prouve que nous ne le manquons pas quand il existe.
Sur cette pièce, enfin, n° 5, il n'y a pas de petit conduit.
Nous avons laissé au logis 9 préparations. Sur 6 d'entre elles le canal manque. Il est présent dans les 3 autres, et n'offre pas plus de volume qu'ici.
Raisonnons maintenant.
Nos animaux opérés, et qui nous ont donné ce chyle, peuvent être divisés en deux catégories : Les uns sont munis du petit canal, les autres, non. Supposera-t-on que, chez les premiers, le gros canal a été suppléé par le petit ? J'aimerais autant dire que la Seine peut être suppléée par la rivière de Bièvre ! Mais, ajoutera-t-on, le petit canal se dilate quand on a interrompu la circulation dans le gros. Ceux qui tien-

---

» mode anaplastique dont on faisait usage autrefois. *L'autoplastie » dont parle Celse*, D'APRÈS ANTYLUS, n'était autre chose que le » décollement périphérique ; » c'est l'anachronisme élevé à la deuxième puissance.

Comme palliatif, M. Jobert nous donne textuellement les deux procédés de Celse, sans indication bibliographique à la vérité. Mais en revanche je remarque avec étonnement que, dans un ouvrage publié en 1848, il n'est fait nulle mention des observations de Dieffenbach connues en France depuis 1830 (1).

Du reste, comme je l'ai déjà remarqué pour d'autres, M. Jobert, dans l'historique général de l'autoplastie, ne parle pas des procédés de Celse applicables au prépuce ; il paraît les attribuer à Galien et à Paul d'Égine. (Même ouvrage, t. I, p. 4.) Je suis fort étonné de voir que l'on n'utilise pas dans l'exposé général les faits dont on se sert dans les chapitres particuliers, et réciproquement. Faut-il croire que, lorsqu'on écrit deux gros livres, on a oublié, en rédigeant le second, les documents qu'on a rassemblés dans le premier. N'ayant pas encore produit d'ouvrages de longue haleine, j'ignore si ce genre de distraction est facile ou non à éviter.

M. Sédillot, dans le court préambule historique qu'il consacre à l'autoplastie, ne signale qu'un seul des deux procédés de Celse. Il ne le rapporte pas complétement, il ne consacre pas d'article spécial à la restauration du prépuce, de telle façon qu'on peut bien lui reprocher une omission, mais non pas une erreur (*Traité de médecine opératoire*, t. II, p. 221, 2e édit., 1855). Un des articles les moins incomplets sur le sujet qui nous occupe est celui d'A. Bérard (art. PÉNIS du *Dictionnaire en 30 volumes*, t. XXIII, p. 421, 1841). On y reconnaît de petits lambeaux de tous les auteurs, et par malheur quelques erreurs se sont glissées dans ce résumé pourtant assez pur. Telle l'expression de *recutili* pour re-

(1) *Traité de chir. plast.*, t. 2, p. 226, 1849. Il faudrait 1848, car l'ouvrage avait paru avant la fin de cette dernière année. Les éditeurs ont la manie de postdater leurs ouvrages, ce qui est souvent une cause d'embarras dans les questions de priorité. Je n'ai pas besoin de rappeler que tout dernièrement cette habitude, que personne n'ignore ni ne doit ignorer, a suscité une difficulté que M. Bouvier considère comme une méprise.

draient ce langage commettraient deux erreurs au lieu d'une : 1° le cours du suc pancréatique n'a rencontré aucun obstacle dans nos expériences, puisque ce liquide, se répandant librement au dehors, n'était point sollicité à refluer vers le petit conduit ; 2° dans les cas que nous vous présentons, le gros canal a été lié, et cependant, comme vous le voyez, le petit ne s'est pas dilaté.

Mais pourquoi nous arrêter à des faits de seconde importance, quand nous avons ceux de l'autre catégorie ? Ici, Messieurs, point de petit canal : donc, issue complète du suc pancréatique par le tube adapté au conduit excréteur. Que manque-t-il à cette partie de la démonstration ? Rien, absolument rien.

Poursuivons.

Notre animal ne reçoit plus de suc pancréatique, il ne doit plus faire de chyle émulsionné, si la doctrine accueillie en France est fondée. Que faut-il faire pour savoir si l'animal forme du chyle émulsionné ? Lui ouvrir, au cou, le canal thoracique ou l'une des grosses branches qui le représentent, et recueillir le liquide qui s'en écoule. Nous avons dit que cet animal continuait de manger et de ruminer : on pourrait donc établir la fistule du canal thoracique le jour même où l'on a pratiqué la fistule pancréatique. Mais nous nous gardons bien d'y apporter cette précipitation : on nous dirait que le chyle obtenu a été émulsionné par du suc pancréatique que l'intestin avait reçu et gardé avant l'opération. Nous laissons donc l'animal manger et ruminer, tout le jour et toute la nuit, persuadés qu'il épuise ainsi cette petite réserve de suc pancréatique. Vient le second jour : on pourrait ouvrir alors le canal thoracique ; mais nous portons loin la prudence et la crainte de donner prise aux objections même les plus futiles. L'animal est encore laissé en paix tout le jour et toute la nuit : et comme il mange et rumine, les aliments achèvent d'entraîner, s'il en restait encore, les dernières traces de suc pancréatique. Le troisième jour, enfin, l'établissement de la fistule est décidé. M. Colin, avec une précision, une adresse que peu de personnes sauraient égaler, va chercher au milieu des gros vaisseaux de la partie inférieure du cou, et sans répandre de sang, le canal thoracique ou l'une des grosses *branches* qui le représentent. Le canal est ouvert, un tube d'argent y est introduit, et le vaisseau lié sur le tube. Le chyle coule, et on le recueille à mesure. Je dis le *chyle*, Messieurs ; car le liquide recueilli ne diffère en aucune façon, dans son apparence extérieure au moins, de celui que fournit un animal qui n'a subi aucune opération sur le pancréas et son conduit. Ce chyle est donc émulsionné, moins opaque, pourtant, que celui d'un chien ; mais nous pouvons lui donner les qualités de celui d'un carnivore en faisant avaler à l'animal des boulettes de tourteaux de plantes oléagineuses, nouvelle preuve que la matière grasse pénètre les chylifères sans le concours du suc pancréatique. Ajoutons que la lymphe des animaux qui nous donnaient ce chyle émulsionné était parfaitement transparente. Mais, dira encore une fois un contradicteur, vous avez obtenu du chyle blanc parce qu'il restait dans l'intestin du suc pancréatique des anciennes digestions. Ce que je vais dire en réponse à cette objection va causer une sorte de stupéfaction dans l'auditoire. Le chyle, cette humeur précieuse, que quelques-uns de ceux qui m'écoutent n'ont peut-être jamais vue, et que les physiologistes ont rarement le bonheur de recueillir autrement que par échantillons, pour ainsi dire, savez-vous combien un de nos ruminants nous en fournissait, par sa fistule, en vingt-quatre heures ? Quarante litres ! ! ! Je reste au-dessous de la vérité. Et remarquez, Messieurs, que nous n'avons détourné dans chaque expérience qu'une partie du chyle de l'animal, puisque nous avons mis notre tube dans une des divisions d'un canal multiple et non dans un canal thoracique unique, disposition anatomique très rare chez le bœuf. Dans un cas où il n'y avait qu'un canal, il a fourni à M. Colin 50 litres de chyle en douze heures ! Et l'on viendrait nous dire que c'est l'humidité pancréatique, encore adhérente aux parois de l'intestin, trois jours après la ligature du canal pancréatique, et chez un animal qui n'a pas cessé de prendre des aliments, que c'est, dis-je, ce résidu de suc pancréatique qui a émulsionné la graisse de ces 50 litres de chyle ! On n'entre point en discussion avec des raisonneurs de cette force.

Messieurs, nous allons résolûment au-devant de toutes les objections ; nous ne reculons devant aucune vérification. Nulle cause plus qu'une autre n'a nos sympathies, si ce n'est celle de la vérité. Nous reconnaissons qu'un complément encore peut être ajouté à notre démonstration ; nous allons vous le donner.

Nous avons retiré un chyle blanc d'animaux qui ne mettaient pas une goutte de suc pancréatique dans leur intestin, cela ne peut pas être contesté. Mais cette couleur blanche est-elle due à de la graisse ? Y a-t-il réellement eu absorption de graisse ! un chimiste ne ferait pas cette question ; nous la posons pour satisfaire les gens difficiles. Eh bien ! nous rappelons, en premier lieu, que chez un animal auquel nous faisons manger des tourteaux de plantes oléagineuses le

---

cutiti ; telle encore la canule de plomb introduite dans l'urèthre attribuée à Celse, et dont il n'a jamais parlé. Je crois qu'A. Bérard avait lu Celse, J.-L. Petit et Boyer ; mais je suis surpris qu'il *ne dise* pas un mot de Dieffenbach.

Ce dernier auteur a, du reste, subi bien largement la peine du talion. Il n'avait cité personne de ceux qui l'avaient précédé, et ses observations n'ont été pour ainsi dire citées par personne de ceux qui ont écrit depuis 1830. Je suis loin de donner mon assentiment à ces représailles, mais je les constate. En effet, lisez l'article de la *Fabrication d'un prépuce* (*Gazette médicale*, 1830, p. 105), vous n'y trouverez point d'anachronismes. Ni Celse, ni Galien, ni Antyllus, ni Paul d'Égine, ne sont compromis. J.-L. Petit ne l'est pas davantage, et pour de bonnes raisons. Si le grand chirurgien autoplaste de Berlin avait connu le second procédé de Celse, il n'aurait pas manqué de le dire, et il n'aurait pas eu la peine d'inventer lui aussi cette opération du reste restée infructueuse, même entre ses mains.

Je suis plus étonné du silence gardé par M. Velpeau, A. Bérard, Malle, Chelius et son traducteur (1), Vidal (2), M. Sédillot, sur l'opération très ingénieuse de la duplication du feuillet cutané préputial, qui a réussi deux fois d'une manière complète à Dieffenbach. Puisqu'on accorde si souvent une mention à des observations absurdes et impossibles, on ne devrait pas supprimer aussi lestement des tentatives logiques, bien conçues, bien exécutées, et d'ailleurs couronnées de succès. Ne pensez-vous pas comme moi ?

J'ignore, mon cher maître, si vous avez eu le courage de me suivre jusqu'ici ; quant à moi, je suis harassé de cette longue course à travers les bouquins. Je n'irai pas plus loin, je ne consulterai pas d'autres ouvrages, dans la crainte de retrouver encore de nouvelles erreurs. Ce qui me dépite surtout, c'est d'avoir usé autant d'encre et de papier, d'avoir gaspillé autant d'heures pour un aussi

(1) *Traité de chirurg.*, trad. fr. de Pigné, t. II, p. 39, 1844. Chelius ne parle pas non plus de l'absence du prépuce ni de sa réparation.

(2) *Traité de pathol. ext. et de méd. opérat.*, t. V, 3e édit., 1851. L'auteur ne dit qu'un mot de l'absence du prépuce, « qui a fixé de tous les temps les chirurgiens, puisqu'on trouve dans Celse un procédé destiné à la corriger ; » rien de plus.

chyle devient opaque comme celui d'un carnivore : c'est donc de la graisse émulsionnée qui lui donne cette teinte laiteuse.

Mais ce n'est encore qu'une induction. Voici une preuve directe : nous extrayons la graisse de ce chyle. Après avoir fait évaporer celui-ci jusqu'à consistance d'un extrait sec, nous traitons cet extrait par l'éther, qui dissout la graisse et la laisse, ensuite, isolée en s'évaporant. Celle que je vous présente, Messieurs, a été retirée d'environ 4 litres de ce chyle, fait sans l'intervention du suc pancréatique. On dirait du beurre, mais ce beurre est extrait du chyle et non du lait; ce beurre provient d'un taureau et non d'une vache. Les analyses qui seront faites d'ici à quelques jours me permettront sans doute de tenir sur cette question un langage plus positif (1). Ces analyses nous diront encore si la matière grasse du chyle est diminuée par le fait de la ligature du canal pancréatique, question intéressante sans doute, mais dont la solution, comme on a pu le voir, n'était pas nécessaire à l'élucidation du problème que nous avons agité devant vous.

Messieurs, nous vous avons fait connaître plus d'un fait nouveau, si je ne me trompe. On pourrait s'étonner que ces faits aient passé inaperçus des physiologistes qui, depuis quelques années, se sont occupés des fonctions du pancréas et de la formation du chyle. Mais ces hommes distingués ont manqué d'occasions semblables à celles que nous avons mises à profit. Où sont, je vous le demande, les physiologistes disposés à faire emplette d'une douzaine d'animaux de l'espèce bovine sans autre but que de leur établir pendant quelques jours des fistules au conduit excréteur du pancréas et au canal thoracique? Pour certains personnages, sans doute, cette dépense serait légère; mais ceux-là ne se préoccupent guère des fonctions du pancréas. On peut donc croire que la science eût encore attendu longtemps les renseignements qu'elle ne pouvait obtenir que de l'expérimentation sur les grands ruminants, si, plus heureux que nos devanciers, nous n'eussions trouvé à Alfort des facilités qui leur ont manqué sur un autre théâtre. Une fois par an, au printemps, les élèves de cet établissement, qui sont exercés habituellement, sur des chevaux vivants, à la pratique des opérations de l'art vétérinaire, sont appelés à les faire sur des ruminants. Pour cela, l'administration achète et fait venir à Alfort un certain nombre de taureaux et de vaches. C'est sur ces animaux, et avant qu'ils fussent livrés aux opérateurs, qu'il nous a été permis d'expérimenter.

Mais deux ou trois semaines, tout au plus, sont données par an à cette sorte de session opératoire. Nous vous avons dit que, depuis huit mois, nous nous livrions à des recherches auxquelles nous avions sacrifié déjà trois chevaux et trente-six chiens : il est évident qu'il nous reste quelque chose à vous communiquer; mais ce sera pour une autre fois. Je prie l'Académie de recevoir, en attendant, un pli cacheté contenant l'indication de la communication qui lui sera faite.

Il me reste, à l'occasion de ce travail, à tirer une conclusion qui, bien entendu, ne peut engager l'Académie, et à faire une proposition sur laquelle elle aura à délibérer. La *conclusion*, la voici :

Puisque, chez les animaux de l'espèce bovine, on peut, trois et même quatre jours après qu'on leur a lié le conduit excréteur du pancréas et détourné le suc pancréatique au dehors, retirer du canal thoracique, en vingt-quatre heures, plus de 40 litres de chyle bien émulsionné, et dont l'éther extrait une notable quantité de graisse, le suc pancréatique, chez ces animaux, n'est nécessaire ni pour l'absorption des corps gras, ni pour la formation d'un chyle émulsionné.

Vous remarquerez, Messieurs, que je dis *nécessaire*, et non *utile;* vous remarquerez aussi que ma conclusion ne comprend, pour le moment, que les animaux de l'espèce bovine, malgré le puissant secours que je puiserais, dès aujourd'hui, dans l'analogie, si je voulais généraliser davantage. Vous remarquerez, enfin, que je n'affiche pas la prétention de mettre à néant la doctrine de M. Bernard; je reste, comme je l'ai toujours été, admirateur de ses belles recherches, et je conviens que la propriété dont jouit le suc pancréatique, des carnivores surtout, de former avec les graisses une émulsion persistante, ne peut être négligée dans la question qui nous occupe.

Quant à ma *proposition*, elle est :

1° De remercier M. Colin de sa communication;

2° De l'inviter à poursuivre ses investigations, ce à quoi il ne faillira certainement pas;

3° D'envoyer son travail au comité de publication.

(1) M. Wurtz, auquel j'avais donné une certaine quantité de chyle à analyser, m'a remis, séance tenante, la note suivante :

Analyse d'un chyle défibriné.

Eau	95,948
Matières albuminoïdes et sels	3,601
Matières grasses	0,450
	100,000

La proportion des matières grasses s'élevait à 11 pour 100 du résidu solide.

mince sujet, et pourtant pouvais-je m'en dispenser? Si j'étais venu vous dire avec aplomb : L'histoire de l'autoplastie est bien mal faite; le nom de méthode française est une usurpation patriotique peut-être, mais injuste; on n'a pas seulement pu lire exactement un chapitre de Celse, quand on a des éditions de Celse tant qu'on en veut pour 1 franc 25 centimes; les auteurs classiques les plus estimés sont pleins d'erreurs ou d'omissions; si j'étais donc venu vous débiter un réquisitoire aussi irrévérencieux, peut-être vous m'auriez écouté, parce que vous m'avez plusieurs fois déjà honoré de votre bienveillance, et que d'ailleurs le paradoxe ne vous irrite pas trop les nerfs; mais vous m'auriez sagement répondu que de telles accusations se lancent alors seulement qu'on est en mesure de les prouver. Pour vous convaincre, j'aurais fourni mes textes. J'ai commencé tout d'abord par où j'aurais fini, et j'espère que vous voudrez bien trouver que j'avais quelque raison.

J'ai, d'ailleurs, fait tous mes efforts pour concilier la sévérité inflexible de la critique avec l'urbanité qui la rend moins amère. Il ne me reste plus que deux choses à faire pour le moment. D'abord je dirai : Fais ce que dois, advienne que pourra. Puis je vous demanderai la permission, dans une prochaine épître, de vous soumettre une seconde difficulté bibliographique ayant encore trait à l'autoplastie dite française.

Recevez, en attendant, très savant et très honoré maître, l'assurance de ma plus haute considération.

Ar. Verneuil,
Agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

Le docteur Williams Yates, qui vient de mourir à Morris (États-Unis), à l'âge de quatre-vingt-dix ans, était l'introducteur de la vaccine en Amérique. Né en Angleterre, où il avait suivi les leçons de James Earle et d'Abernethy, il fonda à Burton-Upon-Trent un asile d'aliénés, puis partit pour les États-Unis, emportant une grande quantité de virus-vaccin que lui avait remis Jenner lui-même.

— C'est aussi un confrère que nous venons de perdre dans la personne du chanoine Clavel, officier de santé, dont le nom a été mêlé à plusieurs questions médicales.

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

Origine du cow-pox. — L'inoculation de la vaccine préserve-t-elle de la varioloïde? par M. B. Ritter (de Rottenburg). — Extrait analytique, par Paul Picard.

Non omnia possumus omnes.
(Lucrèce.)

Le Mémoire de M. Ritter, couronné par la Société médicale de Bade, acquiert aujourd'hui, par suite d'une récente discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine, un intérêt d'actualité qui nous engage à en donner ici le résumé. MM. Trousseau, Bousquet, Delafond, entre lesquels s'est élevée une controverse sur l'origine du cow-pox (voir Gazette hebdomadaire, *1857, nos 6, 7 et 8), trouveront dans ce travail de nombreuses indications historiques sur la matière, ainsi qu'un résumé de faits peu favorables à la doctrine qui fait dériver le cow-pox des eaux aux jambes du cheval.*

A. D.

L'auteur se propose d'étudier les rapports que la vaccine et la varioloïde ont entre elles. Pour cela, il commence par étudier leurs sources, passe en revue toutes les opinions émises par les divers auteurs, tâche enfin de démêler, au milieu des nombreuses discussions et hypothèses, ce qu'il y a de vrai et ce qu'on sait de certain sur la nature de la vaccine et de la varioloïde. Cette partie forme l'*historique* de la question et touche souvent à la question des eaux à la jambe. Après avoir recherché le mode d'origine des deux affections, M. Ritter étudiera, dans la *partie physiologique et pathologique* de son travail, le résultat de leur inoculation à l'homme (chose trop connue pour que nous la reproduisions en entier); mais nous avons cru devoir énoncer sommairement les hypothèses émises en Allemagne sur ce point, et qui sont souvent mal connues en France. C'est donc de cette comparaison entre la nature de la vaccine et de la varioloïde, de leurs effets sur l'homme, et des modifications que ces deux virus apportent dans son organisme, que M. Ritter a pu tirer la troisième partie de son ouvrage, qu'il nomme *ses conclusions*. Ces développements nous ont semblé nécessaires; car l'étendue du travail qui nous occupe, le cadre de ce journal, nous ont forcé à laisser de côté bien des points intéressants sans doute, mais n'apportant aucune lumière à la question qui se discute en ce moment.

Historique. — *Développement de la vaccine.* — L'auteur commence par énumérer les diverses opinions qui ont été émises sur la nature de la vaccine et de la varioloïde.

« Woodville pensait que l'éruption pustuleuse connue sous le nom de *vaccine* était propre à une seule espèce animale et à la vache, donnant du lait.

Jenner émit l'opinion que cette affection était transmise; et, quoiqu'il n'ait pas fait d'expériences propres, il croyait que la vaccine et les eaux aux jambes des chevaux étaient des éruptions identiques.

La transmission aurait été faite par les personnes qui soignaient les chevaux et trayaient les vaches. A l'appui de sa manière de voir, il citait l'Écosse et l'Irlande, où les palefreniers ne soignent pas les vaches et où la vaccine était inconnue.

Simons (*Experiments on the Supposed Origin of Cowpox;* Londres, 1798) combattit Jenner. Trois inoculations des vaches avec les eaux aux jambes des chevaux restèrent sans résultats.

Pearson (*An Inquiry concerning the History of the Cowpox;* Londres, 1798) déclare que la vaccine s'était produite dans des localités où il n'y avait pas de chevaux et où les gens de service n'avaient aucun contact avec ces animaux.

Woodville, Coleman, Buniva, Luciano, Toggia, Griffa, Barthélemi, etc., s'élevèrent aussi contre la théorie de Jenner et déclarèrent que « les eaux aux jambes des chevaux n'avaient aucun rapport avec la vaccine. »

Jenner modifia un peu son dire sans en changer le fond. D'après lui, les eaux aux jambes ne pouvaient être inoculées qu'autant que le liquide trouble de l'éruption n'était pas devenu purulent.

Les expériences du docteur Loy vinrent en 1801 démontrer la possibilité d'inoculer les eaux aux jambes à la vache et à l'homme. Trois enfants auxquels on les inocula présentèrent les phénomènes ordinaires de la vaccine. Ces enfants furent réfractaires à la vaccine humaine.

Loy, et après lui Sacco, Lafont, Jenner, Lupton, Godin, Steinbeck, crurent à deux espèces d'eaux aux jambes: l'une ne pouvant reproduire la vaccine, et qu'il regarde comme une affection locale; l'autre transmissible et reproduisant les symptômes de la vaccine caractérisée par l'état fébrile qui précède sa formation chez les chevaux, et ne possédant sa vertu inoculatrice qu'autant que la consistance de la sérosité n'est pas purulente.

Les expériences de Greve, d'Hurtrel d'Arboval, de Hertwig, de Ritter, de Rosenthal, de Berndt, ont démontré cette assertion de la manière la plus évidente. »

Ici se présentent deux questions:

« La vaccine provient-elle exclusivement et uniquement des eaux aux jambes?

La vaccine peut-elle se développer indépendamment des eaux aux jambes?

Woodville, Coleman, Viborg, Sacco, répondent *non* à la première et *oui* à la seconde de ces deux questions.

Hering pense que c'est le cas le plus ordinaire.

Turton, Turner, Leroy, soutinrent que toutes ces affections de l'espèce animale venaient de la variole humaine.

Baron crut que la transmission avait eu lieu de l'homme aux animaux au moyen de gaz.

Sunderland obtint la vaccine chez des vaches en les couvrant de draps qui avaient appartenu à des varioleux.

Ring admet bien l'inoculation de la variole à la vache; mais la sérosité de la pustule qui en résulte ne peut reproduire ni la variole, ni la vaccine.

Thiele (*Henke's Zeitschrift für Staatsarzneikunde;* Erlangen, 1839, Ier fasc., p. 20) fit de nombreuses expériences pour démontrer que la source de la vaccine se trouve dans l'homme, et non dans la vache. Il parvint à obtenir des boutons de vaccine en inoculant à la vache du pus de variole qu'il avait modifié en le laissant quinze jours entre deux verres et en le mélangeant avec du lait.

La vaccine ne serait donc que la variole animalisée; le virus, en agissant sur des êtres inférieurs, aurait perdu de sa force; la chaleur, l'état de l'atmosphère, la composition des liquides animaux, auraient une grande influence sur lui et le modifieraient.

Quoique nous ne puissions accepter entièrement les vues de Thiele, ce n'est pas moins un devoir pour nous de cher-

cher dans la variole de l'homme une des sources de production de la vaccine.

Reste encore la théorie du développement spontané de la vaccine.

D'après Ritter (*loc. cit.*, 1re année, fasc. 5 et 6; 2e année, fasc. 6), la vaccine se produirait régulièrement dans le Schleswig et le Holstein, et régnerait comme épizootie sur les grands troupeaux, dans des endroits où il n'y a ni variole, ni chevaux affectés d'eaux aux jambes.

Sybel a observé à Roskov que chaque vache, après avoir mis bas, présente des boutons de vaccine.

Sacco déclare qu'on les remarque partout où les vaches vivent en troupeaux, et Hering les a toujours vus se produire dans ces circonstances en Wurtemberg.

Osiander (*Ausführliche Abhandlung ueber Kuhpocken;* Göttingen, 1801, p. 49) a remarqué que les vaches paissant dans des prairies marécageuses, celles qui étaient soumises à une nourriture exclusive (?), celles qui avalaient certains insectes et certaines plantes (?), étaient plus que les autres sujettes aux éruptions sur les pis.

Nous ne pouvons donc méconnaître le développement spontané de la vaccine chez les vaches, encore moins nier son développement épizootique. A ce point de vue, la vaccine développée spontanément nous paraît *être une maladie spécifique ayant des rapports intimes* avec certains actes de la vie et de l'organisme des vaches, spécialement avec la *sécrétion du lait*.

En récapitulant ce que nous avons dit sur les sources de la vaccine, nous trouvons donc :

1° Qu'elle peut provenir des eaux aux jambes des chevaux;

2° Qu'elle peut être le résultat de l'inoculation de la variole humaine;

3° Enfin qu'elle peut s'être développée spontanément.

Ajoutons, pour être complet, que de la vache peut être inoculée avec de la lymphe de vaccine humaine; avec la sérosité variolique de l'homme, plus ou moins modifiée par les procédés de Thiele; l'inoculation peut enfin avoir été faite avec la lymphe des pustules provenant des frictions avec le tartre stibié (Lichtenstein). »

Développement de la varioloïde. — L'auteur passe en revue les deux opinions sur la nature de la varioloïde. Celle que défendit Thomson, à savoir que cette affection est le résultat de la modification de la variole par la vaccine, et celle qu'émit Jameson, qui prétend que la varioloïde était connue depuis longtemps sous le nom de horn-pox, horn-pocken.

« Des expériences de Guillon (*Hufeland's Journal*, 1841, t. Ier, p. 87) méritent d'être citées. Il inocula à six cents enfants de la sérosité provenant de boutons de varioloïde et les préserva de la variole. Mais à cette éruption de varioloïde se joignit quelquefois (sur vingt-deux enfants) une éruption de vraie variole, et le pus de ces boutons reproduisait la petite vérole ordinaire par inoculation.

Comme défenseurs de cette première opinion, nous nommerons Dugat, Ducros, Boucher, Bousquet, Barlett, Bent, Boyer, Cosson, Heim, Hesse, Loewenhardt, Monro, Pougers, etc., qui citent aussi des cas où la variole se produisit par l'inoculation du pus de la varioloïde.

Parmi les adversaires de cette théorie, nous rencontrons Jameson, qui pense que la varioloïde était connue avant les Croisades. Rhazès aurait vu chez le même homme trois récidives de petite vérole.

Moreau de Jones regarde la varioloïde comme une affection originaire d'Asie et des pays tropicaux, s'étant transplantée en Amérique et en Angleterre.

Sacco, et surtout Schönlein (*Allgem. u. spezielle Pathol. und Therapie;* 1834, 2e volume, p. 409), partagèrent et défendirent cette opinion de l'ancienneté de la varioloïde. Ce dernier attribue à la varioloïde les épidémies qui régnèrent en Italie et en Hollande en 1574, car beaucoup de gens ayant eu déjà la petite vérole furent atteints d'une maladie qui lui ressemblait.

Nous ne nous étendrons pas sur les expériences et les inoculations de Jäger, Henke, Schönlein, Darrach. »

M. Ritter expose ensuite l'opinion de David Brown, qui pensait que la varioloïde est produite par un poison nommé *màtà*.

« On voit dans l'Hindoustan, après les inondations, régner épizootiquement une affection nommée *màtà*, *sila*, *goti*, qui se termine par une éruption pustuleuse analogue à la varioloïde. D'après Brown, l'inoculation des boutons de màtà produit deux maladies chez l'homme : l'une semblable à la vaccine, l'autre se rapprochant de la varioloïde.

Ainsi, dans la genèse de la varioloïde, nous trouvons des causes probables; mais les recherches historiques ne peuvent nous mener qu'à cette conclusion : Pour la vaccine comme pour la varioloïde, il peut exister diverses sources de développement, distinctes les unes des autres; les unes connues, d'autres inconnues, mais n'excluant pas le développement spontané. »

Physiologie et pathologie. — L'auteur commence par décrire l'évolution de la vaccine, inoculée de la vache à l'homme. Examinées au microscope, les pustules de vaccine apparaissent comme remplies de petits globules de dimensions diverses, détruits par l'acide acétique, ne se dissolvant pas dans l'eau. Le nombre de ces globules est en raison directe de l'énergie du vaccin; à l'époque où la pustule se sèche, ils diminuent peu à peu.

Les pustules provenant de l'inoculation de la varioloïde ont une réaction alcaline due à la formation d'un alcaloïde semblable aux alcaloïdes narcotiques des plantes, et c'est à ce corps qu'elles doivent leur contagiosité.

Gruby veut y avoir découvert des animalcules, dont le tronc serait sphérique et le col allongé, pourvu d'un crochet. Ce col serait agité continuellement. Des globules, cinq à six fois plus gros que les globules de pus, se montrent du quatrième au septième jour. Ils sont jaunes, et leur contenu est granulé.

« En comparant ces deux productions de la vaccine et de la varioloïde, on ne peut s'empêcher, dit l'auteur, de leur reconnaître une analogie assez grande. La peau humaine est très disposée aux éruptions pustuleuses; elles se développent, soit par contagion, soit spontanément. L'expérience a démontré qu'une immunité plus ou moins durable est acquise à l'individu ayant déjà été affecté d'une de ces maladies.

On a attribué cette immunité à la destruction de certains éléments du sang, à un germe inné dans chaque individu, se développant, soit spontanément, soit à la suite de l'inoculation d'un virus. Toutes ces explications sont des hypothèses, et leur valeur est celle d'une hypothèse.

D'après Lichtenstein, le *contagium* de la vaccine est de deux natures : ou bien il est *volatil*, ou bien il est *fixe*.

C'est, dans ce dernier cas, le contagium de toutes les vraies pustules.

Suivant la prépondérance de l'un ou de l'autre contagium, l'effet général est plus ou moins complet.

Fischer (*Rust's Magazin*, vol. XL, VII, fasc. 2) pense que le contagium de la vaccine est seulement fixe et non pas diffusible, tandis que la variole et la varioloïde auraient, et un contagium fixe, et un contagium diffusible. On comprend que la vaccine éteindrait le contagium fixe et laisserait encore prise au contagium diffusible de la variole et de la vaccine.

Klenke (*Untersuch. und Erfahrungen*; Leipzig, 1843, vol. I, p. 99) explique différemment la chose.

La cellule de la vaccine est pour lui une cellule de ferment, renfermant l'élément ennemi de la vie; mises en contact avec le plasma normal, elles l'altèrent et vont par là exercer leur influence sur le sang et la vie nerveuse. Elles ne peuvent agir qu'en étant en contact, et leur effet est d'autant plus rapide que le cytoblastème de la cellule contagieuse est plus volatil.

La lymphe de la vaccine est très fixe, ce qui explique la période d'incubation. Le cytoblastème est contenu dans des cellules. Il faut donc que ces dernières se rompent ou se subdivisent pour que l'action du contagium devienne générale. Aussi, lorsqu'on rompt une pustule qui commence à se former, on détruit la vie spéciale, individuelle de la cellule qui porte la contagion. L'exanthème lui-même n'est pour ainsi dire qu'une excroissance de cette cellule contagieuse. Il vit et meurt avec elle, dès que la lutte est finie. »

Gregory (*Observations on Vaccination and Small Pox*; Londres, 1841) considère la vaccine comme un poison *sui generis*.

M. Ritter, après avoir passé en revue ces diverses hypothèses, se pose la question de savoir, si la vaccine a perdu de son intensité et de ses propriétés préservatrices, et si cette force s'affaiblit avec le temps, et disparaît enfin entièrement.

« De nombreux observateurs ont remarqué que, dans ces derniers temps, les pustules de vaccine sont moins développées; que leur apparition s'accompagnait de symptômes moins graves. A l'objection on en oppose une beaucoup plus fondée : c'est la réceptivité diminuant et augmentant en raison directe des inoculations. Les conséquences sont très graves: les *premiers* rejettent la vaccination; les seconds recommandent, au contraire, la revaccination. »

Gregory dit que la revaccination est « comme la prise d'une nouvelle police dans l'assurance contre la variole. » L'auteur, d'accord avec Westrumb et Thiele, conclut à la nécessité de la revaccination faite avec de la vaccine fraîche venant des vaches. Il regrette que les gouvernements ne la conseillent ou ne l'ordonnent pas.

CONCLUSIONS. — « En considérant le mode de développement du vaccin, les nombreux moyens employés pour produire la vaccine, nous sommes porté, dit l'auteur, à reconnaître dans la composition de la vaccine certaines modifications influant sur son pouvoir préservatif. Ainsi, de même qu'on a admis des variétés dans le virus varioleux, et qu'on dit *variola, varioloïs, varicella*, on devrait dire *vaccina, vaccinoïs, vaccinella*. »

L'auteur passe en revue ceux qui prétendent que la vaccine ne préserve pas de la variole, entre autres le conseil sanitaire de Charleston, qui déclara que, si la vaccine ne préservait pas de la varioloïde, elle préservait de la variole; Brown, qui observa de la varioloïde après la variole et la vaccine; Runzler et Heyfelder, qui virent le développement simultané sur le même individu de la varioloïde et de la vaccine. Mais il croit que le pouvoir préservatif de la vaccine dépend, et de sa composition, et des caractères de la constitution générale de l'inoculé.

L'auteur, tout en reconnaissant les ténèbres qui enveloppent encore cette question, est porté à conclure que « la vaccine préserve de la varioloïde considérée, non pas comme maladie essentielle, mais comme modification de la variole. »

A part l'influence de l'âge sur l'inoculation de la vaccine, on doit tenir compte de certaines individualités qui résistent à toute inoculation. D'autres, au contraire, présentent une réceptivité toute spéciale, ce qui explique les récidives.

« Pour nous résumer, dit M. Ritter en terminant, nous ne reconnaissons à la vaccine aucun pouvoir préservatif absolu contre la varioloïde. Son action est tout à fait relative et dépend du caractère et de la source de la vaccine, de la constitution de l'inoculé, enfin du mode d'inoculation. »

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 6 AVRIL 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

CHIRURGIE. — *Considérations sur le traitement des blessures à l'armée de Crimée*, par M. *Baudens*. — Dans la campagne de Crimée, la gravité des blessures n'avait pas seulement pour causes les boulets et la mitraille : elle tenait aussi au perfectionnement des nouvelles armes de précision et à la substitution des balles coniques aux balles rondes. Les balles coniques, animées d'une plus grande vitesse, entrent en droite ligne et produisent des éclats d'os plus nombreux et plus étendus. La résistance les déforme sans presque les faire dévier; elles s'allongent, s'aplatissent ou se séparent même en plusieurs morceaux plus souvent que les balles rondes. L'ouverture de sortie des balles coniques est presque toujours diamétralement opposée à l'ouverture d'entrée. Il arrive souvent, au contraire, que le passage d'une balle ronde ne soit pas direct.

Après avoir condamné la pratique du débridement pour les plaies d'armes à feu, M. Baudens ajoute :

Quand la plaie est simple, elle guérit d'elle-même; et lorsqu'elle recèle des corps étrangers qui la compliquent, le débridement est encore impuissant par lui-même. Pour arrêter la marche des accidents, il faut enlever les corps étrangers dont la présence agit comme une épine.

M. Baudens dit qu'en Crimée et à Constantinople, beaucoup de fractures du fémur, déterminées par des projectiles, ont été sauvées par l'emploi des appareils à fractures de son invention, procédé opératoire qui donne les plus admirables résultats : non-seulement le membre est sauvé, mais la guérison est plus certaine. Il faut conserver le plus scrupuleusement possible le périoste. M. Flourens a démontré que cette membrane, qui sécrète le tissu osseux, le régénère si elle est restée en place. (*Comm.:* MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

PHYSIOLOGIE. — *De l'hypertrophie normale du cœur pendant la grossesse, et de son importance pathogénique*, par M. *Larcher*. — Le cœur est normalement hypertrophié dans l'espèce humaine pendant la gestation. L'épaisseur des parois du ventricule aortique est augmentée d'un quart au moins, d'un tiers au plus; le ventricule droit et les oreillettes conservent leur épaisseur normale.

Après avoir constaté, dans la première partie de mon mémoire, le fait anatomique, et en avoir fait ressortir les conséquences physiologiques, je m'attache, dans la seconde partie, à en démontrer l'importance pathogénique. J'attribue à l'hypertrophie normale du cœur pendant la gestation une prédisposition nécessaire aux di-

verses lésions du centre circulatoire, ainsi que le caractère de persistance de la bronchite chez les femmes enceintes. En outre, c'est cette hypertrophie, selon moi, qui provoque ou favorise, dans les mêmes circonstances, l'épistaxis, l'hémoptysie, la métrorrhagie, l'hémorrhagie cérébrale.

C'est en poussant le sang artériel vers le produit de la conception, que le ventricule gauche tient dans une sorte d'arrêt la tuberculisation pulmonaire, et cela au profit du nouvel être créé. C'est au contraire au profit de l'œuvre de destruction qu'agit le cœur, encore hypertrophié après l'accouchement, alors qu'il vient aggraver les phlegmasies intercurrentes. (*Comm.:* MM. Flourens, Andral, J. Cloquet.)

PHYSIOLOGIE. — *Sur une fonction peu connue du pancréas, la digestion des aliments azotés*, par M. *L. Corvisart*. (Voir le dernier numéro : TRAVAUX ORIGINAUX.)

PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — *Du cerveau des dytiques, considéré dans ses rapports avec la locomotion*, par M. *E. Faivre*. — Toutes les observations de l'auteur se ramènent à ses conclusions : Les ganglions sus ou sous-œsophagiens et les pédoncules qui les lient représentent le cerveau du dytique et exercent sur la locomotion une influence incontestable. — La partie supérieure du cerveau, placée au-dessus de l'œsophage, est le siége de la volition et de la direction des mouvements. La partie inférieure ou sous-œsophagienne est le siége de la cause excitatrice ou de la puissance coordinatrice. (*Comm.:* MM. Serres, Flourens, Milne-Edwards.)

CHIMIE ORGANIQUE. — *Recherches chimiques sur le cyclamen* (1re partie : *Cyclamine*), par M. *S. de Luca*. — Dans cette première partie, l'auteur étudie les principales propriétés de la *cyclamine*, matière toxique contenue dans la racine du cyclamen, conjointement avec une matière sucrée fermentescible, de l'amidon de la gomme et des substances âcres et irritantes.

La cyclamine est une substance amorphe et blanche, sans odeur, opaque, friable et légère, neutre aux réactifs, soluble dans l'eau et l'alcool.

M. Bernard a fait, avec le jus extrait de deux tubercules de cyclamen, les expériences suivantes, pour voir si la matière active offre quelque analogie avec le curare : 1° il en a injecté 2 grammes d'un jus exprimé depuis trois jours, dans le jabot d'un gros verdier, qui mourut avec une grande rapidité; 2° 4 grammes dans la trachée d'un lapin, qui est mort en dix minutes avec convulsions; 3° 1 gramme du liquide introduit sous la peau d'un verdier a produit la mort au bout de vingt minutes avec convulsions; 4° une grenouille qui a reçu sous la peau 2 grammes de la dissolution est morte au bout d'une demi-heure; le cœur ne battait plus, les nerfs et les muscles étaient très peu excitables, les intestins considérablement météorisés et distendus par des gaz.

Toutes ces expériences montrent que la matière active contenue dans le tubercule du cyclamen agit sur l'économie animale à peu près comme le curare, mais moins énergiquement. La solution aqueuse de cyclamine agit d'une manière analogue.

L'action toxique de la cyclamine et du suc de cyclamen est pres que neutralisée par le brome.

La solution aqueuse de cyclamine observée avec les appareils de M. Biot présente un faible pouvoir rotatoire à gauche. (*Comm. :* MM. Pelouze, Balard, Cl. Bernard.)

MÉDECINE. — M. *Rochard* adresse une réclamation à l'occasion d'un mémoire lu par M. *Sellier* dans la séance du 23 mars. Ce mémoire, dit M. Rochard, a été présenté à l'Académie par M. Sellier et par moi.

En donnant ainsi une indication complète, M. Sellier n'aurait été que juste, et n'aurait fait d'ailleurs que suivre l'exemple que je lui ai donné moi-même en associant son nom au mien lorsque, dans une publication faite ultérieurement par moi seul (voyez le *Moniteur des hôpitaux* du 11 juin 1855), je trace un rapide historique des recherches déjà faites sur l'emploi, en thérapeutique, de l'iodure de chlorure mercureux. Cet acte de justice était d'autant plus obligatoire pour M. Sellier, que ce médecin ne peut avoir oublié que c'est moi qui l'ai initié aux applications médicales diverses, de l'iodure de chlorure mercureux, dont il n'avait aucune connaissance avant notre première entrevue, et qu'il ne peut ignorer que *cinq ans avant notre commun travail* j'avais déjà adressé à l'Académie l'exposé de recherches étendues sur le traitement de diverses affections scrofuleuses et cutanées (parmi lesquelles la couperose) par le nouveau médicament, avec de nombreuses observations de guérison à l'appui. (Voyez *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, séance du 20 avril 1846)

M. Sellier se félicite, dans sa communication, des perfectionnements qui auraient été apportés, depuis nos communes expériences, dans la préparation faite par M. Boutigny lui même de l'iodure de chlorure mercureux. Quoiqu'il soit assez difficile de concevoir les perfectionnements que peut subir un médicament qui, jusqu'à ce jour, a réussi entre mes mains dans tous les cas où il a pu être appliqué régulièrement, je ne nie pourtant pas d'une manière absolue ces perfectionnements; je demande seulement, avant de les admettre, que l'inventeur ou le préconisateur mette le public scientifique à même de les apprécier par des expériences publiques et authentiques, comme je l'ai fait moi-même depuis plus d'un an dans les services de M. le professeur Nélaton, de MM. Rayer, médecin de la Charité, Piédagnel, médecin de l'Hôtel-Dieu, et Monod, chirurgien de la maison municipale de santé. (*Comm.:* MM. Andral et J. Cloquet.)

PHYSIOLOGIE. — *Expériences sur l'urée et les urates*, par M. *Gallois*. — Dans un mémoire présenté à la Société des sciences de Gœttingue, en février 1848, MM. Wœhler et Frerichs avaient annoncé que l'urée introduite dans les voies digestives se retrouvait intacte dans l'urine.

M. Gallois a confirmé cette assertion par deux séries d'expériences faites sur un lapin, dans l'estomac duquel il a injecté deux fois, trois jours de suite, 5 grammes d'urée. L'urée injectée dans l'estomac des lapins passe intacte dans leur urine, et en proportion notable. L'élimination en est déjà abondante après trente à quarante minutes, et cesse au bout de soixante à soixante-dix heures, quelle que soit, du reste, la proportion d'urée injectée.

L'urée est un poison assez actif pour les lapins. L'auteur a administré l'urée à dose de 20 grammes à cinq lapins du poids de 1,500 à 2,000 grammes; et tous ont succombé avec les mêmes symptômes, qui peuvent se résumer ainsi : accélération de la respiration, affaiblissement des membres, tremblements avec soubresauts, convulsions générales, puis tétanos et mort. Les lésions cadavériques sont le plus souvent nulles.

L'auteur ne croit pas que l'urée accumulée dans le sang détermine les symptômes de l'*urémie* en se transformant en carbonate d'ammoniaque, car au moment où les animaux succombaient en proie aux accidents les plus aigus, jamais dans l'air qu'ils expiraient je n'ai pu constater la présence du carbonate d'ammoniaque.

PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — *Observations relatives à la génération des arachnides*, par M. *Emile Blanchard*. — « Depuis les expériences de Bonnet sur les pucerons, les naturalistes se sont souvent préoccupés de la faculté attribuée aux femelles de certains animaux articulés d'engendrer sans le secours d'aucun mâle. Ainsi on a assuré que des aranéides isolées, tenues en captivité, venaient souvent à pondre des œufs féconds, et que ces pontes pouvaient se succéder pendant plusieurs années. De l'ensemble de mes recherches je dois cependant conclure que les aranéides femelles ne sauraient, en aucun cas, perpétuer leur espèce sans avoir eu l'approche du mâle; mais qu'un seul accouplement suffit pour que plusieurs pontes s'effectuent à des intervalles éloignés, par suite de la disposition organique, qui permet à la liqueur séminale d'être tenue en réserve dans les conduits ovariques. »

ANATOMIE. — *Etude des ostéoplastes au moyen de l'action particulière exercée par la glycérine sur les éléments anatomiques des os frais*, par M. *Ch. Robin*. — Le but de cette note est de démontrer l'existence d'un liquide organique dans les ostéoplastes et dans leur réseau de canalicules déliés, à l'exclusion de toute matière solide.

Cette démonstration n'est elle-même que le résultat d'une action spéciale de la glycérine sur le liquide des ostéoplastes.

Le phénomène dont il s'agit s'opère toutes les fois qu'un os *frais*, dépouillé de son périoste, ou réduit en lames minces, vient à être plongé dans la glycérine qui l'imbibe. Il consiste en un dégagement de gaz qui se produit dans le liquide des ostéoplastes et de leurs canalicules, au moment où la glycérine imbibe la substance osseuse et arrive à ce liquide.

Sous l'influence de la glycérine, de ce dégagement dans les ostéoplastes d'un gaz dont on voit les bulles s'étendre dans leurs canalicules anostomotiques, qu'elles rendent opaques en chassant devant elles un liquide transparent, il résulte manifestement que ce n'est pas un corps solide ou demi-solide qui remplit les cavités caractéristiques des os.

Ce dernier fait ne résulte pas moins évidemment de la réplétion consécutive de ces canaux microscopiques par le liquide même qui avait causé le dégagement gazeux, lorsqu'il est ajouté en quantité surabondante.

SÉANCE DU 13 AVRIL 1857. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

CHIMIE ORGANIQUE. — M. *Würtz* présente un travail *sur la formation artificielle de la glycérine*. (*Comm. :* MM. Chevreul, Dumas, Regnault, Balard.)

— M. *Pierlot* lit une note intitulée : *De la préexistence de l'acide valérianique dans la racine fraîche de valériane*. L'auteur a extrait directement cet acide, qui se trouve dans l'eau de végétation, dégagé de toute combinaison saline. (*Comm. :* MM. Pelouze, Balard.)

CHIMIE MÉDICALE — *Présence du fluor dans les eaux minérales de Plombières, de Vichy et de Contrexéville*, par M. Nicklès. Le fluor existe dans ces eaux à l'état de fluorures, mais en si faibles proportions qu'il ne saurait déterminer d'accidents toxiques.

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 14 AVRIL 1857.

Lectures et Mémoires.

CHIRURGIE. — M. *Larrey* donne lecture d'un *Rapport sur une observation d'amputation scapulo-humérale avec résection partielle de la clavicule et de l'apophyse coracoïde pour une mutilation compliquée de l'épaule*, par M. le docteur *Michalski*.

Il s'agit dans l'observation de M. Michalski d'un de ces cas assez rares, où des mutilations graves produites par des agents vulnérants ou des altérations organiques ont rendu nécessaire la résection des os de l'épaule autres que l'humérus.

Un employé du chemin de fer du Centre fut atteint, dans l'obscurité, le 14 avril 1850, par une locomotive qui le renversa sur les rails et lui passa sur le corps. Appelé auprès de lui, le lendemain matin, M. Michalski le trouva dans les conditions suivantes : L'humérus gauche est fracturé comminutivement dans son tiers supérieur. L'avant-bras est cassé dans son tiers inférieur. La clavicule, l'apophyse acromion, l'épine de l'omoplate et son bord axillaire, les cinquième et sixième côtes gauches sont fracturées aussi. La déchirure et l'attrition des parties molles s'étendent, en avant, jusqu'au milieu de la région mammaire, et en arrière, au delà du bord axillaire postérieur.

L'état général du blessé étant satisfaisant et le moral excellent, M. Michalski se décide à pratiquer l'amputation immédiate du membre dans l'articulation scapulo-humérale, en adaptant le mode opératoire au délabrement des parties.

Le blessé anesthésié avec le chloroforme, l'artère axillaire est liée, le bras détaché du corps par la section du deltoïde, la capsule articulaire fendue et la tête de l'humérus extraite sans pouvoir suivre aucun procédé régulier. Puis la plaie est régularisée et pansée méthodiquement.

— Médication tonique : régime analeptique.

Les premiers jours se passent sans accidents. Puis, fièvre traumatique intense ; délire ; troubles fonctionnels des organes digestifs ; signes de pneumonie. Plus tard, gangrène de la peau d'une partie de l'aisselle, destinée à la formation des lambeaux.

Le 1er mai, état général fâcheux : abcès de la région scapulaire. Le 10 mai, résection de l'acromion, d'une partie de l'épine de l'omoplate et du sommet de l'apophyse coracoïde. Bientôt les accidents locaux s'amendent ; l'état général s'améliore. A la fin de mai, la convalescence est assurée et la cicatrisation avance de plus en plus. La guérison s'achève dans la première quinzaine de juin, environ deux mois après l'accident.

M. Michalski a présenté, l'année dernière, au Val-de-Grâce, l'opéré dont il vient d'être question, à M. Larrey, qui l'a trouvé dans l'état suivant : L'épaule est élevée en totalité. Le moignon offre, au niveau de la cavité glénoïde, une cicatrice épaisse, adhérente et froncée. Une autre cicatrice irrégulière, aminoie, s'étend directement en bas jusqu'au milieu des huitième et neuvième côtes. La sensibilité du moignon lui-même est presque nulle ; mais la douleur est à peu près continue dans la cicatrice de l'aisselle. Le retentissement de la douleur se manifeste surtout dans le pouce, dans l'index et dans l'auriculaire, avec cette sensation particulière que les doigts semblent se rétracter sans pouvoir s'étendre.

M. *Larrey* regrette que l'auteur, peu familier, d'ailleurs, notre langue, n'ait pas exposé, d'une manière assez chirurgicale, le mode opératoire qu'il a employé, de sorte qu'on ne sait de quelle méthode se rapproche le plus le procédé de nécessité auquel il a eu recours. Il ne paraît pas, non plus, avoir fait de recherches sur les cas analogues ou comparables à celui qu'il a rapporté. Il présume, il affirme même, qu'il n'existe pas d'exemples d'une pareille guérison.

Tout en acceptant volontiers ce que ce fait peut offrir de grave et d'insolite en réalité, d'heureux et d'inattendu en résultats, M. Larrey rappelle quelques observations du même genre et les rapproche de celle de M. Michalski. Il cite surtout plusieurs exemples de désarticulation scapulo-humérale avec résection de portions de l'omoplate et de la clavicule, opérée par Larrey père sur des hommes atteints par de gros projectiles.

L'observation de M. Michalski est, en définitive, un cas rare, dont la place sera marquée désormais parmi les lésions traumatiques les plus graves, les plus compliquées, parvenues à la guérison.

En conséquence, la commission, en mémoire de Gerdy, propose à l'Académie d'adresser une lettre de remerciments à M. le docteur Michalski et de déposer son mémoire dans les Archives. (*Adopté.*)

M. *Ferrus* : Les paroles prononcées par M. Larrey n'ont, en aucun cas, besoin d'être appuyées par des témoignages. Je crois devoir, toutefois, ajouter quelques mots au récit qu'il vient de faire de l'opération aussi habile que hardie pratiquée par son illustre père, sur le colonel d'Abboville, dangereusement blessé à la bataille de Wagram.

La plaie, suite de cette mutilation était effrayante à voir. J'ai eu lieu de m'en assurer personnellement, soit en secondant M. Larrey lui-même dans l'un des pansements consécutifs, soit en m'associant aux soins donnés au colonel et à deux officiers du même régiment (artillerie de la vieille garde) par notre regrettable collègue M. Therrin, premier chirurgien de ce corps. Surpris autant que charmé de la marche rapide que suivait vers la guérison la blessure du colonel et celle des deux officiers également amputés, demeurant avec lui, qui étaient ses compagnons d'infortune, nous attribuâmes, d'un commun accord, ces résultats favorables non-seulement à la salubrité du lieu qu'ils habitaient, mais plus encore aux puissantes ressources morales dont chacun des blessés était doué.

Le colonel conservait, après son affreuse blessure, la plus grande sérénité d'esprit.

Un capitaine, M. Laguette, habile joueur de flûte, une heure après l'amputation de son bras gauche, n'était occupé que de la

possibilité de jouer de son instrument à l'aide d'une seule main. Il est parvenu à réaliser son entreprise.

Le troisième blessé, le chef d'escadron Greiner, qui plus tard a commandé la place de Vincennes, a voulu absolument être amputé sur l'un des canons placés sous son commandement. L'excellent Therrin, qui était son ami et le modèle des chirurgiens militaires par sa grande instruction, son inépuisable dévouement et son courage, souscrivit à son vœu au péril de sa vie. L'opération terminée, il parvint, enfin, à entraîner le blessé loin du champ de bataille; mais celui-ci ne put s'y décider qu'après avoir mis un pied sur le bras amputé pour retirer lui-même de l'un des doigts de ce débris, une bague à laquelle il tenait beaucoup.

Je vis à plusieurs reprises les trois blessés réunis, et je pris part à leurs entretiens qui étaient tout aussi enjoués que s'il ne leur était rien arrivé.

J'ai cité ces faits, messieurs, pour constater une fois de plus combien les hommes énergiques peuvent mépriser la douleur et combien aussi la fermeté de caractère et le calme moral sont des conditions favorables à la guérison des plus graves atteintes que l'économie puisse éprouver.

SÉANCE DU 21 AVRIL 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Après quelques réclamations de M. *J. Guérin*, le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Un rapport de M. le docteur *Masson* (de Beaune), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la colonie pénitentiaire de Citeaux en novembre 1856. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Revillont*, sur le service médical des bains de mer du Croisic pendant les années 1854-55 et 1856. — *c*. Un rapport de M. le docteur *Isarié*, sur le service médical des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), pendant l'année 1855. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : — *a*. Le tableau des vaccinations et revaccinations pratiquées par M. le docteur *Hullin*, en 1855. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Barthélemy*, de Saumur, dont le nom a été souvent cité à propos de la *méthode sous-cutanée*, écrit à l'Académie une lettre dont nous extrayons les passages suivants :

« Dans le cours de l'année 1838, assistant, rue Duras, à une section du sterno-mastoïdien que M. J. Guérin pratiquait pour un torticolis chronique, l'idée me vint, séance tenante, d'appliquer les sections sous-cutanées à l'opération des ganglions synoviaux; et c'est ainsi que j'imaginai et publiai mon procédé dans la *Gazette des hôpitaux*, le 27 novembre 1838.

» En 1839, M. J. Guérin fit connaître les formules générales qui sont la base de sa méthode sous-cutanée, et, plus tard, il dit, *par inadvertance*, sans doute, que mon procédé se trouvait *implicitement* renfermé dans ces mêmes formules.

» Il me fut aisé de démontrer à cet honorable confrère qu'il se trompait, puisque mon procédé avait précédé les formules générales de près d'une année.

» La vérité est donc que, bien que mon procédé soit une inspiration de la méthode sous-cutanée de M. Guérin, il n'en a pas moins présenté, dans le temps, un côté nouveau, en ce sens que j'ai appliqué, le premier, au traitement des ganglions synoviaux les sections sous cutanées, qui ne l'avaient été, jusqu'alors, par tous les chirurgiens, et par M. Guérin lui-même, qu'à la ténotomie. »

Lectures et Rapports.

CHIRURGIE. — M. le docteur *P. Hutin*, chirurgien en chef des Invalides, lit une observation ayant pour titre : *Ablation du corps de l'os maxillaire inférieur par un boulet de canon. Réparation des parties molles. Résultats consécutifs observés quarante-huit ans après la mutilation.*

Il s'agit d'un militaire, J.-B. Retrouvé, atteint à la bataille de Wagram, en 1809, par un boulet de petit calibre qui lui enleva le corps de la mâchoire et le plancher de la bouche.

Quatre mois après, on put appliquer à cet invalide un menton d'argent, qu'il conserva depuis.

M. Hutin a revu ce blessé en 1850. Il a trouvé la lèvre inférieure inclinée en avant, et le plancher de la bouche percé d'une ouverture de 6 centimètres et demi transversalement, sur 2 et demi d'avant en arrière. La langue avait conservé des adhérences avec le bord de l'ouverture sous-mentale ; ses mouvements étaient bornés; cependant le blessé pouvait, en ramenant la pointe en arrière, l'appliquer sur l'ouverture, et fermer celle-ci. Il ne restait plus trace des glandes sublinguales et de la sous-maxillaire droite, ni de leurs conduits excréteurs. Les nerfs maxillaires inférieurs déchirés ne se décelaient par aucun renflement terminal sensible.

Les joues étaient et sont encore attirées vers la ligne médiane par leur propre poids et par l'action rétractile du tissu cicatriciel. Leur pression continue sur les dents et sur les parois alvéolaires a vaincu la résistance des lames palato-maxillaires, qui sont rétrécies et déformées par suite d'atrophie. Si encore la langue était restée dans la bouche, sa présence aurait pu combattre peut-être cette tendance au rapprochement des arcades dentaires.

Que reste-t-il à faire à Retrouvé? M. Hutin croit que l'état des parties mutilées ne permet pas d'en tenter la restauration. Il pense, avec M. Larrey, qu'il faut, à tous égards, respecter l'état présent de l'invalide, pour ne pas obtenir pis en cherchant mieux. (*Comm.*: MM. Bégin, Larrey, Jobert.)

PHYSIOLOGIE. — M. *Bérard* lit un rapport sur un mémoire de M. Colin ayant pour titre : *De la digestion et de l'absorption des matières grasses sans le concours du fluide pancréatique.* (Voir aux TRAVAUX ORIGINAUX.)

La lecture de M. *Bérard* est accueillie par des applaudissements et de nombreuses marques de sympathie.

M. *H. Bouley*. M. le rapporteur a fait aux autres membres de la commission un reproche d'indifférence que je ne puis accepter pour mon compte. Il est vrai que je n'ai assisté qu'aux premières expériences faites sur des chiens; mais j'atteste que, si je ne me suis pas trouvé aux expériences suivantes, c'est que M. le rapporteur a négligé de me convoquer.

M. *Bussy* se plaint aussi de n'avoir pas été prévenu toutes les fois qu'une expérience devait se faire à l'École d'Alfort.

M. *Bérard*. Messieurs, si j'ai manqué en quelque chose aux égards que je devais aux membres de la commission, je le regrette, et leur en demande sincèrement pardon. Je les prie en outre de considérer que le mauvais état de ma santé ne me permet guère d'être à la fois rapporteur et secrétaire d'une commission.

Quant à M. Bouley, pourquoi n'a-t-il pas assisté avec plus d'assiduité à nos expériences? Elles se faisaient à Alfort, à quelques pas de son domicile, dans un amphithéâtre ouvert à tout venant, je dirai presque au vu et au su de toute l'École. Faut-il dire ce que je pense? Je crains que le souvenir de la discussion sur la ligature de l'œsophage, dans laquelle M. Bouley et M. Colin n'avaient pu se trouver d'accord, n'ait été pour quelque chose dans l'abstention de M. Bouley.

M. *Bouley* proteste énergiquement contre cette insinuation, et répète que, s'il a fait défaut aux expériences qui se sont pratiquées à Alfort, c'est uniquement parce qu'il n'a jamais été prévenu.

M. *le Président* met aux voix les conclusions du rapport de M. Berard. Elles sont adoptées.

Discussion sur la méthode sous-cutanée.

M. *le Président* rappelle de nouveau que l'auditoire doit s'abstenir de toute manifestation. Il compromettrait autrement la publicité, d'ailleurs si utile, des séances académiques.

M. *Velpeau*. Messieurs, vous venez d'entendre un de nos collègues qui a l'habitude de se faire écouter avec faveur, et qui vous a communiqué un fait d'une grande importance. Je viens, au contraire, traiter une question déjà pendante depuis deux mois, et je crains d'être ennuyeux. Quoiqu'il ait été dit bien des choses sur cette question, je me demande encore : *Qu'est-ce que c'est que la méthode sous-cutanée?*

C'est une opération qui se fait sous les téguments, par une ouverture de la peau aussi petite que possible. Voilà le fait brut, matériel. La méthode sous-cutanée a été appliquée d'abord à tous les tendons, puis aux ligaments, aux brides fibreuses, à une infinité de muscles, d'organes mêlés, à des vaisseaux, artères et veines, à des nerfs, à des kystes, aux collections des cavités closes, aux ganglions, aux capsules articulaires, aux hernies, etc. C'est donc un genre d'opérations qui a pris une grande extension et qui joue maintenant un grand rôle en chirurgie.

Il serait difficile de ne pas s'entendre, si l'on voulait demander qui a pratiqué le premier une opération sous-cutanée pour un muscle ou un tendon ; si l'on voulait rechercher qui a dit que l'ouverture de la peau devait être aussi petite que possible ; si l'on voulait savoir dans quel but cette opération a été pratiquée. Jusqu'à présent, le débat a surtout porté sur la question de priorité ; beaucoup de personnes pensent que ce côté de la question est fort ennuyeux, et qu'on devrait bien en faire grâce à l'Académie. Mais si l'on veut bien faire attention qu'il s'agit d'une des plus grandes acquisitions chirurgicales de notre siècle, on ne raisonnera plus de la sorte. Il me semble donc qu'il faut maintenant élucider ce point, et il ne faut pour cela que l'examiner avec une disposition d'esprit dans laquelle on n'est peut-être pas tous les jours. Il s'est mêlé un peu de fiel à cette discussion ; on a pensé que certains orateurs s'étaient plus occupés de personnalités que de science. En ce qui me concerne, je puis affirmer que je n'ai apporté aucune amertume dans cette discussion. J'aime, j'estime le talent de tous ceux qui ont parlé jusqu'ici ; celui de nos collègues qui est le plus en cause a des qualités que j'apprécie. Je cherche purement et simplement la vérité, et j'ai vu avec quelque chagrin que tout le monde n'en était pas là.

M. Guérin est venu avec quelques préventions ; il les a laissé percer dans plusieurs passages de son argumentation. Ainsi il a commencé par dire que ce débat n'était pas sérieux, qu'il avait été provoqué la veille d'une décision qui devait honorer la méthode, et dans le but d'empêcher cette décision ou d'en amoindrir la valeur. C'est à moi que s'adressait évidemment cette accusation, et je ferai remarquer qu'avec une pareille disposition d'esprit M. Guérin devait être peu enclin à se montrer calme et juste.

Ce débat n'a pas été provoqué dans le but qu'a supposé M. Guérin ; c'est le 13 janvier que j'ai posé ici la question dont il s'agit ; or, dès le 29 décembre, la décision avait été proposée et adoptée dans le comité secret du 5 janvier. Je le répète, ceci ne me blesse pas : seulement je tiens à faire remarquer que M. Guérin s'est mépris.

M. *J. Guérin*. Je demande la parole.

M. *Velpeau*. Je doute que M. Guérin ait quelque chose à répondre à ceci ; les procès-verbaux, les registres de l'Académie des sciences, sont là pour prouver ce que je viens de dire.

M. Guérin, en voulant répondre à mes arguments, s'est souvent servi de preuves qui m'ont paru tomber à côté de la question. Qu'est-ce que j'ai contesté ? Que M. Guérin eût inventé la méthode ou une méthode sous-cutanée ? Il répond en invoquant l'opinion d'autres savants, ou des savants même qu'on lui oppose. Les personnes que cite M. Guérin ont dit qu'il avait publié de beaux travaux ; cela ne veut pas dire qu'il a inventé la méthode sous-cutanée. Je ne refuse pas à M. Guérin le mérite d'avoir publié sur ce sujet des recherches intéressantes, de beaux travaux. J'ai dit seulement que M. Guérin n'avait pas inventé la méthode sous-cutanée ou une méthode sous-cutanée. Ses preuves sont mal choisies quand il veut le démontrer. Ainsi, il cite un article de la *Gazette des hôpitaux*, où il est question d'une opération de hernie dont j'aurais voulu obtenir la cure radicale par une opération sous-cutanée. Je ne suis pas responsable de la teneur de cet article, dans lequel le rédacteur attribue à M. Guérin l'invention de la méthode sous-cutanée. M. Guérin a fait confusion, et cependant l'initiale du rédacteur est au bas de l'article pour éviter toute méprise. De pareilles preuves ne sont pas réellement des preuves.

M. Bonnet ne dit pas non plus que M. Guérin ait inventé la méthode sous-cutanée, mais seulement qu'il l'a généralisée.

Quant à M. Sédillot, il n'accepte pas le langage que M. Guérin lui a prêté ; M. Sédillot m'écrit pour me dire que c'est à tort que M. Guérin le cite comme ayant changé d'opinion ; il ajoute que son opinion est que M. Guérin n'a rien inventé du tout. M. Guérin a donc invoqué l'opinion de gens dont le témoignage se retourne contre lui.

Comme j'avais soutenu que la méthode sous-cutanée avait été employée par bien des auteurs avant 1839, M. Guérin est venu dire : Comment se fait-il qu'il ne soit pas question de cette méthode dans l'ouvrage de M. Velpeau ? Cet argument m'a paru étrange. J'ai consacré à peu près une centaine de pages, de la page 598 à la page 692, à décrire les procédés de la ténotomie et de la myotomie sous cutanées. Dans ce long article, j'examine les meilleurs procédés, les applications de la méthode, et je décris les opérations proposées ou appliquées jusque-là ; j'expose en détail la ténotomie du pied, du jarret, de la main, du cou, la ténotomie à peu près dans toutes les régions. Je me suis demandé comment M. Guérin avait pu croire que je n'avais rien dit des opérations sous-cutanées. C'est qu'il a été voir au chapitre des incisions si je parlais des incisions sous-cutanées ; et comme, en effet, je n'ai pas jugé nécessaire de leur consacrer un chapitre à part, il a pensé qu'il n'en était fait aucune mention dans mon livre.

M. Guérin, arrivant à l'opération en elle-même, a voulu caractériser la sienne et montrer qu'elle se différenciait par des caractères particuliers. Vous remettez en contact, a-t-il dit, les deux bouts du tendon divisé, vous voulez obtenir une inflammation adhésive ; ce fait capital caractérise la doctrine de Hunter, la ténotomie, que M. Guérin appelle huntérienne. Ceci est une erreur ; personne n'a donné le conseil de remettre au contact les deux bouts du tendon divisé ; cela n'est pas possible d'ailleurs. En effet, si le tendon se resoudait dans cette position, on n'aurait pas remédié à la difformité pour laquelle l'opération aurait été faite, ou tout au plus aurait-on gagné un allongement de quelques millimètres. Le contraire a été dit dans la thèse de M. Held (de Strasbourg) ; on peut le lire tout au long dans le travail de M. Bouvier ; je l'ai dit moi-même. Après avoir énuméré trois conditions qu'il convient d'observer, j'ai soin de dire qu'il y en a une quatrième qui consiste à maintenir les bouts écartés.

Pendant des siècles on n'avait pas osé toucher aux tendons, parce qu'on craignait qu'ils ne fussent incapables de se reproduire. J'ai montré un des premiers que les tendons divisés pouvaient se reconstituer. J'en demande donc bien pardon à M. Guérin, mais c'est lui qui est venu à notre opinion et non pas nous qui nous sommes rangés à la sienne.

Dans la méthode sous-cutanée, il y a un point relatif aux incisions, que M. Guérin a longuement traité ; il ne faut pas que la plaie extérieure et la plaie intérieure soient parallèles. Eh bien ! et j'ai déjà essayé de le démontrer à M. Guérin, ceci a été dit par une foule de personnes et pour une foule de cas ; M. Bouvier vous a dit que cela avait été fait pour les tendons ; j'avais dit qu'on l'avait proposé pour l'empyème. M. Guérin répond à ceci que j'ai contesté moi-même les avantages de cette manière d'opérer. Mais, parce que je rejette un fait, est-ce que ce fait a pour cela cessé d'exister ? Le principe était formulé ; on avait dit, conseillé de détruire le parallélisme des plaies. M. Guérin a trouvé que j'avais recommandé de faire l'incision la plus directe et la plus perpendiculaire pour l'extraction des corps étrangers articulaires, et il l'a imprimé en italiques. J'aurais dit cela, je ne m'en défendrais pas, mais je ne l'ai pas dit ; M. Guérin a vu cela par induction plutôt qu'il ne l'a lu avec les yeux, et ceci prouve qu'il n'y a pas de mal à voir après lui quand il cite quelque chose. J'ai dit qu'il fallait faire l'incision la plus nette et la plus prompte, ce qui ne se ressemble guère.

On a dit à M. Guérin : « Mais les malades que vous croyez avoir guéris ne sont pas guéris. » J'aurais compris qu'il fût venu nous démontrer le contraire. Pas le moins du monde ; il donne d'autres malades, des malades d'un autre ordre, à une commission chargée d'examiner les résultats de sa pratique, et il nous oppose l'opinion de cette commission. Quel rapport y a-t-il entre l'objection et la réponse ?

Le pli de la peau a joué un grand rôle dans cette discussion; j'avais établi ce pli comme ligne de démarcation entre la méthode de M. Guérin et l'ancienne. Mais M. Malgaigne, moins débonnaire que moi, a voulu me donner ce pli. M. Guérin est venu nous dire : Il y a pli et pli; il y en a de plusieurs sortes; M. Velpeau lui-même en a un, mais ce pli a pour but de faciliter l'action du ténotome et d'éloigner le tendon. Que se propose M. Guérin en faisant ce pli? A peu près le même résultat. Que le pli soit fait avant ou après la piqûre, la chose importe peu (c'est ce que M. Velpeau essaye de prouver par une démonstration expérimentale sur le cadavre). Le fameux pli de M. Guérin, celui-là même qu'il revendique, je l'avais indiqué bien avant 1839, en 1836, à propos de la section des tendons et des muscles. Ce pli est à moi, je peux le réclamer de bonne guerre à M. Guérin ; mais je dirais volontiers avec M. Malgaigne : Je n'en suis pas plus fier. D'ailleurs n'arrive-t-on pas à la même action en attirant la peau par côté? C'est toujours une plaie sous-cutanée; le parallélisme est toujours détruit entre l'ouverture extérieure et la plaie intérieure. Ce pli n'existera plus entre nous; si M. Guérin le veut, je le lui donne, mais cela ne veut pas dire qu'il n'a pas été décrit avant lui.

La séance est levée à cinq heures. M. Velpeau achèvera son argumentation dans la prochaine séance.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Peau bronzée; guérison à peu près complète, par M. Chevandier.

Il n'est pas question ici de lésion des capsules surrénales, car le sujet paraît devoir échapper à la curiosité du scalpel; mais c'est justement ce qui fait l'intérêt de cette observation. On sait que l'affection connue sous le nom de *peau bronzée* passe pour être à peu près incurable. Il est vrai qu'à ce signe spécifique de la coloration de la peau se sont joints divers accidents qui ne sont pas propres à la maladie d'Addison; mais il n'en résulte pas moins que la nigritie accidentelle ne paraît pas constituer toujours un signe fatal, puisque chez le sujet dont M. Chevandier rapporte l'histoire, la nigritie a disparu presque complétement en même temps que la santé générale s'est améliorée. Nous n'éprouvons qu'un scrupule et il nous est inspiré par l'expression d'*ecchymotiques* par laquelle les taches naissantes sont plusieurs fois désignées dans l'observation; or, les vraies taches bronzées ne sont pas ecchymotiques, mais sont liées à un dépôt de pigmentum. Disons toutefois que l'expression extérieure du mal était bien celle qui appartient à la maladie d'Addisson.

Voici en abrégé cette observation.

Obs. — Emery (Antoine) est d'une petite taille, d'un tempérament bilioso-nerveux; il a toujours joui d'une bonne santé. Sa mère est morte de vieillesse, à quatre-vingts ans; son père en avait soixante, quand une pleuro pneumonie l'emporta. Son frère aîné et deux sœurs, qu'il a encore, sont bien portants. Une autre sœur est morte, l'année dernière, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, d'un *cancer au sein*.

Causes. — Le 2 février 1856, Emery, obligé de se séparer de son fils unique, que la conscription lui enlevait, en éprouva un profond chagrin. Il pleura et chercha dans la culture de son champ une distraction à sa douleur. Le sommeil et l'appétit, absents pendant quelques jours, reparurent. Un mois s'était écoulé sans autre malaise, lorsqu'un soir la gaieté des camarades de son fils, leurs libations et leurs chants réveillèrent si vivement le souvenir du pauvre conscrit dans l'esprit de son père, que les larmes lui en vinrent aux yeux. La vue de ces jeunes gens me ferma l'estomac, dit Émery en mettant sa main sur l'épigastre. Dès ce jour un malaise indéfinissable s'empara de lui; les spasmes épigastriques revenaient de temps en temps.

Symptômes. — Il y avait quinze jours que cette rencontre avait eu lieu, lorsqu'une femme interpella Émery par ces paroles : «*Qu'avez vous donc? Avez-vous charrié du charbon, que vous soyez si noir?*» Cet homme s'aperçut en effet du teint singulier de son visage. A partir de la racine des cheveux, une couleur brun foncé se répandait sur sa figure, sur le cou et sur la partie antérieure de la poitrine. En même temps la tête était alourdie, les paupières pesantes, et des obnubilations troublaient quelquefois la vue. Les mains prirent à leur tour la coloration brune de la face, les doigts s'engourdirent et devinrent le siége de picotements pénibles. La marche, difficile d'abord, titubante ensuite, était accompagnée d'une extrême fatigue qui obligeait Émery à s'asseoir après quelques pas, comme menacé d'évanouissement; il sentait une sueur froide inonder son visage. *Les jambes étaient aussi devenues noires comme tout le reste du corps.* Un petit morceau de pain qu'il mangeait dissipait momentanément les symptômes, dont le cortége revenait bientôt et l'obligeait à s'arrêter fréquemment dans sa route. Ce besoin de manger se faisait souvent sentir et était vite satisfait.

Tels furent les débuts de la maladie, et, la maladie s'aggravant, il faut ajouter aux symptômes précédents : la céphalalgie frontale gravative, la somnolence pendant le jour, et la nuit un sommeil profond durant lequel le malade rêve toujours à son fils; quelques vomituritions; une douleur continuelle autour du sein droit, qui offre de l'engorgement; une toux sèche et rare; un peu de bruit de souffle au cœur et dans les carotides, seuls bruits anormaux que l'auscultation révèle. La percussion ne découvre aucune matité du côté droit, dans lequel retentit pourtant la toux ou une inspiration profonde, mais bien au-dessus de la région du foie. Les hypochondres sont insensibles; le refoulement du foie par la main ne cause ni gêne, ni douleur; la pression sur les lombes, au niveau des reins et des capsules surrénales, est si bien supportée, et ces régions sont si indépendantes du mal, qu'elles ne nous paraissent pas devoir en cacher l'origine. La langue n'est point chargée; sa couleur est normale et forme un contraste frappant avec la coloration livide de la muqueuse des lèvres et du palais parsemées l'une et l'autre de taches ecchymotiques, arrondies et de la grosseur d'une tête d'épingle. L'épigastre n'est point sensible; le ventre est un peu météorisé; il y a de la constipation.

Le malade ne se décide pas encore à consulter un médecin. Cependant le mal augmente; la douleur du sein s'irradie sur les pectoraux et gagne le moignon de l'épaule droite. Il n'y a pas de fièvre; le pouls est lent et faible. La peau brunissant de plus en plus, les pieds devenant froids, les extrémités des doigts insensibles, leur flexion et leur extension difficiles; la miction, plus *pénible* et plus *fréquente*, donne des urines mousseuses et très jaunes; la verge et le scrotum, devenus très noirs, étant le siége de démangeaisons continuelles et de taches noires innombrables, auxquelles correspondent, dit le malade, des élancements très pénibles, Émery se décide à appeler un médecin.

On était au commencement d'avril. Deux mois seulement s'étaient écoulés depuis le début de la maladie. Notre confrère fit une saignée au bras droit, plaça un vésicatoire entre les épaules, ordonna six grands bains et la tisane de chiendent et de cresson. Le résultat fut nul; seulement, à partir de cette époque, dit le malade, le bras droit resta engourdi. Le plexus brachial devint le siége de douleurs que le mouvement provoque. La piqûre de la saignée fut promptement cicatrisée, et la névralgie ne paraît pas procéder de la lésion traumatique de quelque filet nerveux. Les mouvements de l'avant-bras sur le bras sont conservés; mais le bras ne peut pas s'éloigner du tronc. La douleur pectorale existe toujours; Emery vient me consulter dès les premiers jours de mai.

Émery, préoccupé de la mort de sa sœur, survenue à la suite d'un cancer au sein, me montre avec insistance les *mamelons* brunis, le droit gonflé et douloureux. L'émaciation est considérable. Comme je l'ai dit en commençant, la couleur du malade me frappa : *il était nègre et présentait une teinte* d'iode *et non de* bronze. *Une couche de sépia couvrait mon malade comme celui de M. Cazenave, dont l'observation est racontée dans le n° 102 de la* Gazette des hôpitaux. Je ne puis mieux la comparer qu'au fond de certains portraits photographiés, formés par les vapeurs de brôme et d'iode, l'iode dominant beaucoup. Elle diffère essentiellement de celle produite par le nitrate d'argent, et n'a rien de commun avec celle de certains ictères très intenses, appelés *ictères noirs* par Hufeland.

Traitement. — Nous étions au mois de mai. J'ordonnai donc 45 gram. de sel d'Epsom dans un litre de tisane d'orge; les jours suivants le malade dut prendre, le matin et le soir, une pilule avec : Aloès, 10 centig.; extrait de rhubarbe, *idem*.

Ce traitement dura dix jours : toutes les évacuations produites par le purgatif et par les pilules laxatives furent d'abord *liquides* et *noires* comme de la poix (je n'ai pu m'assurer si ces selles noires renfermaient du sang); puis elles devinrent jaunes et écumeuses, furent accompagnées de coliques sourdes et suivies d'une fatigue générale assez grande pour condamner le malade au lit.

Cependant, à la suite de ces évacuations, la coloration noire avait beaucoup perdu de son intensité; les syncopes disparaissaient; mais le sommeil et la céphalalgie persistant, et encouragé par ce premier succès, je fis appliquer à l'anus six sangsues qui donnèrent un sang noir et épais comme de la confiture. Le lendemain le malade se leva : il était beaucoup

mieux ; les évanouissements et la céphalalgie se dissipèrent pour ne plus revenir. L'appétit reparut, la coloration brune s'effaçait ; le malade se tint loin de nous pendant un mois et fit usage de quelques prises de rhubarbe. J'appris qu'il allait de mieux en mieux et qu'il était plus content.

Le 16 septembre seulement il vint me voir. Il avait fait 6 kilomètres à pied et sans trop de fatigue. Je fus frappé encore de la coloration brune de sa peau. « *Je redeviens blanc*, » me dit Émery en me montrant ses jambes, qui avaient repris jusqu'aux genoux leur couleur naturelle. Ceux ci étaient le siége de douleurs aiguës qui se dissipent un peu par la marche et sur lesquelles l'atmosphère ni la température ne paraissent avoir aucune influence. Les articulations radio-carpiennes sont endolories et engourdies ; l'engorgement mammaire, la douleur et la paralysie persistent. Le bras droit est un peu atrophié. La sensibilité, plus obtuse à la main droite qu'à la gauche, redevient égale à l'avant-bras et au bras. Émery a le projet d'aller voir son fils à Valence ; je le lui conseille.

A son retour, il se plaît à me raconter le bonheur qu'il a eu à embrasser son enfant, et ne peut en donner une plus haute expression qu'en m'assurant qu'à Valence il était devenu *blanc*. Son teint, en deux jours s'est éclairci d'une manière très sensible. Je lui ordonne les frictions avec l'alcool camphré, sur le côté paralysé, et l'usage à l'intérieur du calomel à la dose de 5 centigrammes par jour et pendant dix jours. La diarrhée jaune revient ; pas de salivation. *La teinte iodée s'efface aux cuisses*, et perd de son intensité *à la face et aux mains. Elle est remplacée par une coloration* bronzée.

Le 27 septembre, le malade va de mieux en mieux. Il mange avec appétit et sent les forces revenir. Il accuse seulement des picotements désagréables à l'angle interne des yeux. La paralysie persiste : Liniment de Rosen.

Le 4 octobre, Émery m'annonce que la course l'a fatigué un peu plus que de coutume. Les paupières sont plus pesantes et plus noires ; les points ecchymotiques plus nombreux. Je remarque qu'il est sourd. Les parties sexuelles sont le siége de la coloration la plus brune et des élancements les plus pénibles, surtout après s'être mis au lit. Il n'y a pas d'érection depuis le début de la maladie ; le jet des urines n'est pas énergique, et le malade se lève encore deux ou trois fois la nuit, ce qu'il ne faisait pas avant. A la vérité, il urine plus que de coutume. Sur ma recommandation il a goûté ses urines : elles ne sont pas sucrées. Il aura à prendre pendant quelques jours une prise de 50 centigrammes de rhubarbe. Il boit un peu de vin

Le 1er novembre, le malade va décidément bien. Seulement il se plaint d'une diarrhée abondante ; elle a été provoquée par la rhubarbe. Je conseille la décoction gommée de bouillon blanc.

Quatre jours après, les selles sont naturelles et les urines sont limpides. Un demi-verre d'infusion de quina (à froid) soir et matin, un peu de bon vin ; le meilleur régime compatible avec sa pauvreté : telles sont mes prescriptions.

Aujourd'hui, 27 novembre, Émery est venu me voir. « Je crois que je suis guéri, me dit-il, et je travaillerais si le bras n'était pas paralysé. » *La coloration* de la peau est beaucoup moins marquée. Les paupières, le *scrotum* et la verge sont les seules parties où la couleur *iodée* se remarque encore. Je me propose de recourir à l'appareil électro-magnétique de Morin et Legendre (le seul que je possède) pour combattre la paralysie. Les toniques achèveront le traitement et conduiront le malade à une guérison qu'il est permis d'annoncer dès ce jour. (*Gaz. méd. de Lyon*, 1857, *28 février.*)

Naissance d'un enfant à terme après la mort de la mère,
par le docteur SCHILLINGER, de Torgau (Prusse).

Des médecins, comme le prouve la relation qu'on va lire, se montrent disposés à contester l'authenticité des faits de naissance après la mort de la mère. Il faut convenir que plusieurs des cas rapportés, sont bien propres sinon à justifier, du moins à expliquer cette incrédulité. En effet, les accouchements après la mort de la mère, les grossesses multipares dans lesquelles la femme le dispute aux femelles les plus fécondes, les monstres de l'espèce humaine transformés en divers animaux, etc., figurent souvent parmi ces *bourdes* que la presse quotidienne sert à ses lecteurs, et qu'au besoin, à défaut d'imagination, elle reprend dans ses propres colonnes. A cela nous n'aurions rien à voir, si la presse médicale n'empruntait quelquefois clandestinement et sans contrôle à cette source suspecte.

Les faits seuls, même réels, sont souvent eux-mêmes défigurés ou transformés. Les conditions dans lesquelles certains faits se produisent (ceux d'accouchement après la mort de la mère sont de ce nombre) permettent rarement au médecin d'observer lui-même toutes les particularités importantes, et il doit faire subir un rigoureux contrôle aux témoignages qui lui sont fournis. C'est ainsi que nous avons agi dans un cas d'avortement, après la mort de la mère, qui avait mis en émoi un des quartiers populeux de Paris (voyez GAZ. HEBD., t. III, p. 122). Malgré ce soin, les observations les plus authentiques laissent beaucoup à désirer sur les circonstances les plus importantes à connaître. Le laps de temps écoulé entre la mort de la mère et la sortie de l'enfant a été rarement précisé, ce qu'il importerait beaucoup de savoir pour l'interprétation de ce singulier phénomène. Au moment de la mort, le col de la matrice était-il encore exactement fermé ? ou bien, au contraire, déjà largement ouvert, et le fœtus plus ou moins près de la vulve ? Sa sortie spontanée s'est elle opérée dans l'un et l'autre cas, ou dans le dernier seulement ? L'observation que nous reproduisons, bien qu'offrant des lacunes, répond d'une manière satisfaisante à plusieurs de ces questions, et c'est ce qui la recommande à l'attention du lecteur, qui pourra la rapprocher avec fruit d'une autre observation de même genre, publiée tome II, page 190, de la GAZETTE HEBDOMADAIRE.

OBS. — « La femme du pasteur A..., à L..., âgée d'une trentaine d'années, forte et grasse, d'une constitution apoplectique, attendait, après une grossesse régulière, son premier accouchement. Dans une après-midi du mois de mars, elle sentit les premières douleurs, qui augmentèrent peu à peu et eurent, dans le premier temps, un cours régulier. Au commencement de la deuxième période, elle sentit cependant une augmentation de chaleur accablante avec embarras de la tête. Cet état, qui devenait de plus en plus grave, fut la cause qu'on fit venir le soir, tard, un vieux praticien, parent de la famille, quoiqu'il ne fût pas accoucheur. Jusqu'à l'arrivée du médecin, qui, à cause de l'éloignement, ne pouvait avoir lieu qu'au bout de quatre heures, l'état de la malade avait considérablement empiré. Des convulsions s'étaient ajoutées à plusieurs reprises au mal de tête et à la chaleur fébrile, et plus tard la malade se trouvait tout à fait sans connaissance. Il n'y avait pas de doute : l'*eclampsia parturientium* se présentait à l'arrivée du médecin. Il ne prit pas connaissance de la période actuelle du travail ; il sut seulement, par la sage-femme, que l'enfant présentait la tête dans une position normale. Le médecin, après avoir disposé un médicament approprié, s'apprête à faire une saignée, lorsque les convulsions avec trismus se renouvellent, et peu après la malade expire. La défunte resta sans être délivrée et sans qu'on ait fait l'opération césarienne, couchée dans son lit, jusqu'au lendemain matin ; puis, après avoir été habillée, quelques heures après sa mort, on la transporta dans la sacristie de l'église voisine, pour l'y laisser jusqu'au moment de l'enterrement, qui devait avoir lieu deux jours après. Autant que je sache, on ne s'occupa plus de la morte, on ne la visita plus, jusqu'à ce que, quelques heures avant l'enterrement, on voulut la mettre dans le cercueil. Alors, on sentit entre les cuisses de la défunte un corps mobile et de l'ichor sanguinolent. Après des recherches plus exactes, on découvrit un enfant à terme, fort et bien nourri. La nouvelle de cette naissance après la mort excita beaucoup de doutes, d'autant plus que le vieux et vénérable physicien du cercle (médecin cantonal), le docteur L..., qui n'était pas accoucheur, partagea ce doute et contesta même, publiquement, la possibilité d'une telle délivrance. La réfutation que je fis, fondée sur des écrits, etc., ne trouva nulle créance, jusqu'à ce que, au bout de quelques jours, le fait fut constaté par les témoins, parmi lesquels se trouvait le père de l'enfant, auquel je dois, pour la plus grande partie, la communication. Ceux qui avaient douté devinrent muets. On crut alors que l'accouchement après la mort de la mère avait été occasionné par des forces mécaniques, par le fort développement de gaz causé par la putrescence de ce cadavre gras. C'était d'autant plus facile que les voies se trouvaient préparées pour la sortie de l'enfant ; car, d'après l'indication de la sage-femme, la tête de l'enfant se trouvait, à la mort de la mère, dans le couronnement ; ainsi, la troisième période était terminée. Je n'ai pas pu découvrir dans quelle position on trouva l'enfant entre les cuisses de la mère, ni si le placenta était déjà entièrement développé ; cependant il suivait facilement en tirant sur l'enfant : ainsi il devait encore être lié à lui. On ne pouvait pas découvrir à quelle époque l'enfant avait quitté le sein de sa mère. Il est seulement certain que cela n'a eu lieu que dans la sacristie, plus de vingt-quatre heures après de la mort de la mère. Je n'ai pas l'intention d'ajouter à ce cas des réflexions scientifiques ou de médecine sanitaire. » (*Casper Vierteljahrschrift für gerichtliche und œffentliche Medicin*, vol. XI, cah. 1, 1857.)

Simple et facile traitement de l'ongle incarné,
par M. Gallway.

Ce procédé n'est donné qu'en vue de remplacer la douloureuse avulsion que l'on ne pratique guère que comme moyen extrême, et qui s'exécute après avoir enfoncé de vive force une branche de ciseaux pointus sous l'ongle, qu'on divise alors par son milieu pour en arracher ensuite chaque moitié l'une après l'autre.

Cette opération, vraiment barbare, doit, selon M. Gallway, faire place à celle-ci. Avec une petite lime on divise l'ongle depuis sa racine jusqu'à son bord libre, parallèlement au bord enfoncé dans les chairs On a ainsi un petit segment d'ongle longitudinal de quelques lignes de largeur. Ce premier temps de l'opération est avec avantage confié aux soins du malade lui-même, qui l'accomplit à son aise, peu à peu, évitant ainsi les terreurs qu'inspire toujours l'intervention du chirurgien.

Il ne reste plus alors qu'à saisir la portion cernée avec une pince à disséquer; et comme elle était d'avance détachée, on n'a besoin, pour l'amener et l'extraire, que d'un très léger degré de force. (*The Lancet*, 9 août 1856, p. 150.)

— Fort peu douloureuse, en effet, et simplification heureuse d'un procédé cruel, cette petite opération ne doit cependant conserver que le rang d'un perfectionnement. Elle ne peut avoir celui d'un moyen applicable à tous les cas; son résultat, en effet, n'est qu'un soulagement momentané, car lorsque le bord extrait repousse, il repousse dans sa direction vicieuse primitive si l'on n'a soin de le maintenir relevé. Mais, d'ailleurs, soit comme simple sédatif de souffrances parfois intolérables, soit comme préparant à l'opération qui amène la cure radicale, on ne peut que rendre justice à l'ingénieuse modification de M. Gallway.

Instrument simple pour insuffler les poumons,
par M. Wilson.

L'auteur ne propose cet instrument que pour instituer la respiration artificielle chez les enfants qui naissent asphyxiés; mais il n'y a aucun motif pour n'en pas étendre l'application à tous les cas d'asphyxie.

Après avoir critiqué l'insufflation de bouche à bouche, qui n'envoie dans l'appareil respiratoire qu'un air impropre à l'hématose; après avoir condamné le soufflet à insufflation, mécanisme dispendieux, embarrassant, qu'on ne peut avoir toujours sous la main, qui déploie, d'ailleurs, une force aveugle, parfois dangereuse, M. Wilson décrit l'instrument auquel il a déjà dû quelques faciles succès.

C'est une vessie de caoutchouc vulcanisé du volume d'une orange, et dont le tube terminal se continue par une petite sonde métallique, longue d'environ 12 centimètres, et légèrement courbée à son extrémité. Cette sonde a deux yeux placés vers son bout, absolument comme une sonde ordinaire de femme.

La sonde étant placée dans le larynx, on n'a qu'à pousser sur la vessie, et l'air est poussé dans les poumons avec le degré de force que l'opérateur juge nécessaire. Le retour de la vessie élastique à sa dimension première, aidé d'une légère pression sur la poitrine, favorise l'expiration.

On n'a plus alors qu'à continuer la manœuvre; mais faire pénétrer toujours le même air n'atteindrait point le but que l'on se propose. Afin de le renouveler, M. Wilson a percé une ouverture sur la paroi du tube de caoutchouc, à 3 centimètres environ de la vessie. Avec un doigt l'opérateur ferme aisément cette ouverture au moment où il pousse l'air, et la laisse de nouveau béante, un instant après, pour faciliter le renouvellement du fluide.

Cet appareil a plus d'un avantage, ainsi que l'auteur le remarque; il est d'abord très simple, *abondamment* simple, suivant sa propre expression. On peut le construire en un instant; il est d'ailleurs léger, peu volumineux, tout à fait portatif. Enfin, il n'y a pas à craindre, avec lui, de rompre les cellules pulmonaires par un excès de pression atmosphérique. (*The Lancet*, 16 août 1856, p. 195.)

Traitement des fissures palatines, par M. Field.

La perforation du palais est une incommodité si pénible, et l'uranoplastie une opération si rarement suivie de succès, qu'il faut recueillir avec soin toutes les données propres à la perfectionner, tous les exemples capables d'encourager les chirurgiens à en poursuivre le but avec persévérance.

Sous ce dernier rapport principalement, l'observation de M. Field est un modèle digne d'être présenté à l'imitation des praticiens. Quatre fois il réitéra, en les variant, en les perfectionnant, ses tentatives opératoires, et il finit par obtenir une oblitération complète et définitive.

L'ouverture palatine anormale, existant chez une femme de quarante-sept ans, avait de quoi admettre le bout du doigt. Une première opération fut faite selon le procédé de Warren (une incision antéro-postérieure de chaque côté de l'ouverture, et à un demi-pouce de sa circonférence; détacher de l'os la muqueuse palatine, que cette incision préalable a rendue plus mobile, plus aisément attractile de dehors en dedans, et terminer en suturant les bords droit et gauche, d'abord avivés, de la solution de continuité).

Le résultat fut bon, mais incomplet. Nouvelle opération; mais, cette fois, M. Field raviva les bords par une section oblique, en coupant d'un côté sur la muqueuse nasale, de l'autre sur celle du palais, de telle façon que les bords étant couverts l'un par l'autre, se touchaient dans une plus grande étendue de leur surface saignante. La suture enchevillée remplace aussi celle à points entrecoupés.

Le succès n'étant pas complet encore, un raccoutrement devint nécessaire; mais celui-ci paraît n'avoir fait que gâter la besogne.

Dans une quatrième tentative recommencée d'après les mêmes principes, l'auteur fit une addition à l'effet de laquelle il attribue en grande partie la guérison. Il avait remarqué, à la suite des essais antérieurs, qu'une goutte de mucosité descendant fréquemment du nez dans la bouche s'interposait entre les lèvres affrontées, et tôt ou tard contribuait à les désunir. Cet accident, selon lui, tient à la succion exercée sur l'ouverture par la langue, qui, intimement appliquée sur elle au premier temps de la déglutition, s'en écarte ensuite brusquement, et appelle ainsi le contenu des fosses nasales à venir dans la cavité buccale. Or, le malade ne pouvant s'empêcher absolument d'avaler, les soins et le régime n'avaient pas de puissance suffisante pour prévenir l'inconvénient attaché à cet effet physique. M. Field imagina alors d'étendre sur toute la surface palatine, après l'opération, une couche mince de gutta-percha en dissolution dans du chloroforme; et ce vernis intercepta assez la communication pour s'opposer à la tendance au vide qui avait été l'écueil du succès après les premières opérations. (*Medical Times and Gazette*, 23 août 1856, p. 190.)

VI.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Beitræge zur pathologischen Entwickelungsgeschichte (Contributions à l'histoire du développement pathologique), par *H.-C.-L. Darkow*. 2e partie, in-folio. Breslau, chez Hirt. 6 fr.

Das gelbe Fieber, nach dessen geographischer Verbreitung, Ursachen, Verschleppbarkeit, Haupterscheinungen, Behandlung, etc. (La fièvre jaune), par *R.-C.-B.-A. Lallemant*. In-8°. Breslau, chez Hirt. 10 fr.

On Stricture of the Urethra (Sur le rétrécissement de l'urèthre), par *H. Smith*. In-8°. Londres, chez Churchill. 10 fr. 50

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 1er MAI 1857. — N° 18.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Réorganisation de l'École de médecine de Besançon.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'Instruction publique et des cultes,

Vu l'ordonnance du 13 octobre 1840 relative aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu le décret impérial en date du 31 mai 1856, qui a réorganisé l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon ;

Arrête :

Art. 1er. Sont nommés Professeurs titulaires à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon :

Anatomie et physiologie. — M. TOURNIER.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. DRUHEN aîné.
Clinique externe. — M. CORBET.
Pathologie interne. — M. FONCIN.
Clinique interne. — M. MARTIN.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. SANDERET.
Matière médicale et thérapeutique. — M. GRENIER.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. DELACROIX.

Art. 2. Sont nommés Professeurs adjoints et attachés aux chaires suivantes, savoir :

Anatomie et physiologie. — M. BERNARD.
Clinique externe. — M. MONNOT.
Clinique interne. — M. COUTENOT.

Art. 3. Sont nommés Professeurs suppléants :

Pour les chaires de médecine proprement dite. — M. BERTRAND.
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants. — M. CHENEVIER.
Pour les chaires d'anatomie et physiologie. — M. HUGON.
Pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, de pharmacie, et notions de toxicologie. — M. BRUCHON.

Art. 4. M. le docteur DRUHEN jeune est nommé chef des travaux anatomiques.

Art. 5. M. SANDERET, professeur d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants, est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

Art. 6. M. VILLARS est nommé directeur honoraire de ladite École.
M. DESFOSSES est nommé professeur honoraire.

Art. 7. M. le recteur de l'Académie de Besançon est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 18 avril 1857. ROULAND.

Arrêté portant modification de la circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,
Vu le règlement du 23 décembre 1854, sur la réception des officiers de santé, des pharmaciens, herboristes et sages-femmes de deuxième classe ;
Considérant que la circonscription de la Faculté de médecine de Paris, en ce qui concerne la réception des officiers de santé et des sages-femmes de deuxième classe, peut, sans inconvénient, être limitée aux départements de la Seine et de Seine et Oise, qui fournissent un très grand nombre de candidats ;
Considérant que la circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, restreinte, comme elle l'est aujourd'hui, à trois départements, ne donne pas à cette École l'importance qui lui est due ;
Le conseil impérial de l'instruction publique entendu,

Arrête :
Art. 1er. La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, en ce qui concerne la réception des officiers de santé et des sages-femmes de deuxième classe, embrasse les départements de la Marne, de Seine-et Marne, de l'Oise, d'Eure-et-Loir, de Loir-et-Cher, du Cher et du Loiret.
La circonscription de la Faculté de médecine de Paris, en ce qui concerne la réception des mêmes praticiens, comprend les départements de la Seine et de Seine-et-Oise.

Art. 2. Les aspirants au titre d'officier de santé, qui veulent exercer dans les départements d'Eure-et-Loir, de Loir-et-Cher, du Cher et du Loiret, ne sont tenus de se présenter devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims qu'à dater de la session de septembre 1857. Jusqu'à cette époque, ils peuvent être reçus pour un des départements ci-dessus désignés par la Faculté de médecine de Paris.

Art. 3. La circonscription de l'École de pharmacie de Paris demeure fixée telle qu'elle l'a été par le règlement du 23 décembre 1854.

Fait à Paris, le 25 avril 1857. ROULAND.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 30 avril 1857.

FIN DE LA DISCUSSION SUR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE.

Nous sommes de ceux qui ne se plaignent pas du développement qu'a prise, soit à l'Académie de médecine, soit dans la presse, la discussion sur la méthode sous-cutanée. Les discussions, en général, ne sont pas assez souvent profitables, et l'occasion en amène trop souvent de tout à fait oiseuses, pour qu'il y ait à regretter le temps employé à l'examen d'un des sujets les plus importants de la physiologie et de la pathologie; et, dans la marche si lente et si laborieuse du progrès en toute chose, la moindre acquisition en science, en pratique ou en histoire, vaut toujours plus que la somme d'ennui qu'elle a pu donner.

Après donc avoir traité avec tout le soin possible les questions d'histoire et de physiologie pathologique qui se rapportent à la discussion actuelle, nous nous occuperons aujourd'hui de la question pathologique et chirurgicale. Il est temps d'en dire notre avis, car la clôture a été prononcée après le discours de M. Velpeau, et cette brusque décision nous oblige même, si nous voulons finir aussi tôt que l'Académie, à ne rattacher à cet article l'argumentation de l'orateur que par les points qui touchent à notre thème propre, nous contentant ainsi de signaler à l'attention du lecteur de nouvelles remarques relatives aux contestations de priorité, et des considérations de physiologie morbide fort analogues à celles qu'a déjà émises la GAZETTE HEBDOMADAIRE.

En attendant que l'expérience ait prononcé sans réplique sur la question de savoir si l'air est l'agent spécifique de la suppuration des plaies découvertes, et si l'absence de l'air est la cause spécifique de la non-suppuration des plaies sous-cutanées, on peut toujours se demander si l'air exerce une action nuisible sur les tissus, sur les liquides physiologiques et sur les liquides pathologiques; car c'est un vice de la controverse actuellement engagée que de croire : les uns, que la démonstration expérimentale de l'action pyogénique de l'air sur les plaies récentes exclurait toute autre cause de suppuration; les autres, que la démonstration d'une action semblable de la part de quelqu'autre agent que l'air atmosphérique, ou encore la disposition particulière des plaies couvertes, exclurait l'action pyogénique de l'air. Nous ne sommes pas si avant dans les secrets de la nature, qu'il nous soit aussi aisé de lui arracher son dernier mot.

Eh bien! des trois termes que nous posions à l'instant, il en est un qu'il faut peut-être élaguer comme peu susceptible de se prêter à une expérimentation rigoureuse : c'est le premier. Partout, en effet, où l'air peut être mis anormalement en contact avec un tissu, ce tissu est baigné ou enduit de liquide. Il en est ainsi dans les aréoles cellulaires, dans la plèvre, dans la tunique vaginale, dans le péritoine, etc. Quand donc de l'air pénètre dans une de ces cavités habituellement closes, il est assez difficile de savoir si, en cas d'action offensive de l'air, cette action affecte directement le solide, ou ne l'affecte que secondairement, par l'intermédiaire du liquide qu'elle altérerait tout d'abord. On en peut dire autant d'une plaie ouverte à l'air ou d'une dénudation du derme. Il est bien vrai que le sentiment de cuisson instantanément produit par l'ablation de l'épiderme ou par le contact de l'air sur une plaie récente, et le suintement séreux qui ne tarde pas à suivre, témoignent d'une certaine irritation de la surface exposée; mais que ce soit là le principe de l'inflammation suppurative, ainsi que paraît l'avoir entendu M. Renault dans son remarquable discours, c'est ce dont il est permis de douter quand on réfléchit que les deux bords d'une plaie découverte pendant douze, dix-huit, vingt-quatre, trente-six heures, et depuis longtemps déjà insensible à l'action de l'air, peuvent encore s'accoler et se réunir par première intention.

Quoi qu'il en soit de cette difficulté spéciale, il reste à savoir si, et jusqu'à quel point, de l'air introduit dans les cavités closes est susceptible d'amener des accidents inflammatoires et, plus spécialement, par un procédé ou par un autre, l'altération des liquides *physiologiques* contenus.

Or, nous ne sommes pas à cet égard aussi rassuré que paraissent l'être MM. Velpeau, Bouvier et Malgaigne. Avec eux nous reconnaissons tout de suite que, en cela comme en ce qui concerne l'action de l'air sur les plaies, le doute est autorisé par le défaut d'expériences rigoureuses; chose presque incroyable après tant de disputes, exemple rare de la légèreté avec laquelle on traite la science, tout en lui demandant la gloire et le succès! Mais à défaut de preuves péremptoires, il y a les probabilités, les analogies, et c'est ce point de vue qui ne nous apparaît pas sous le même jour qu'à nos savants confrères. Il y a ici, ce nous semble, des distinctions à établir, auxquelles on n'a peut-être pas assez songé. Ce que fera de l'air introduit au sein des tissus dépend de ce qu'il y deviendra et de ce qu'il y rencontrera. Toutes les fois qu'il pourra être résorbé rapidement et, en passant ainsi dans les voies circulatoires, être ramené à peu près aux conditions de l'oxygène *naturellement contenu dans le sang* et qui, avec lui, pénètre les tissus, on peut assurer qu'il sera inoffensif. C'est ce qu'on voit dans l'emphysème. Un courant continu s'établirait de cette manière dans les aréoles du tissu cellulaire, comme il arrive dans certains cas de lésion du poumon, que très vraisemblablement il n'en résulterait aucun accident phlegmasique. Une *respiration* analogue à la respiration cutanée s'établirait au sein du tissu cellulaire; l'oxygène serait absorbé; de l'acide carbonique se dégagerait, pour être éliminé plus tard; en un mot, ce que M. Bouley a constaté dans ses expériences se ferait indéfiniment, ou du moins fort longtemps, sans plus de danger. Mais les choses pourraient bien se passer autrement dans des cavités où, pour quelque raison spéciale, l'air ne subirait pas le même travail. Les membranes séreuses, par exemple, très bien disposées pour l'absorption des liquides parce que l'épithélium pavimenteux qui les tapisse est simple et se laisse aisément imbiber, les membranes séreuses qui, dépourvues de vaisseaux propres, ne se prêtent guère à une respiration supplémentaire, permettent-elles aussi bien que le tissu cellulaire la disparition de l'oxygène? C'est ce dont il est permis de douter. Que deviendra l'air surtout dans les capsules articulaires si fortement munies de couches pavimenteuses, adossées à du tissu cartilagineux? Puis, dans les conditions de la pratique chirurgicale, quand l'air s'introduit dans une cavité séreuse, la faculté d'absorption est enrayée par l'état morbide de la membrane, et le liquide physiologique est plus abondant que de coutume; deux circonstances propres à déterminer le séjour du gaz et à favoriser son influence délétère : la première, en l'empêchant de s'échapper par les voies circulatoires; la seconde, en offrant à l'action de l'oxygène une plus grande masse de liquide et en permettant même à celui-ci de dissoudre une certaine quantité d'air. Enfin ajou-

tons qu'un liquide normal en apparence, la sérosité la plus claire, la plus citrine, peut différer beaucoup d'un liquide vraiment physiologique, et qu'une augmentation anormale de quantité suffit, dans l'espèce, pour rendre la qualité suspecte. Voilà dans quelles conditions l'air pénètre dans la plèvre, par exemple, ou dans la tunique vaginale, lorsqu'on pratique l'opération de l'empyème ou de l'hydrocèle.

Toutefois n'exagérons rien. Nos observations particulières, nos expériences sur les animaux, les faits cliniques que rappelait mardi M. Velpeau, tout nous a convaincu que, dans les cavités closes comme ailleurs, ce ne sont pas, comme on l'a dit, quelques bulles d'air non renouvelées qui peuvent amener des accidents sérieux. Nous ne sommes pas surpris que M. Velpeau n'en ait pas constaté après l'évacuation de poches séreuses où de l'air était entré pendant l'opération et avait séjourné quelque temps; nous disons seulement qu'une communication permanente d'une poche séreuse, comme la plèvre, avec l'air extérieur, *cette poche fût-elle absolument saine et le liquide contenu absolument normal*, amènerait très probablement l'altération de ce liquide, l'inflammation et la suppuration de la membrane. A plus forte raison croyons-nous très prudent de n'évacuer que par la méthode sous-cutanée un épanchement consécutif à la pleurésie. Il est possible qu'une ponction directe reste inoffensive, surtout si l'ouverture se ferme promptement et que la plèvre ne reçoive pas d'autre air que celui qui a pénétré pendant l'opération; mais c'est là une pratique périlleuse que nous ne saurions adopter. Et nous ne parlons toujours que des cas où le liquide contenu avait toutes les apparences de la sérosité pure.

On peut rapporter aux liquides physiologiques de l'économie ceux qui s'épanchent entre des tissus fraîchement divisés sous la peau. Ici encore il faut bien prendre garde que la question dont il s'agit est sensiblement différente de celle qui est contenue dans ce qu'on appelle le principe de la méthode sous-cutanée. C'est là une confusion sur laquelle on n'a pas assez insisté. Autre chose est de savoir si une plaie suppure *parce qu'*elle est soumise à l'action de l'air; autre chose de savoir si l'air exerce une action nuisible sur une plaie, soit en altérant les liquides extravasés, soit en activant le travail suppuratif, soit en détériorant le produit de la suppuration. Pour notre compte, nous sommes fort disposé à croire que, alors même que la cause essentielle de la non-suppuration des plaies sous-cutanées serait ailleurs que dans l'absence de l'air, la pénétration prolongée de ce fluide dans la plaie ne permettrait pas à la lymphe plastique, au sang épanché, de suivre régulièrement la série de transformations qu'ils doivent subir dans la guérison par première intention. L'analogie qu'on a cherché à établir entre cet ordre de plaies et les cavités closes naturelles n'est pas, ce nous semble, très exacte. La sérosité de la plèvre, celle de la tunique vaginale, celles des bourses dites séreuses, la synovie des articulations, sont des liqueurs fixes qui ne sont pas, après leur élaboration, appelées à un travail interne, à une série de modifications, pour un but physiologique. Elles restent sérosité ou synovie tant qu'elles durent; ou, si elles changent, c'est qu'elles s'altèrent. Dans les cavités où l'air va parfois les trouver, elles sont à leur place naturelle, dans des rapports naturels aussi avec les parties environnantes. Au contraire, le liquide épanché, même dans une plaie couverte, n'en est pas moins sorti de ses conduits, et, à partir de ce moment, il doit faire les frais d'un travail d'organisation. Le sang surtout, échappé des voies de la circulation, dissocié dans ses éléments, ne nous semble plus susceptible de recevoir le contact un peu prolongé de l'air sans se putréfier.

Dans les termes où nous la posons ici pour mieux aller au fond des choses, la question n'intéresse pas beaucoup la pratique, puisque, en réalité, sur le *fait* général de la non-suppuration des plaies sous-cutanées tout le monde est d'accord. Mais on va voir l'importance du principe que nous défendons. Il est beaucoup de conditions en chirurgie où du sang s'épanche sous la peau et y forme collection. Prenons pour exemple la tumeur sanguine qui succède aux fortes contusions. On se rappelle les observations de M. Renault sur certains dépôts sanguins propres au cheval, et quel formidable danger ils font courir à l'animal dès que la poche est mise en communication avec l'air extérieur. Est-ce que le même fait ne s'observe pas dans la chirurgie humaine? Est-ce qu'on ne voit pas la tumeur sanguine, quand elle porte une ouverture étroite, mal placée, ne permettant pas au contenu de s'échapper en totalité, est-ce qu'on ne la voit pas, non seulement s'enflammer, mais se transformer en foyer putride capable, si l'on n'y porte remède, si l'on n'incise largement la poche, ou si l'on n'y injecte de l'eau tiède ou mieux de la teinture d'iode, de compromettre gravement les jours du malade? Nous regrettons vivement que les chirurgiens éminents qui partagent, nous le savons, les vues de M. Renault, ne soient pas venus s'en expliquer à la tribune.

Nous disions à l'instant que la question de l'action de l'air sur les plaies n'était pas entièrement comprise dans le principe de la méthode sous-cutanée. Et en effet, les chirurgiens peu préoccupés des théories et admettant en fait la nocuité de l'air demandent si néanmoins une opération vraiment sous-cutanée, exécutée par des procédés rigoureux et sur des tissus sains, n'ouvre absolument aucune chance à l'inflammation suppurative. A cette question nous croyons être personnellement en mesure de répondre. *Nous avons vu s'enflammer et suppurer des plaies rigoureusement pratiquées sous la peau et rigoureusement maintenues sous la peau après l'opération*. Il nous semble d'ailleurs que ce fait ne peut guère être contesté par M. Guérin. Lui-même n'a-t-il pas raconté à la tribune des observations de phlegmons très volumineux, très enflammés et qui allaient, a-t-il dit, suppurer, si l'on ne s'était empressé d'en faire sortir du sang déjà altéré et mêlé de gaz? Ce gaz, il est vrai, c'est, aux yeux de M. Guérin, de l'air, et cet air est la cause de l'inflammation phlegmoneuse; mais en même temps il dit, il répète souvent, il écrit, qu'il n'accuse et n'a jamais accusé que le contact *permanent* (mettons seulement *prolongé*) de l'air atmosphérique. Dès lors il manque à sa démonstration deux choses essentielles : la première, de prouver que ce gaz était de l'air atmosphérique, et nous croyons fort que ce n'était qu'un produit de la décomposition du sang lui-même, comme il arrive parfois dans les collections sanguines dont nous parlions tout à l'heure; la seconde, que la communication du foyer avec l'air extérieur ait duré quelque temps au lieu d'avoir été passagère : car il ne faut pas l'oublier, dans les cas où un phlegmon s'est formé aussi bien que dans les autres, l'air n'avait pénétré qu'au moment de l'opération, et la petite plaie extérieure s'était fermée immédiatement, et l'explication de M. Guérin était que de l'air avait été, par cette occlusion même, emprisonné sous la peau. Or, il faut choisir : ou M. Guérin croit que quelques bulles d'air restées dans la plaie après l'opération peuvent amener l'inflammation suppurative, et cette opinion est démentie par des faits multipliés; ou il croit qu'il faut pour cela beaucoup d'air, qu'il

en faut longtemps, et alors ses *abcès imminents* dépendaient d'autre chose que de l'air atmosphérique.

Hâtons-nous de dire que la signification de ces faits, doués comme ils sont d'un caractère exceptionnel, n'est pas aussi contraire qu'on pourrait le croire au principe de l'innocuité des plaies sous cutanées. Du sang épanché sous la peau se résorbe d'ordinaire sans produire d'accidents : mais, exceptionnellement, il peut devenir le point de départ d'un abcès ; les tissus déchirés par une fracture guérissent d'ordinaire sans inflammation : mais, exceptionnellement, ils peuvent suppurer, etc. Pourquoi ces exceptions ? C'est qu'il y a pour l'économie d'autres causes d'inflammation et de suppuration que l'influence de l'air atmosphérique, et que, vraisemblablement, les lésions traumatiques mettent parfois en jeu l'une de ces causes, soit parce qu'elles surprennent l'organisme dans l'une de ces conditions inconnues qui disposent aux abcès spontanés, soit parce qu'elles transforment des parcelles de tissus en corps étrangers, dont l'élimination devient indispensable. Mais le principe de la non-suppuration des lésions traumatiques sous-cutanées n'en est pas moins vrai dans sa signification essentielle, et il n'en peut être autrement du principe de l'innocuité des plaies chirurgicales faites à l'abri du contact de l'air.

Resterait à examiner l'action de l'air sur les liquides pathologiques, sur le pus, sur le contenu des kystes, etc.; mais, à cet égard, il y a une telle concordance, sinon une telle unanimité d'opinion, que nous n'avons qu'à en prendre acte. Il est pourtant fâcheux qu'aucun orateur n'ait embrassé dans son ensemble cette vaste question, pour déterminer les conditions les plus spécialement favorables à l'action corruptrice de l'air, le degré si variable d'altérabilité des substances contenues dans les diverses poches pathologiques, abcès, hydarthroses, kystes séreux, kystes fibrineux, etc. ; pour discuter les règles de pratique à suivre en de semblables cas ; pour dire, par exemple, s'il vaut mieux évacuer fréquemment le pus d'un abcès froid ou d'un abcès par congestion à l'aide d'un procédé sous-cutané, que de l'ouvrir une bonne fois, même largement, et de mettre obstacle à l'action de l'air au moyen d'injections iodées, comme le font aujourd'hui beaucoup de chirurgiens très expérimentés et très prudents de leur nature. Nous lasserions sans doute la longanimité du lecteur en nous engageant au delà de la discussion académique, et nous nous bornons à indiquer, pour aujourd'hui, la perspective de ces grandes questions de pratique chirurgicale.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Étude sur l'anatomie du rectum et de l'anus, sur celle des parties qui les avoisinent et sur les maladies qui les affectent, par le docteur Aug. Mercier.

(Suite et fin. — Voir les numéros 14 et 16.)

Ulcères, fissures, spasme et névralgie. — Je réunis sous le même chef ces états morbides que nous rencontrons très souvent réunis sur le même sujet. Fréquemment il se forme, à l'anus ou au pourtour, des excoriations et même des ulcérations qui n'ont pas d'autres caractères que ceux qu'elles auraient dans d'autres parties du corps. Il suffit de les laver avec une solution astringente ou de les toucher avec le sulfate de cuivre pour les faire disparaître, même lorsqu'elles siégent au niveau du sphincter. D'autres fois, au contraire, elles s'accompagnent d'un spasme considérable de ce muscle ou de douleurs atroces qui peuvent même s'irradier dans les parties voisines. Il n'est pas habituellement besoin de différences aussi grandes pour amener des divergences d'opinion, et ces divergences ont rejailli sur la thérapeutique.

Boyer, qui a eu incontestablement le mérite de fixer son attention sur ce point, a pensé que le spasme du sphincter précède alors la fissure, qu'il en est la cause, qu'il peut exister sans elle ; il a, en conséquence, conseillé de faire cesser la cause pour faire disparaître l'effet, de diviser le muscle pour guérir l'ulcération. Il n'est même pas besoin, suivant lui, d'opérer cette division sur l'ulcération elle-même (*Mal. chir.*, t. X). Dupuytren et M. Brodie partagent cette opinion. D'autres, au contraire, croient que c'est l'ulcère qui a provoqué le spasme ; notre auteur est de ce nombre : il rappelle quel spasme des muscles palpébraux provoque souvent chez les enfants une ophthalmie scrofuleuse, quelle gêne apportent à l'ouverture de la bouche de simples gerçures des lèvres, et il cite un homme qui succomba à l'épuisement causé par une presque impossibilité d'avaler et chez lequel on ne trouva qu'une ulcération d'un pouce à un pouce et demi de la muqueuse pharyngienne, derrière l'extrémité inférieure du larynx : la couche musculaire n'était pas malade. Il ajoute, d'un autre côté, qu'il n'a jamais trouvé un seul cas de spasme idiopathique, c'est-à-dire dans lequel des recherches attentives ne lui eussent fait découvrir une ulcération ou une autre maladie de la muqueuse ; que les trois seuls faits publiés par Boyer ont peu de valeur, parce que l'un manque de détails et que, dans les deux autres, il y avait un point douloureux à la pression ; il en conclut que la section du sphincter peut être évitée en guérissant la fissure, et il a *invariablement* réussi en divisant simplement la muqueuse au niveau de l'ulcère, opération infiniment moins douloureuse ou dangereuse que celle de Boyer et dont il rapporte du reste, avec franchise, la priorité à M. Copeland. Il se pourrait, d'après cela, que les fissures qu'Albucasis guérissait en les grattant fussent moins différentes que ne le pensait Boyer de celles qui portent actuellement ce nom.

Ce que je puis dire au sujet du traitement de MM. Copeland et Quain, c'est que je n'ai jamais été obligé de diviser le sphincter pour guérir une fissure à l'anus. Persuadé que c'est la douleur qui est cause du spasme et présumant que cette douleur est due à une sensibilité exagérée des papilles nerveuses dans le point ulcéré, j'ai eu recours à la cautérisation, non avec le nitrate d'argent, qui est souvent trop peu actif, mais avec le caustique de Vienne solidifié. Pour cela, je fais coucher le malade sur le côté correspondant à la fissure et je la mets à découvert tout simplement avec le gorgeret qui sert à l'opération de la fistule. Après avoir introduit celui-ci à 3 ou 4 cent. de profondeur, sa gouttière tournée vers l'ulcération, je le fais basculer de manière à faire saillir ce côté de l'anus et à déprimer le côté opposé. Je prends alors un crayon caustique bien effilé et je le passe sur la fissure à deux ou trois reprises, en ayant soin chaque fois de faire diriger un jet d'eau sur elle et de bien éponger ensuite, de crainte que le caustique ne se répande sur les parties voisines et n'ait pour effet ultérieur de rétrécir l'orifice.

Ce procédé m'a toujours réussi ; cependant je reconnais que, si l'incision de la muqueuse seule à des effets si certains, on doit lui donner la préférence. Elle serait égalemen

préférable à cette énorme dilatation de l'anus vantée par Récamier, et qui ne réussit peut-être qu'en opérant violemment et par déchirure cette division de la muqueuse qui se fait si simplement avec la pointe d'un bistouri.

Quand une fissure s'accompagne d'irradiations douloureuses, névralgiques, il faut, comme dans les complications de spasme, s'adresser à elle. Mais existe-t-il des névralgies du rectum et de l'anus indépendantes de toute affection locale? M. Quain pense que ces cas sont très rares, et il en cite un exemple. Un jeune homme affecté de gonorrhée fut pris presque subitement d'une douleur intense qu'il rapportait à la circonférence de l'anus. Cette douleur était continuelle, vive, surtout quand on pressait sur la partie antérieure du sphincter anal, qui était dur et contracturé. Toute tentative pour introduire le doigt dans l'intestin provoquait des cris perçants. Au plus fort des souffrances, le pincement de la peau n'amenait aucune aggravation; mais chaque mouvement du corps les augmentait tellement, que le patient restait immobile dans son lit. Le sommeil était impossible, et cependant aucun trouble général; la gonorrhée resta stationnaire, la miction n'était ni plus douloureuse, ni plus fréquente que de coutume, et la défécation elle-même était naturelle. Des sangsues, des applications diverses de belladone et d'opium furent sans effet; l'eau très chaude apportait du soulagement. On administra le chloroforme pour pouvoir examiner plus complétement le rectum et le périnée; mais la dépression de la respiration et du pouls, des sanglots violents obligèrent de cesser avant qu'on eût obtenu l'insensibilité. On s'assura cependant qu'il n'y avait pas de maladie de la prostate ou des parties voisines. Le chirurgien eut alors l'idée d'appliquer le chloroforme sur le siége même de la douleur, et il en résulta un grand bienfait au bout de quelques minutes; après de nouvelles applications réitérées pendant une couple de jours chaque fois que la douleur se reproduisait, celle-ci disparut complétement; elle avait duré dix jours.

L'ensemble de ces circonstances fait penser à l'auteur que la névralgie était indépendante de la gonorrhée. Pour moi, j'en doute par la raison que j'ai vu plusieurs fois des douleurs analogues coexister avec une inflammation aiguë ou chronique de la région profonde de l'urèthre, avec une valvule du col de la vessie, etc., et disparaître après la guérison de ces dernières maladies. J'ai appelé l'attention sur ce sujet dès 1841 (*Exam. méd.*, t. I, p. 147) et plus encore en 1844 (*Recherches sur les valvules du col de la vessie*, p. 40). Malgré ces succès, je n'ai cependant jamais fermé les yeux sur le rôle de l'élément nerveux dans ces circonstances, et, dans un mémoire *sur l'uréthrite chronique*, voici ce que je disais, après avoir considéré cette inflammation comme cause excitante : « Dans les cas où la douleur prend un caractère *névralgique*, surtout si elle se fait sentir par excès, il est convenable d'associer les calmants et les antipériodiques aux autres moyens de traitement : j'ai vu le sulfate de quinine faire merveille (*Journ. des conn. méd. chir.*, t. XXXI, p. 148 et 238, 1848). Dans des *Considérations sur les névralgies des organes génito-urinaires et de l'anus*, publiées dans le *Journ. hebd. de méd.* (févr. 1829), Campaignac a préconisé les pilules de Méglin. Or, si l'on examine ses observations, on voit que, dans la première, il y avait eu longtemps auparavant un calcul engagé dans l'urèthre, mais qu'il était resté une sensibilité extrême de la région prostatique; que, dans la seconde, il y avait des signes plus évidents encore d'uréthro-cystite, puisque l'urine était épaisse et glaireuse; et que, dans la troisième, la femme qui en fait le sujet portait au bas du méat urinaire une petite excroissance rouge pisiforme et douloureuse au toucher (1). Dans la quatrième, la névralgie s'était manifestée pendant le cours d'une grossesse et avait ensuite persisté jusqu'à l'emploi des pilules.

Rétrécissements. — M. Quain décrit sous ce titre ceux qui proviennent de cicatrices et ceux qui sont idiopathiques. Il pense qu'une simple ulcération de la muqueuse ne peut les produire et qu'il faut qu'elle s'étende à la tunique fibrocellulaire: c'est aussi l'opinion de M. Cruveilhier (*Traité d'anat. path.*, t. II, p. 231). Il y a longtemps que j'ai insisté sur ce que beaucoup sont dus à une transformation du tissu musculaire en tissu fibreux sous l'influence de l'inflammation (*Gaz. méd.*, 1839, p. 262). L'auteur rejette tout traitement actif tant que la santé du malade n'est pas matériellement compromise, parce qu'au bout d'un certain temps, dit-il, la maladie n'a pas de tendance à s'aggraver. Mais lorsque le rétrécissement est tel que la fonction est sérieusement gênée, le bord de la cicatrice doit être divisé et la dilatation ainsi faite doit être entretenue par l'usage des bougies. Lorsque l'ouverture est assez près de l'anus pour qu'on puisse agir et surveiller l'hémorrhagie, on obtient un bon résultat en excisant la partie saillante à sa base dans toute son étendue et en rapprochant les bords de la plaie par des points de suture. Il me semble qu'il doit être assez rare de trouver des conditions favorables à cette opération, et je n'en trouve pas d'exemple dans le livre de M. Quain.

Quant aux rétrécissements qu'il donne comme idiopathiques, l'un coïncidait avec une ulcération qui se trouvait au-dessous, l'autre avait été précédé, quinze ans auparavant, d'une dysentérie inflammatoire qui avait persisté pendant deux ou trois ans à l'état chronique; un troisième était également accompagné d'ulcérations. Ces rétrécissements sont, dit l'auteur, favorisés par un épanchement de matière fibrineuse dans les parois de l'intestin ou à sa surface; la muqueuse n'est pas nécessaire ment envahie par la maladie; elle n'est affectée que secondairement. Mais peut-il s'en former sans autre cause qu'une contracture longtemps prolongée? Tout ce que je puis dire, c'est que j'ai été consulté par une dame dont l'anus avait à peine le diamètre d'un tuyau de plume : il s'était rétréci à ce point sans maladie locale constatée, à la suite d'un accouchement qu'elle avait eu vingt-cinq ans auparavant. Une incision a remédié aux accidents. Quoi qu'il en soit, les rétrécissements dont parle M. Quain sont habituellement circulaires, il n'en a vu qu'un partiel.

Le plus souvent ces strictures ne sont pas à plus de deux pouces de l'anus. Ceci est conforme aux observations de MM. A. Bérard et Maslieurat (*Gaz. méd.*, 1839, p. 146) et contredit la théorie d'O'Beirne. M. Laugier a proposé, pour reconnaître leur extrémité supérieure, d'y pousser une bougie munie à son extrémité d'un sac de baudruche qu'on distend ensuite par de l'air (*Dict. de méd.*, t. XXVII, p. 300).

L'auteur compte principalement sur le traitement général pour favoriser la résorption de la matière fibrineuse. Outre que ce dépôt me semble avoir encore besoin de quelques démonstrations, je ferai observer que, de l'aveu de l'auteur, la maladie est déjà presque toujours ancienne quand on est consulté. Les moyens qu'il emploie sont particulièrement les mercuriaux à petites doses, la potasse et les sels d'iode; il

(1) Ces petites excroissances derrière le méat urinaire de la femme, excroissances bien différentes des polypes de l'urèthre, ne sont pas très rares, et elles sont parfois cause de douleurs insupportables que j'ai fait disparaître par la cautérisation ou l'excision, suivant le volume. Il y a une quinzaine d'années que j'ai appelé l'attention sur ce sujet (*Exam. méd.*)

en favorise l'effet par une compression exercée au moyen de bougies de gomme, de cire, d'ivoire ou de métal, ou même d'un tube membraneux qu'il remplit d'air ou d'eau, comme celui d'Arnott pour l'urèthre. Quand il existe des ulcérations, il y applique, selon les cas, de doux astringents ou des substances stimulantes, comme de faibles solutions de nitrate d'argent ou d'acétate de plomb. La crainte d'une hémorrhagie fait que jusqu'à présent il n'a pratiqué que de petites incisions et seulement pour venir en aide à la bougie. Quand le tissu musculaire est fibrifié et rétracté, une grande incision ne pourrait-elle pas dépasser les parois de l'intestin? M. Quain rejette les caustiques.

Ce chirurgien décrit en outre une espèce de rétrécissement due à un *épaississement concentrique* de toutes les tuniques avec ulcération de la muqueuse; tout, dit-il, est uniformément fibreux, sans bosselures et sans dépôts morbides en aucun point. Ne s'agit-il pas ici de ce que nous appelons squirrhe? Quoi qu'il en soit, il conseille, outre le traitement général, l'usage de mèches enduites d'oxyde de zinc, d'un mélange de mercure et de craie (mercure 3 parties en poids, craie 5 parties; broyez avec soin) ou de chlorure de mercure en petites quantités. Ces mèches, outre qu'elles compriment modérément, absorbent les sécrétions irritantes, et il en résulte une résorption interstitielle et une diminution du spasme musculaire.

Maladie tuberculeuse. — M. Quain décrit sous ce nom une affection dans laquelle des excroissances arrondies, lisses, dures au toucher, rarement pédiculées, varient depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une petite fève et s'accompagnent habituellement, dès le principe, de pertes de sang qu'il attribue à des ulcérations de la muqueuse. Les cas qu'il a observés étaient compliqués d'une ou plusieurs fistules. Il ne croit pas cette maladie de nature cancéreuse. La santé en est peu altérée, à moins qu'il n'y ait obstruction de l'intestin. Le traitement est celui de la maladie précédente.

Cancer. — L'auteur s'occupe très longuement de cette affection, et il en rapporte de nombreuses observations. Cependant je ne trouve dans ce qu'il dit rien de bien nouveau pour les pathologistes français. Il donne des exemples de squirrhe, de cancer colloïde, épithélial et fongueux. Suivant lui, le dépôt s'en fait le plus fréquemment entre les tuniques muqueuse et musculaire, et habituellement en un seul point. On trouve souvent la muqueuse ulcérée; mais il pense que c'est consécutivement au ramollissement de la tumeur. La musculeuse est envahie graduellement, et le mal s'étend dans tous les sens; il finit même par gagner les organes voisins: à ce sujet, l'auteur fait ressortir le soulagement qu'amène la communication du rectum avec le vagin chez la femme, tandis qu'il ne résulte que des complications fâcheuses de sa communication avec la vessie dans l'autre sexe. Il pense, contrairement à M. Cruveilhier, que l'anus est rarement affecté de cancer, excepté par extension. C'est la paroi postérieure du rectum qui est habituellement la première affectée.

Le début est assez souvent insidieux; viennent, au bout d'un certain temps, les écoulements sanguins et puriformes.

Graduellement, les évacuations fécales sont gênées. L'auteur fait remarquer, à cet égard, qu'un arrêt complet a été observé dans des cas où la dissection a montré plus tard que le gonflement morbide laissait un espace encore assez considérable pour laisser passer le doigt dans la partie la plus étroite. Il attribue ce fait en partie à la turgescence sanguine de la muqueuse, qui souvent forme un pli à l'orifice du rétrécissement, en partie, et peut-être, dit-il, est-ce la principale, à ce que la couche musculaire achève de fermer le passage par sa contraction. Il se demande s'il ne pourrait pas se faire qu'il y eût affaiblissement de la force contractile de l'intestin au-dessus de la maladie, par suite de sa distension, et il penche pour la négative, se fondant, entre autres raisons, sur ce qu'on y trouve les fibres musculaires hypertrophiées. Cette coïncidence de l'inertie avec l'hypertrophie se remarque pourtant bien souvent dans la vessie quand le cours de l'urine est gêné. J'ai démontré que cela s'explique par la lutte que l'organe soutient d'abord contre l'obstacle, jusqu'à ce qu'enfin il cède, se laisse distendre et perd sa contractilité. (*Rech. sur le traitem. des mal. urin. des vieillards*, etc.)

Pour ce qui est du traitement, M. Quain commence par poser en fait que toutes méthodes ayant pour but de débarrasser le malade de son cancer, ou même d'en diminuer le volume, telles que bougies, escharotiques, ont fait plus de mal que de bien, et il rapporte au long l'histoire de Broussais; il use cependant de la bougie quand il y a obstruction et que le cancer n'est pas trop haut; il n'admet l'excision que pour les cas où la maladie est strictement bornée à un petit espace de la fin de l'intestin. A propos de cette opération, je rappellerai les attaches du rectum au V aponévrotique. Elles ont dû quelquefois rendre difficile l'ablation de l'extrémité inférieure du rectum. Dans le récit d'une opération faite par M. Denonvillers, il est question d'adhérences à la prostate, qui ne reconnaissaient peut-être pas d'autre cause (*Bull. Soc. anat.*, 1843, p. 171); mais, d'un autre côté, elles ont peut être plus d'une fois garanti le péritoine lors de ces énormes extirpations que pratiquait Lisfranc.

En définitive, M. Quain se borne le plus souvent à la médecine des symptômes, à calmer les douleurs, faciliter les garde-robes, modérer les pertes de sang et soutenir les forces.

Contraction spasmodique de l'intestin. — L'auteur rapporte, sous ce titre, trois observations qui prouvent, et par l'ancienneté de la maladie, par son état stationnaire, et par l'absence de symptômes généraux et locaux d'altération organique, qu'il peut exister une difficulté très grande de la défécation, sans aucune des affections que nous venons de passer en revue, et par le fait seul d'un spasme intestinal. Je ferai observer que cette conclusion pourrait bien ne pas avoir toute la rigueur désirable. Bien des causes peuvent aboutir à la même conséquence: ainsi, j'ai ouvert, en 1835, à Bicêtre, le corps d'un homme de cinquante à soixante ans, qui s'était pendu pour en finir avec une constipation opiniâtre pour laquelle il était entré plusieurs fois à l'infirmerie, et à laquelle nous remédions chaque fois à l'aide de laxatifs. Je ne trouvai aucune maladie de l'intestin; mais l'S du côlon remontait verticalement de la fosse iliaque gauche jusqu'au diaphragme, y adhérait, et redescendait ensuite se continuer avec le rectum. Je possède d'autres observations très intéressantes sur ce sujet, et dont je ferai peut-être l'objet d'une publication spéciale. Quoi qu'il en soit, l'auteur conseille, dans le cas qu'il suppose, de s'adresser à l'irritabilité nerveuse et à la constitution générale.

Polypes et excroissances polypeuses. — M. Quain dit que, si l'on a jamais trouvé dans le rectum des excroissances de consistance gélatineuse, comme celles que l'on observe le plus habituellement dans le nez, ce doit être très rarement. Durant des années, il n'a rencontré qu'un polype du rectum très mou, et encore était-il plus consistant et plus coloré que ceux du nez. Ceux de texture ferme ne sont pas rares, au contraire: communément ils sont pâles et de tex

ture fibro celluleuse. Il en a trouvé de la grosseur d'un pois, et d'autres qui variaient d'un demi-pouce à deux pouces, presque cylindriques et du volume d'une plume ordinaire. En même temps, mais plus rarement, il y avait de petites tumeurs arrondies, supportées par un pédicule étroit. Les petits corps sessiles sont souvent trouvés au nombre d'un, deux, ou même plus à la fois, lorsqu'on examine l'intestin pour une autre maladie. « Les productions vasculaires, ajoute-t-il, qu'on rencontre dans le rectum, diffèrent des précédentes par leur texture spongieuse ou fongueuse et leur couleur d'un rouge vif. Elles s'accompagnent d'un écoulement de sang abondant. A en juger par mon expérience, les tumeurs avec pertes sanguines sont rares dans le rectum, indépendamment d'une affection hémorrhoïdale; mais un médecin de grande expérience, le docteur Abercrombie, dit avoir vu des individus épuisés par un grand nombre d'hémorrhagies qui provenaient d'une petite masse fongueuse siégeant à la marge de l'anus, et au sommet de laquelle une artériole lançait le sang par jets saccadés. En l'absence de plus de détails, je penche à croire que bon nombre de ces cas appartenaient aux hémorrhoïdes. »

Je ne trouve, dans les *Bulletins de la Société anatomique*, qu'un seul cas de polype du rectum : il était muqueux, et constitué, d'après l'examen de M. Verneuil, par une hypertrophie des glandes de Lieberkuhn. Chacune de ces glandes était quatre ou cinq fois plus grosse que d'ordinaire, et l'on en pouvait distinguer l'orifice à l'œil nu. Elles étaient un peu rameuses et offraient trois ou quatre digitations. Plusieurs tumeurs semblables avaient été extirpées sur le même sujet (1854, p. 136).

Pour moi, voici ce que j'ai observé à cet égard. Une fois, on me présenta une tumeur du volume d'une pomme d'api, qu'un enfant venait de rendre par l'anus. Cette tumeur était noirâtre, et son intérieur avait beaucoup de ressemblance avec le tissu de la rate. J'ai parlé, en 1840, de deux petites saillies coniques, dures, douloureuses, de couleur rose, de 8 ou 9 millimètres de hauteur et de 4 à 5 de diamètre à la base, qui existaient sur les parois opposées du rectum. L'excision et la cautérisation guérirent le malade (*Rech. sur les mal. urin.*, p. 385). Depuis ce temps, j'ai vu un homme et une femme tourmentés par des hémorrhagies assez fréquentes, et chez lesquels je ne trouvai qu'une petite tumeur assez profonde, qui, au toucher, me donnait la sensation d'une verrue. Le premier se trouva bien de la cautérisation avec le caustique de Vienne solidifié; je conseillai le même moyen pour la seconde, mais je n'ai pas su ce qui est arrivé. On voit que ce sujet appelle de nouvelles études.

M. Quain termine son traité par quelques considérations sur les accumulations de fèces dans le rectum, sur les concrétions alvines, et sur les corps étrangers introduits ou arrêtés dans cet intestin. Je ne trouve à signaler dans ces chapitres que le fait d'une épingle qui, avalée, avait perforé l'appendice vermiforme, déterminé un abcès, et avait enfin perforé l'artère iliaque primitive et donné lieu à des hémorrhagies mortelles.

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

NOTE HISTORIQUE ET CRITIQUE SUR LE RÔLE DU SUC PANCRÉATIQUE DANS LA DIGESTION DES MATIÈRES GRASSES (*).

C'est au chapitre Digestion *du* Traité de physiologie de M. Longet, *chapitre paru seulement depuis deux jours, que nous empruntons la présente note, qui, après le rapport de M. Bérard à l'Académie de médecine (séance du 21 avril), aura pour nos lecteurs l'intérêt de l'actualité.*

Les mêmes qualités, précision et heureux enchaînement des détails, clarté de style, rigueur d'induction, qu'on remarque habituellement dans les écrits de M. Longet, *se retrouvent dans cette note, où il examine, sans distinction de pays, la part de chaque expérimentateur dans la détermination d'un des usages attribués au pancréas, la digestion des matières grasses. Dans la* partie historique (*dont chacun pourra aisément vérifier l'exactitude, puisque les sources auxquelles l'auteur a puisé sont indiquées avec soin) il commence par remplir simplement un devoir, celui de rendre hommage à la vérité en réparant, à l'égard d'un physiologiste éminent et mort seulement de nos jours (M. Eberle), un oubli sans doute involontaire. Quant à la* partie critique, *le lecteur pourra reconnaître qu'elle ne s'inspire que de l'intérêt de la science, sans autre préoccupation. Le ton de cet examen critique est celui qu'on aimerait à voir toujours employé par les savants en dissidence d'opinions.*

Nous nous proposons de rendre compte prochainement,

(*) **Extraction du suc pancréatique.** — Regnier de Graaf (1), à propos du procédé qu'il mit en usage pour se procurer du suc pancréatique, s'énonce ainsi : « A la sollicitation de Sylvius de le Boë, je fus assez heureux, l'an 1662, pour découvrir le moyen de recueillir le suc pancréatique (p. 19)... On fera une incision à l'abdomen d'un chien, suivant la ligne blanche depuis le cartilage xiphoïde jusque vers la région du pubis, pour atteindre l'intestin, qui sera lié près du pylore, et aussi à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'orifice du canal pancréatique, afin que les aliments, descendant de l'estomac ou les matières contenues dans les intestins, venant à remonter par le changement du mouvement péristaltique, ne troublent point l'opération. On fendra ensuite l'intestin entre les deux ligatures, suivant sa longueur, par sa partie antérieure et éloignée du mésentère, en nettoyant bien avec une éponge la bile et les autres matières qui s'y trouvent. On trouvera généralement le canal pancréatique libre environ deux travers de doigt au-dessous de l'orifice du conduit biliaire... puis on introduira doucement dans l'orifice étroit du canal pancréatique le petit bout d'un tuyau de plume (de canard), attaché à une fiole ; après quoi, ayant fixé cette fiole à l'intestin, on coudra l'abdomen avec un gros fil, en laissant pendre dehors la fiole, comme elle est représentée dans la troisième planche fig. II (Ouv. cit.).

» Ce seul instrument suffit, quand le canal pancréatique est *unique ;* mais *s'il y a un deuxième canal*, comme il arrive quelquefois (chez le chien), on aura, pour le boucher, recours à l'instrument compresseur représenté dans la deuxième planche, fig. III (Ouv. cit.)..., afin de serrer tellement l'intestin que rien ne puisse sortir du *second conduit*... De cette manière, tout le suc pancréatique sort par le trou où le petit tuyau de plume a été introduit, et tombe dans la fiole (p. 24 et 25) »

Plus loin (p. 27 et 35), Regnier de Graaf décrit les propriétés du suc pancréatique comme le lui permettaient les connaissances chimiques de son époque, et il assure « *en avoir recueilli, par le moyen précédent, jusqu'à deux drachmes et même une demi-once sur un chien, et une once entière sur un autre chien* (*dogue*) en sept ou huit heures. » C'est à l'aide du même procédé, et sur des animaux de la même espèce, que Schuyl, autre disciple de François de le Boë, a avancé plus tard (1670) en avoir obtenu *deux onces* dans l'espace de trois heures.

De nos jours, Tiedemann et Gmelin (*Rech. expér. sur la digestion*, trad. franç. par Jourdan, 1re part., p. 27 et suiv.; Paris, 1827), voulant éviter l'incision et la ligature de l'intestin avec tous les désordres qui peuvent en résulter, se sont bornés à *inciser le conduit principal du pancréas vers son abouchement dans le duodénum*, et à y introduire un petit tube de verre, qu'ils assujettissaient par le moyen d'une ligature. Leur procédé, quelque peu modifié, a été adopté depuis par la plupart des expérimentateurs qui ont voulu se procurer le liquide propre au pancréas, en établissant des *fistules pancréatiques* permanentes.

(1) *Traité du suc pancréatique*, dans Hist. anat. des parties génitales de l'Homme et de la Femme, *trad. franç.*; Bâle, 1699, in-8°.

dans ce journal, du savant chapitre que M. Longet *vient d'ajouter à son* Traité de physiologie. *Nous pouvons dire, à l'avance, que, dans aucun traité analogue l'intéressante fonction de la* digestion *n'a jamais été présentée d'une manière à la fois plus approfondie et plus lucide.*

A. D.

L'auteur d'un remarquable *Traité de la digestion*, publié en 1834, Eberle (*), s'appliquant à déterminer l'action du suc pancréatique sur les divers aliments, eut l'idée de préparer un liquide pancréatique en faisant infuser dans l'eau pure le pancréas du bœuf. Pour apprécier la valeur de ce procédé, il n'est pas inutile de rappeler ici que, depuis lors, il a été établi que, dans des infusions analogues de glandes salivaires, on peut très facilement retrouver tous les caractères physiques et physiologiques propres à chaque salive normalement sécrétée et recueillie ; ajoutons que d'ailleurs c'est ce même procédé qui, plus tard (1844 et 1845), a aussi amené G. Valentin, Bouchardat et Sandras, à découvrir un des usages les plus remarquables du pancréas.

« Quand le précédent liquide pancréatique, dit Eberle (1), » est mêlé et agité avec de l'huile, *le mélange acquiert bien-» tôt l'aspect d'une émulsion ;* toutefois, par le repos, plu-» sieurs gouttelettes huileuses reparaissent sans avoir perdu » d'abord d'une manière notable de leur limpidité et de leur » transparence; mais en ajoutant plus d'huile, puis en agi-» tant de nouveau le mélange, à la chaleur de la main, il se » forme un liquide trouble d'un blanc légèrement jaunâtre, » duquel se sépare, par le repos, de l'huile qui vient à la » surface; mais cette huile est elle-même trouble, blan-» châtre et si finement divisée, qu'elle présente l'aspect d'*une » crème ;* alors le reste du liquide *ne s'éclaircit plus.*

» Par conséquent, ajoute Eberle (p. 251), le suc pancréa-» tique est capable de *maintenir* la graisse dans un état » d'extrême division et d'en former une émulsion. »

Plus loin, le même auteur, résumant toutes ses expériences, formule ainsi sa cinquième conclusion :

« Le suc pancréatique peut s'emparer de la graisse et la » *maintenir* sous forme d'une fine émulsion. *Donc ce qu'on » avait autrefois dit de la bile, à savoir qu'elle agissait » sur les parties grasses des aliments, doit se dire* main-» tenant *du suc pancréatique* (p. 253). » Il ajoute (p. 327) que le suc pancréatique, outre qu'il rend le *chyme* plus fluide, a mission d'émulsionner les graisses qui y sont contenues, *pour les faire entrer dans le chyle.*

Cette opinion paraît partagée par Burdach (2), qui la rappelle et la cite en ces termes : « Suivant Eberle, le suc pan-» créatique sert en outre à délayer la graisse et à la réduire » sous forme d'émulsion. »

Eberle (p. 253) va plus loin et réfute l'argument qu'on pourrait tirer, contre son opinion, des expériences de Tiedemann et Gmelin, dans lesquelles le chyle avait été trouvé *presque* limpide après la ligature du canal cholédoque : convaincu de la réalité du nouvel usage assigné par lui au suc pancréatique et de l'erreur où l'on était, suivant lui, en attribuant cet usage à la bile, il prétend que, puisqu'il n'y avait pas eu émulsionnement des graisses dans ces cas, le conduit pancréatique lui-même avait dû aussi être oblitéré par suite de l'opération.

Pour toutes ses expériences *physiologiques*, Eberle déclare d'ailleurs, de la manière la plus explicite (p. 235), ne s'être servi que d'une *simple infusion aqueuse et filtrée* de pancréas de bœuf. C'est donc à tort que, récemment, il lui a reproché d'avoir à l'ordinaire préparé *son liquide* en mettant un pancréas dans une bouteille avec une solution de chlorure de sodium, d'acétate de potasse et de soude, à laquelle il ajoutait même quelquefois de la salive (1). Eberle s'est en effet servi d'un pareil mélange, mais seulement pour quelques expériences *chimiques* tout à fait accessoires (2).

Depuis quelques années, Cl. Bernard (3), ayant repris cette question des usages du fluide pancréatique, a été conduit à des résultats confirmatifs de la doctrine d'Eberle. En effet, si l'on mêle, suivant lui, de la graisse fluide avec du suc pancréatique, il se forme une émulsion parfaite, semblable à du chyle, qui, exposée à une température de 35 à 38 degrés, se maintient parfaitement pendant 15 à 18 heures. Le liquide ne change pas du tout d'apparence. Mais, au bout de quelques heures (5 ou 6), il devient évident que, sous l'influence du suc pancréatique, la graisse a aussi subi une modification chimique, qu'elle a été dédoublée en glycérine et en acides gras.

Quant à ce dédoublement, les expériences de Bouchardat et Sandras (*), celles surtout de Bidder et Schmidt (**) ont établi qu'il ne peut avoir lieu ordinairement dans le tube digestif : les graisses y sont donc seulement émulsionnées par le suc pancréatique et rendues ainsi plus absorbables.

C'est exactement l'opinion d'Eberle, avec l'appui d'expériences et d'observations variées et plus ou moins contestables, comme les suivantes : Chez le chien, après la ligature des conduits pancréatiques, la graisse reste inaltérée dans le canal intestinal et ne passe plus dans les chylifères qui contiennent un liquide limpide, non lactescent. — Chez le lapin, le canal pancréatique, qui est unique, s'ouvre très bas dans l'intestin, à 35 centimètres environ au-dessous de l'orifice du canal cholédoque (***) : or, si l'on donne des aliments gras à un lapin, on voit que c'est précisément après l'abouchement du canal du pancréas que les chylifères commencent à contenir un chyle blanc laiteux, tandis que plus haut ils ne renferment qu'un chyle transparent. — Les maladies pro-

(*) C'est EBERLE qui découvrit qu'en faisant infuser la membrane muqueuse de l'estomac d'un animal, même après la mort, on peut se procurer un *suc digestif* doué de toutes les propriétés physiologiques du suc gastrique naturel ; découverte importante qui donna une vive impulsion à la science, en permettant à chacun de reproduire aisément les mémorables digestions artificielles de SPALLANZANI.

(1) EBERLE, *Physiol. der Verdauung;* Würzburg, 1834 p. 251.
(2) *Traité de physiol.*, trad. de Jourdan, t. IX, p. 380

(1) MOYSE, *Étude historique et critique sur les fonctions et les maladies du pancréas.* Thèse inaug., Paris, 30 juin 1854, p. 9.
(2) EBERLE, *Ouv. cit.*, p. 226.
(3) *Du suc pancréatique et de son rôle dans les phénomènes de la digestion.* — Arch. génér. de méd., 4e série, t. XIX, janvier 1849.

(*) *Annuaire de thérap.*, 1845, p. 259. — Ces expérimentateurs ont retrouvé dans le chyle et reconnu à tous leurs caractères l'huile d'amandes douces, les graisses de mouton et de porc, chez les animaux auxquels ils avaient fait digérer ces substances, qui, en effet, n'avaient point été décomposées.

(**) *Ouv. cit.*, p. 228. La propriété de dédoubler et d'acidifier les corps gras, qui se constate hors de l'intestin, n'est pas mise en jeu chez l'animal vivant, suivant ces auteurs ; elle est complétement annihilée par la *réaction acide du chyme.* — De même, le suc pancréatique, s'il a été légèrement acidulé, a beau être mis en contact prolongé avec des matières grasses en dehors du corps de l'animal, il ne détermine plus leur *saponification*, c'est-à-dire que la glycérine n'est pas rendue libre, et que l'acide ou les acides du corps gras ne s'unissent plus à l'alcali du suc pancréatique pour former un savon.

(***) Cette particularité anatomique a été signalée par REGNIER DE GRAAF : « Dans les lièvres et les lapins, dit-il, le suc pancréatique se décharge *à quinze travers de doigt au-dessous du pylore.* » Dans ouv. cit., p. 11 (*Traité du suc pancréatique*).

fondes du pancréas, chez l'homme, s'accompagnent constamment de selles graisseuses. — En injectant, par le canal pancréatique, des matières grasses liquides dans l'intérieur du pancréas, on parvient à détruire cet organe dont le tissu se combine avec la graisse et bientôt se résorbe; de là, ajoute-t-on, chez les animaux, un amaigrissement des plus rapides, le passage des matières grasses non digérées dans les fèces, et enfin la mort.

L'influence du suc pancréatique sur les corps gras nous paraît avoir été exagérée, ou plutôt trop exclusivement attribuée à ce liquide. Frerichs (1) conclut d'expériences comparatives que le sérum du sang, la bile, le suc intestinal et la salive possèdent un pouvoir émulsionnant qui n'est pas bien inférieur à celui dont le suc pancréatique est doué : il est vrai qu'il avait pris pour terme de comparaison le suc pancréatique de l'âne, qui, ne se coagulant point par la chaleur, a pu être considéré comme altéré. Mais c'est là seulement une question de plus ou de moins; Lenz (2), Bidder et Schmidt (3), et nous-même, avons vu que d'autres fluides que le suc du pancréas pouvaient former, avec l'huile d'olive, des émulsions qui se conservent aussi assez longtemps.

Schiff a trouvé à la *salive sous-linguale* du chat, mêlée au mucus de la bouche, un pouvoir émulsionnant très prononcé; l'émulsion s'est maintenue pendant deux jours et demi. Avec la salive mixte ou la salive parotidienne, qui est plus aqueuse, l'émulsion a été bien moindre. J'ai déjà dit (p. 175) que j'avais fait les mêmes observations sur la salive provenant des glandes sous-maxillaires et sublinguales de l'homme, et que son pouvoir émulsif m'avait toujours paru bien plus marqué à jeun qu'après les repas (*).

Bidder et Schmidt attribuent, avec raison, les résultats *négatifs* de quelques expériences faites avec la *bile* par exemple, à ce que souvent on se sert d'une trop faible quantité de ce fluide. Si la bile ne peut émulsionner que dix fois moins de graisse que n'en émulsionnerait le suc pancréatique, comme il en coule dans l'intestin au moins dix fois plus que de suc pancréatique, il ne serait pas exact d'attribuer à ce dernier fluide seul les résultats d'émulsionnement obtenus. Encore faut-il ajouter que, d'après Lenz, Bidder et Schmidt, le pouvoir émulsionnant de la bile est plus considérable que dans la supposition précédente, et qu'il faut aussi tenir grand compte de la propriété émulsive si évidente du *suc intestinal*.

Frerichs (4) fit, sur des chats à jeun, la ligature du canal de Wirsung ou bien appliqua des ligatures multiples sur le *pancréas lui-même*, de manière à *le détruire*; puis, ayant fait prendre à ces animaux de la *graisse* ou du lait (**), il les tua au bout de quatre à six heures. « Toutes les fois, dit-il, que la réaction inflammatoire n'atteignit pas un haut degré, les chylifères se trouvèrent remplis, tantôt en nombre plus grand, tantôt moins grand, d'un suc blanc-laiteux. Les vaisseaux blancs admettent donc, dans une certaine limite, la graisse, malgré l'absence du suc pancréatique. » Herbst (1) est arrivé aux mêmes résultats sur des lapins.

Sur des chiens *soumis préalablement à un jeûne prolongé* (et dans l'intestin desquels on ne pouvait plus admettre la présence du suc pancréatique, dont la sécrétion n'a lieu qu'au moment de la digestion), après avoir *lié l'intestin* au-dessous des ouvertures des canaux biliaires et pancréatiques, Frerichs a injecté dans l'intestin, au-dessous de la ligature, de l'huile d'olive. Les animaux ayant été tués au bout de deux à trois heures, les chylifères contenaient déjà un liquide blanc et très apparent. Des expériences analogues ont été répétées fréquemment par Lenz, par Bidder et Schmidt; elles sont toutes confirmatives de celles de Frerichs; mais il faut laisser de côté celles de leurs expériences dans lesquelles les canaux pancréatiques multiples avaient pu n'être pas tous ligaturés (*).

Plus récemment, Colin (2), ayant fait choix d'animaux de l'espèce bovine, a eu l'heureuse idée d'établir à la fois des fistules du pancréas et du canal thoracique sur les uns, et seulement des fistules de ce dernier canal sur les autres, afin de déterminer ainsi, d'une manière comparative (avec ou sans la participation du suc pancréatique), le rapport existant entre la somme des matières grasses absorbées et la somme de celles qui se trouvent dans les aliments. Si plus haut nous avons vu Eberle soutenir (en dépit d'expériences de Tiedemann et Gmelin, favorables à l'opinion ancienne de l'émulsionnement des graisses par la bile) que le suc pancréatique seul, et à l'exclusion du fluide biliaire, possède le pouvoir émulsif, nous voyons ici Colin affirmer que, sans l'intervention du suc pancréatique, les graisses sont émulsionnées, digérées et absorbées à peu près dans les proportions normales, et aussi qu'on les retrouve dans le canal thoracique « identiques, sous le rapport de leur état et de leurs propriétés physiques et chimiques, avec ce qu'elles sont dans les conditions physiologiques ordinaires (**). »

De tous les faits expérimentaux qui précèdent, quelle autre induction pourrait tirer un esprit non prévenu, si ce

(1) *Ouv. cit.*, t. III, p. 848.
(2) *Mém. cit.*, p. 47.
(3) *Ouv. cit.*, p. 252.
(4) *Loc. cit.*

(*) L. Corvisart affirme que « la *pepsine* (extraite de la membrane muqueuse de la caillette du mouton), exactement neutralisée, émulsionne si bien les graisses neutres que l'aspect crémeux persiste encore huit jours après l'expérience. Une acidité très manifeste apparaît dès la quatrième heure. Il dit avoir répété des expériences analogues avec de la bile fraîche et neutre; l'acidité est également survenue avec rapidité. La remarque avait d'ailleurs été faite qu'il n'y avait dans les liqueurs aucune trace de putréfaction commençante lors de l'apparition de ces phénomènes : on sait, en effet, que c'est une propriété de toutes les matières animales, en voie de décomposition, de déterminer dans de pareils mélanges la *rancidité*. » (Communication écrite.)

(**) Nous ne tiendrons compte ici que des expériences faites avec la *graisse*, attendu que dans le lait la matière grasse, déjà naturellement émulsionnée, a pu être directement absorbée par les chylifères.

(1) Henle und Pfeuffer, *Zeitschrift*, etc., Neue Folge, Bd. IV, Heft I.
(2) *De la digestion et de l'absorption des matières grasses sans le concours du fluide pancréatique.* — Mémoire présenté à l'Acad. de méd. de Paris, dans la séance du 1er juillet 1856.

(*) Doit-on admettre comme un fait constant que, chez un lapin ayant pris des aliments gras, les chylifères ne contiennent un chyle laiteux qu'après l'abouchement du canal pancréatique dans l'intestin, tandis qu'au-dessus ils ne renferment qu'un chyle transparent? Les expériences de Frerichs, de Lenz, de Bidder et Schmidt, celles de Herbst et les nôtres, n'ont pas confirmé cette manière de voir. Si, au contraire, comme cela a lieu en effet, on peut trouver aussi du chyle laiteux au-dessus de l'orifice du conduit pancréatique, serait-ce *seulement* parce qu'au commencement de la digestion le suc pancréatique aurait reflué du côté de l'estomac à la rencontre des matières grasses qui en descendent? S'il en était ainsi, une fois que ces matières auraient pris leur cours dans l'intestin avec le fluide pancréatique lui-même, on ne devrait plus, d'après la théorie en question, trouver des chylifères blancs qu'*au-dessous* de l'abouchement du canal pancréatique; et pourtant le contraire s'observe encore d'après les expériences toutes récentes de Donders (*Physiol.*, I, p. 260; Leipzig, 1856). En effet, ayant injecté toutes les deux heures (pendant huit ou neuf heures) de la graisse dans l'estomac d'une dizaine de lapins, cet expérimentateur a constamment vu des chylifères blancs *au-dessus* du précédent abouchement. Dans ces cas, l'hypothèse d'un reflux de suc pancréatique sécrété d'avance et au début de la digestion ne saurait plus être admise, puisque cette portion de fluide avait dû être entraînée depuis longtemps par les premières portions d'aliments gras.

(**) Poinsot (communication faite à l'Acad. de méd. de Paris dans sa séance du

n'est qu'en effet, contre le sentiment trop absolu d'Eberle, les graisses peuvent, *au moins en partie*, continuer à s'émulsionner et à s'engager dans les chylifères, sans l'intervention du suc pancréatique et même de la bile?

Je crois devoir rappeler ici, en passant, que j'ai démontré (1) que le fluide séminal possède aussi, et au plus haut degré, le pouvoir émulsionnant. Si l'on mêle avec le fluide séminal une matière grasse préalablement reconnue neutre (de l'huile d'olive par exemple), et si on les agite ensemble, le mélange se transforme aussitôt en un liquide semblable à du lait; il se fait une émulsion. Celle-ci est tellement parfaite que, jusqu'au moment même de la putréfaction, avec une température de 15 à 20 degrés centigrades, le liquide blanchâtre, crémeux, ne change pas du tout d'apparence, et qu'il n'y a par le repos, aucune séparation entre la matière grasse et le fluide séminal. Lorsqu'un pareil mélange a été maintenu au bain-marie, entre 35 et 40 degrés, pendant 14 à 16 heures, on constate que la graisse n'est pas seulement divisée et émulsionnée, mais que de plus elle est modifiée chimiquement; car la matière grasse neutre et le fluide séminal alcalin formaient, au moment de leur mélange, un liquide blanc laiteux, à réaction alcaline, tandis qu'après le laps de temps indiqué, et souvent bien plus tôt, le même liquide présente une réaction sensiblement acide.

Sans doute, cette expérience ne prouve rien relativement à ce qui se passe dans l'intestin; mais elle vient à l'appui de cette opinion exacte, que plusieurs des liquides de l'économie possèdent le pouvoir d'émulsionner les graisses. Que le *suc pancréatique* jouisse de la propriété émulsive, même à un haut degré, c'est un fait incontestable dont la découverte est due à Eberle, et que nous-même avons pu vérifier plus d'une fois; mais évidemment, après les expériences relatées précédemment, on aurait tort de croire que, même parmi les fluides digestifs, *seul* il possède cette remarquable propriété.

Aussi, les *observations pathologiques* établissent-elles que les dégénérescences du pancréas peuvent exister sans que la graisse ait entièrement cessé d'être digérée. On a dit, il est vrai, que dans les maladies du pancréas la graisse est expulsée avec les fèces, sans avoir été modifiée ni absorbée dans l'intestin; d'où un amaigrissement extrême. Plusieurs observations à l'appui de cette opinion sont citées par Claessen (2), qui les a empruntées à Bright (3), à Lloyd (4), à Elliotsen (5), et aussi par Eisenmann (6). Mais, dans tous ces cas, le pancréas n'était pas le seul organe malade, et très souvent le duodénum était désorganisé ou le foie altéré, ou les conduits biliaires oblitérés (*); si bien que beaucoup d'auteurs ont considéré les *fèces graisseuses comme dénotant une affection du foie* et non une maladie du pancréas.

D'autre part, il existe des observations de maladies profondes du pancréas sur des sujets ayant conservé un embonpoint plus ou moins marqué, et chez lesquels, par conséquent, la digestion de la graisse n'était point empêchée d'une manière absolue. J. Casper (1) rapporte le cas suivant : Un homme tombe gravement malade et meurt en deux jours. A l'autopsie, faite par Froriep, on trouva dans le péritoine et le mésentère une quantité de graisse dépassant considérablement la quantité normale. Tous les organes étaient sains, à l'exception du pancréas, qui était hypertrophié, infiltré de sang et tellement induré, que sa structure n'était plus reconnaissable. Cette glande, au lieu d'être oblongue comme à l'ordinaire, offrait une forme globuleuse.

Greiselius (2) rapporte qu'un individu très gras, âgé de quarante-deux ans, et sujet depuis longtemps à des douleurs intestinales violentes, succomba à la suite d'un dernier accès douloureux qui avait duré dix-huit heures. Le pancréas était détruit comme par mortification ou sphacèle.

De Haen (3) cite l'exemple d'un homme de cinquante-trois ans, remarquable par sa voracité, et qui, depuis plusieurs années, en proie à des douleurs épigastriques, mourut dans un accès de toux spasmodique. Sous la peau et par tout le corps existait, lors de l'autopsie, une couche graisseuse de l'épaisseur d'un doigt : entre autres lésions, on trouva le pancréas squirrheux dans toute son étendue.

Au rapport d'Abercrombie (4), une femme éprouvait, depuis une année, des vomissements fréquents avec douleurs dans la région de l'estomac. Néanmoins, cette femme n'était pas amaigrie, et les téguments du ventre contenaient une couche graisseuse épaisse de deux pouces. Le pancréas était manifestement induré et squirrheux, en totalité, sans augmentation notable de son volume.

Chez un homme robuste, âgé de cinquante-six ans, qui (depuis le mois d'avril 1830 jusqu'au 8 octobre de la même année, époque de sa mort) avait ressenti des douleurs particulièrement fixées vers la région épigastrique, Dawidoff (5) raconte qu'on trouva, à l'autopsie, le pancréas « très induré et converti en squirrhes noueux, » plus volumineux qu'à l'état normal et fortement adhérent à l'estomac et au péritoine. L'incision de l'organe malade présentait une surface homogène, dure et blanche, qui laissait échapper quelques gouttes d'un liquide purulent. L'embonpoint était ordinaire, mais les muscles des parois abdominales étaient recouverts d'une couche considérable de graisse.

Bécourt (6) rapporte aussi quelques faits analogues aux précédents, c'est-à-dire des cas de maladie du pancréas, offrant une certaine durée, sans amaigrissement plus notable que dans les maladies des autres organes.

9 septembre 1850) a attaqué les conclusions du travail de Colin, en assurant qu'il avait suivi, sur un pancréas de veau, « deux conduits *excessivement ténus* jusque dans le canal cholédoque, où ils venaient se jeter. »

A l'École d'Alfort, sur 14 pancréas de *bœuf*, injectés à l'aide de matières très pénétrantes et solidifiables, il est arrivé seulement 4 fois de constater l'existence d'*un* canalicule réputé *supplémentaire*. Mais comme, dans les expériences précitées de Colin, le suc pancréatique s'écoulait librement au dehors par le tube engagé dans le canal principal, on ne voit pas pourquoi, en cas d'existence du *canalicule*, un reflux se serait produit, par son entremise, dans les voies biliaires et de là dans l'intestin. Au moins, par suite de pareil reflux, le petit canal eût-il dû se dilater, et c'est ce qui n'a jamais eu lieu.

(1) LONGET, *Action du fluide séminal sur les corps gras neutres*, dans *Comptes rendus de l'Acad. des sc. de Paris*, décembre 1854.
(2) *Die Krankheiten des Pancreas*; Cologne, 1842.
(3) *Medico-chirurg. Transact. of London*, t. XVIII, p. 1.
(4) *Ibid.*, t. XVIII, p. 57.
(5) *Ibid.*, t. XVIII, p. 67.
(6) Dans *Annales de méd.* de Prague.

(*) C'est ainsi, par exemple, que dans l'observation de LLOYD il est dit (Rec... p. 65) : « Que si le foie n'offre pas d'altération appréciable, le conduit cholédoque ... tellement oblitéré à son abouchement dans le duodénum, que l'air insufflé à son ... ne pouvait pénétrer dans l'intestin. Toute la surface du cadavre était d'une couleur ... foncée. »

Je rappelle ici cette particularité, parce qu'elle a échappé à d'autres personnes qui ont mal interprété la précédente observation.

(1) *Wochenschrift f. d. gesammte Heilkunde*, 1836, p. 437.
(2) *Miscell. nat. Cur.*, *D. I.* an. III, obs. 45.
(3) *Opusc. med. phys.*, t. I, p. 217.
(4) *Edinb. Journ.*, 1824, avril, p. 249.
(5) *De morbis pancreatis observationes quædam*; Dorpat, 1833, p. 9.
(6) *Recherches sur le pancréas, ses fonctions et ses altérations organiques* Thèses de Strasbourg, 1er juillet 1830. *Passim.*

Il serait inutile de citer en plus grand nombre de pareils exemples, qui ne font pas défaut dans la science. Voyons maintenant ce qu'on doit penser des *selles graisseuses*, comme signe pathognomonique de la destruction et des maladies profondes du pancréas. Il nous sera facile d'établir que, d'une part, elles ne sont pas propres exclusivement à ces derniers cas, et que, d'autre part, elles n'y sont pas constantes.

C'est un fait bien connu, depuis longtemps, que les ictériques ne digèrent qu'incomplétement les corps gras, qui sont rendus inaltérés avec les fèces. « Et bilem, dit Haller (1), » peculiariter oleosa solvere, tum ex prioribus illis (p. 549) » adparet, tum ex peculiari morbo... in ægro icterico fæces » albæ erant, *supernatante pinguedine* (cui solvens liquor » defuerat) : cum vero medicamentis exhibitis calculus per » anum decessisset, *porro fæces oleosæ esse desierunt.* » Elliotson (2) rapporte deux observations dans lesquelles le célèbre chimiste W. Prout constata la présence de beaucoup de graisse dans les selles. Le *foie seul* était malade dans la première de ces observations, et ni cet organe ni sa vésicule ne renfermaient de bile; dans la seconde, la membrane muqueuse du côlon et du cæcum offrait des ulcérations. Il est dit que, dans l'un et l'autre cas, le *pancréas* fut trouvé parfaitement sain. Nous avons cité plus haut (p. 253) les expériences comparatives de Bidder et Schmidt sur des chiens sains et sur d'autres munis de fistule de la vésicule biliaire, avec ligature du canal cholédoque; expériences desquelles il résulte que ces derniers animaux n'absorbent plus, en moyenne, que 1/5 ou 1/7 de la quantité de graisse qu'absorbent les premiers, le surplus de cette matière passant inaltéré dans les fèces des chiens à fistule. Reinhold Schellbach (3) qui, dans des expériences analogues, a donné les résultats de ses analyses comparées des aliments et des excréments, a aussi noté que les selles deviennent *très* graisseuses quand on empêche l'afflux de la bile dans l'intestin.

Ainsi les fèces graisseuses ne s'observent pas seulement dans les lésions du pancréas, elles se lient également aux affections exclusives des voies biliaires; ce qui ne saurait surprendre quand on se rappelle le rôle si incontestable (4) de *la bile* dans la digestion des matières grasses.

Nous avons déjà mentionné plusieurs observations de désorganisation lente du pancréas chez l'homme, dans lesquelles on n'avait remarqué ni les évacuations graisseuses, ni l'amaigrissement excessif qui ont été considérés comme la conséquence nécessaire de cette affection. Il faut y ajouter deux autres cas consignés dans le tome XVIII, page 31 et 44 des *Med. Chir. Transact.* de Londres. Cela tendait à donner raison à Claessen (5), qui, dans un savant ouvrage publié en 1842, après avoir analysé un grand nombre d'observations empruntées à divers auteurs, arrive à conclure qu'il n'y a pas un seul signe constant « ou même très fréquent » dans les altérations du pancréas.

Toutefois quand on est arrivé, après trois ou quatre semaines, à détruire et à faire résorber le pancréas d'un animal, des évacuations graisseuses peuvent apparaître d'une manière constante (*), comme d'ailleurs elles se rencontrent à la suite de la ligature du canal cholédoque ou de l'oblitération subite des voies biliaires par des calculs. Est-il besoin de rappeler, à ce propos, qu'à l'état normal un animal ne peut digérer, dans un temps donné, qu'une quantité déterminée de graisse, et que, si une proportion trop grande en a été ingérée avec les aliments, nécessairement elle sortira inaltérée par l'anus? Or, comme le suc pancréatique contribue pour sa part à la digestion des matières grasses, il est manifeste qu'en le supprimant on doit déterminer, chez l'animal, une prédisposition aux selles graisseuses : cette prédisposition se traduira en fait pour peu que la quantité de graisse ingérée augmente sans même atteindre la limite ordinaire, à moins que les autres liquides concourant au même but que le suc pancréatique (bile, suc intestinal, etc.) ne soient sécrétés en plus grande abondance et ne viennent suppléer à son absence. Mais évidemment cela ne peut avoir lieu qu'après un laps de temps assez long. C'est ainsi que s'expliquent, suivant nous, les différences observées dans les cas de destruction rapide du pancréas, et dans ceux de dégénérescence lente et progressive du même organe.

Ajoutons que d'ailleurs, dans ces dernières observations faites sur l'homme, l'existence de fèces graisseuses, qu'on a pu aussi quelquefois constater, est loin de prouver que la digestion de la graisse ait été entièrement abolie, puisque avec les désorganisations les plus profondes du pancréas a pu souvent coïncider un certain embonpoint, et qu'aussi des analyses comparées des aliments et des fèces n'ont pas été faites pour établir cette preuve.

En résumé, les données *pathologiques et expérimentales* se prêtent un mutuel appui pour établir que, dans la doctrine d'Eberle, l'influence du suc pancréatique sur l'émulsionnement et la digestion des matières grasses a été exagérée et qu'elle a été trop exclusivement attribuée à ce fluide, qui, en réalité, la partage avec d'autres liquides intestinaux. L'observation clinique tend même à démontrer que ces derniers peuvent suppléer le suc pancréatique quand sa suppression est survenue d'une manière lente comme dans les affections organiques du pancréas chez l'homme, et non d'une manière assez rapide comme dans les expériences sur les animaux.

(1) *Elementa physiologiæ*, t. VI, p. 609.
(2) *Med. Chir. Transact. of London*, t. XVIII, p. 79.
(3) Dans *Journal de pharmacie et de chimie*, déc. 1851.
(4) Voir plus haut, p. 252 et suiv.
(5) *Die Krankheiten des Pancreas.* Cologne, 1842.

(*) Ce phénomène s'est produit d'autant plus sûrement que, au lieu de diminuer la proportion de graisse ingérée avec les aliments comme il eût été rationnel de le faire, on a plutôt généralement fait le contraire.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 28 AVRIL 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Lecture du procès-verbal de la dernière séance.

M. *Bouley* demande la parole sur le procès-verbal. Il conteste le caractère d'un rapport au travail lu par M. Bérard, et en décline, quoique commissaire, la responsabilité. — M. *Bussy*, également commissaire, appuie M. Bouley. — M. *Bérard* répond que les expériences n'ont pas été secrètes. — M. *Cazeaux* demande s'il n'y aurait pas lieu de procéder à un nouveau vote.

M. le *Secrétaire perpétuel* fait remarquer que ce n'est pas la première fois qu'il arrive qu'un rapport est lu devant l'Académie sans qu'il ait été préalablement approuvé par tous les membres de la commission.

M. le *Président* met aux voix le procès-verbal, qui est adopté, et l'Académie passe à l'ordre du jour.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1856, dans les départements du Gard, de l'Oise, de la Manche, des Pyrénées-Orientales et de la Seine-Inférieure. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Les rapports de MM. les docteurs *Verdier* et *Blouquier*, sur le service médical des eaux minérales de Cauvalat et de Fonsanche; de M. le docteur *Loubier*, sur les eaux de Propiac; de MM. les docteurs *Tellier* et *Rérolles*, sur les eaux de Bourbon-Lancy. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : — *a*. Une note de M. *Hogg*, pharmacien à Paris, sur la fabrication de l'huile de foie de morue. — *b*. Plusieurs mémoires de physiologie et de chirurgie, par M. *Tigri* (de Sienne). (*Comm.* : MM. Blache, Lecanu, Poiseuille.) — *c*. Une lettre de M. le docteur *Schnepf*, relative à la méthode sous-cutanée.

M. *J. Guérin* demande la parole à propos de la correspondance. Il est surpris que M. le Secrétaire perpétuel ne donne pas lecture de la lettre de M. Schnepf, qui contient une analyse exacte des documents allemands relatifs à la méthode sous-cutanée, et une rectification de *prétendues* citations de M. Bouvier.

M. *Bouvier* demande que M. Guérin retire le mot *prétendu*.

M. *le Président*. Il ne se fait rien ici qui ne soit délibéré, avant la séance, dans le conseil de l'Académie, et le président ne fait qu'exécuter ces décisions préalables. Il est sans antécédents que l'Académie ait admis les personnes du dehors à discuter, à cette tribune, les opinions de ses membres et à intervenir dans nos débats.

M. *J. Guérin* insistant, M. le *président* fait remarquer que des lettres adressées au bureau contre M. Guérin n'ont pas été lues.

M. *le Président* annonce que M. *Pamard*, membre correspondant de l'Académie à Avignon, assiste à la séance.

Lectures et Rapports.

CHIRURGIE. — M. le professeur *Alquié* (de Montpellier), lit les conclusions d'un *Mémoire sur un nouveau procédé d'autoplastie faciale*. (*Comm.* : MM. Jobert (de Lamballe), Huguier et Robert.)

M. *le Secrétaire perpétuel* fait hommage à l'Académie, au nom de M. *Longet*, d'un nouveau fascicule de son *Traité de physiologie*, dans lequel il est surtout question de la digestion.

Discussion sur la méthode sous-cutanée.

M. *Velpeau*. Si nous cherchons où a sa source la méthode sous-cutanée, nous sommes obligés de reconnaître, à bien prendre, que tout l'honneur de l'invention en revient à la nature. C'est d'elle que les chirurgiens ont appris que toutes les lésions traumatiques, fractures, luxations, ruptures musculaires et tendineuses, qui se font sous la peau intacte, et par conséquent à l'abri de l'action de l'air, ne sont jamais suivies d'une inflammation intense ni compliquées de suppuration. Les sections sous-cutanées ne sont assurément que l'imitation ou l'application de cette précieuse donnée fournie par l'organisme lui-même.

Aussi, dès l'origine, a-t-on reconnu toute l'importance qu'il y avait à pratiquer aux téguments une ouverture aussi petite que possible, et seulement suffisante pour laisser pénétrer l'instrument tranchant qui devrait diviser les tissus profonds. Et, en effet, la chose essentielle, la chose capitale, dans la méthode sous-cutanée, c'est l'exiguïté de la plaie faite à la peau. Le pli, le défaut de parallélisme des plaies cutanée et profonde, la manière d'inciser le tendon ou le muscle, ce ne sont là que des choses accessoires, des procédés tout à fait secondaires. Je le répète, la condition fondamentale, c'est de pratiquer aux téguments une ouverture très petite et très nette, qui puisse se réunir immédiatement, de manière que, dès le lendemain de l'opération, la plaie des tissus profonds se trouve rigoureusement isolée de toute influence extérieure : c'est là la première de toutes les conditions pour éviter les accidents de l'inflammation vive et de la suppuration. C'est à elle seule que la méthode sous-cutanée est redevable de son innocuité.

Et cette innocuité, messieurs, n'est pas seulement le privilége de la méthode sous-cutanée de M. J. Guérin : elle est encore l'apanage de la méthode sous-cutanée ancienne. Aussi n'ai-je pas été médiocrement surpris d'entendre M. Guérin proclamer qu'avant la doctrine de 1839, la ténotomie était environnée de dangers et entachée des plus graves accidents. Mais j'ai été plus étonné encore du choix de ses preuves : car il a invoqué les accidents arrivés à Dieffenbach, à M. Guersant, à M. Pirogoff, et celui qui est rapporté dans les *Annales de chirurgie*. Or, je ferai observer que ces cas malheureux ne sont pas antérieurs à l'année 1839 ; ils sont de 1840 ou même d'une époque moins éloignée encore. Ils n'ont pas précédé, ils ont suivi la promulgation de la nouvelle méthode. Il faudrait donc en conclure qu'elle a été impuissante à les conjurer.

Il est une autre circonstance, à laquelle M. Guérin a attribué l'innocuité des opérations pratiquées suivant sa méthode : c'est le mode de réunion des deux bouts du tendon divisé, qui, d'après l'auteur, serait différent de celui qu'on obtient à la suite des autres procédés. En effet, M. Guérin a imaginé, à l'usage de sa méthode, vous le savez, une nouvelle théorie de la cicatrisation des tissus incisés : c'est ce qu'il appelle l'*organisation immédiate*. Or, je ne vois guère en quoi cette organisation immédiate diffère de la réunion immédiate ou par première intention. De part et d'autre, je vois de la lymphe plastique, épanchée entre les bouts écartés du tendon, s'épaissir, devenir de plus en plus consistante, s'organiser en un mot, et réunir les deux extrémités divisées. Ce travail de réparation est aujourd'hui bien connu, et il a été décrit d'une manière remarquable, et avec de longs détails, par M. Verneuil, dans les comptes rendus de la Société de biologie que publie la *Gazette médicale*. Nous sommes donc bien loin de l'époque où les chirurgiens redoutaient au-dessus de tout les plaies des tendons, et s'imaginaient que leur cicatrisation était lente, difficile, laborieuse, pleine de périls et souvent même impossible. Aujourd'hui nous ne sommes plus tourmentés de ces soucis. Mais on n'avait pas attendu les travaux de M. Guérin et la théorie de l'organisation immédiate pour vivre dans cette sécurité.

M. Guérin nous a dit que sa méthode sous-cutanée reposait essentiellement sur le fait physiologique de l'action de l'air sur les plaies. A la vérité, l'idée n'était pas nouvelle; M. Malgaigne vous a rappelé qu'elle remontait à Al. Monro ; et quand M. J. Guérin s'en est emparé, pour la développer et lui donner toutes les proportions d'une théorie, elle avait déjà inspiré plus d'une opération sous-cutanée à Delpech, à Boyer, à Duval, à Stromeyer, à Dieffenbach, en un mot à presque tous les ténotomistes qui avaient partagé les appréhensions de Delpech relativement à l'influence de l'air sur les tissus divisés. Mais j'en conviens, nul ne s'est montré plus aérophobe que M. J. Guérin.

L'air est-il donc aussi funeste aux plaies qu'on l'a soutenu? Je crois bien que les plaies superficielles, les plaies exposées, c'est-à-dire celles qui se trouveraient sans cesse au contact de l'air, auraient à souffrir de l'influence irritante de cet agent, qui agirait ici à la manière d'un corps étranger ; mais en peut-il être de même pour les plaies sous-cutanées? Est-il besoin de rappeler que, dans l'emphysème, l'air épanché dans le tissu cellulaire ne provoque ni inflammation, ni suppuration. Il en est de même de celui qui pénètre dans les cavités séreuses, dans la plèvre, dans la tunique vaginale. Ainsi, j'ai vu plus d'une fois, pendant l'opération de l'hydrocèle, l'air entrer dans la tunique vaginale, y séjourner même deux ou trois jours sans produire aucun accident. Je ne reviendrai pas sur le mode de résorption de ce fluide élastique dans les tissus vivants ; c'est un point qui a été suffisamment développé par M. Bouley. Il demeure donc bien établi que l'air introduit dans les tissus, et même dans les cavités séreuses qui ne suppurent pas, y demeure tout à fait inoffensif.

Mais, d'ailleurs, comment pourrait-il pénétrer dans les plaies sous-cutanées? Serait-ce au moment de l'opération? Mais le chirurgien pourrait aisément l'en chasser. Il n'y ferait donc pas un long séjour. Or, on se souvient que, de l'aveu même de M. Guérin, c'est le contact permanent et souvent renouvelé de l'air qui est à redouter seulement. Je le demande, ce contact permanent et souvent renouvelé est-il possible pour les plaies sous-cutanées qui, dès le lendemain, ne peuvent plus communiquer avec l'extérieur, grâce à la réunion rapide de la petite ouverture de la peau? Mais, lors même que la petite plaie des téguments ne serait pas encore

réunie, l'air ne pourrait pas entrer davantage ; car il n'y a pas de vide dans la plaie, et la pression atmosphérique qui s'exerce en dehors en tient les parois trop fortement accolées pour qu'une bulle d'air puisse s'y frayer un passage.

Voulez-vous encore une preuve que la suppuration ne doit pas être attribuée au contact de l'air? Je la trouve dans les grandes plaies qui résultent de l'ablation d'une tumeur ou de l'amputation d'un membre. Ici encore, les surfaces traumatiques sont mises en contact et les lambeaux disposés de manière à placer la plaie à l'abri de l'air; et cependant, vous le savez, ces plaies suppurent abondamment.

Ne voit-on pas suppurer des kystes sans qu'il se soit introduit une bulle d'air dans leur cavité? Enfin, n'est-il pas arrivé à tous les chirurgiens de voir quelquefois des gaz se développer dans les collections purulentes, puis s'échapper avec le liquide morbide par l'ouverture de l'abcès? Ce n'était certainement pas de l'air introduit dans la poche purulente. Comment ces gaz, qui sont probablement le produit de la décomposition du pus, ne se sont-ils pas développés plus tôt? C'est qu'ils en étaient empêchés, sans doute, par l'excès de tension où se trouvait l'abcès avant son évacuation, tandis qu'ils auront pu se développer à l'aise dans une cavité presque vide, qui ne contenait plus qu'une faible quantité de pus. C'est une explication que j'avance timidement; mais il serait intéressant, je crois, d'étudier l'influence de l'évacuation des cavités purulentes sur le travail et la marche de la putréfaction du contenu.

Nous sommes donc forcés de reconnaître que la cause de la suppuration nous échappe dans la majorité des cas, et que l'air, quoi qu'en aient dit les aérophobes, n'est pas l'agent le plus ordinaire de cet accident des plaies. Nous croyons donc, contrairement à M. J. Guérin, que si les plaies sous-cutanées ne suppurent pas, dans l'immense majorité des cas, c'est que les phénomènes d'organisation s'y accomplissent sous l'abri de la peau, c'est que la nature est là chez elle, en quelque sorte, et qu'elle peut travailler à la réparation des tissus sans être inquiétée par les agents extérieurs, sans être obligée de lutter contre tous les milieux ambiants. Quand, par extraordinaire, les plaies sous-cutanées suppurent, il ne nous paraît pas nécessaire de l'expliquer, comme le fait M. Guérin, par l'introduction de l'air dans le foyer traumatique. En effet, les plaies sous-cutanées suppurent par le même mécanisme qu'une veine et le tissu cellulaire qui l'entoure, après une saignée malheureuse. Dans les deux cas, c'est que l'ouverture de la peau ne s'est pas réunie immédiatement, qu'elle est demeurée béante, qu'elle s'est irritée, qu'elle a suppuré, et que l'inflammation s'est propagée de là à la plaie profonde.

Quelques mots maintenant des applications de la méthode sous-cutanée.

M. Guérin a appliqué sa méthode à l'ouverture des kystes et des grandes collections purulentes, telles que l'empyème, toujours dans la crainte de la pénétration de l'air dans ces cavités. J'ai déjà dit que je ne partageais pas tout à fait les craintes exagérées de M. Guérin à cet égard. Je vais m'expliquer; car je ne voudrais pas que l'on pensât que je tiens l'air pour entièrement inoffensif quand il entre dans les grandes collections purulentes. Je ne puis que rappeler ici ce que j'ai écrit, il y a déjà bien des années, dans mon *Traité de médecine opératoire*. J'ai dit et je répète que l'air, par son action irritante, provoque ou favorise la décomposition des liquides morbides et particulièrement du pus, et qu'il donne ainsi naissance à un produit de mauvaise nature qui devient la source de tous les accidents graves qu'on observe dans les longues suppurations ou des symptômes qui caractérisent l'infection putride. Aussi je comprends et j'approuve toutes les précautions qui ont été recommandées pour éviter l'entrée de l'air dans les grandes cavités purulentes; mais il ne me paraît pas indispensable de recourir pour cela à la méthode sous-cutanée de M. J. Guérin, et je ne crois pas, en effet, qu'elle offre à cet égard plus de garanties que les autres procédés. En effet, que l'on fasse un pli à la peau avant la ponction, ou qu'on tire fortement les téguments, peu importe! Le résultat est le même : on a évité le parallélisme de l'ouverture cutanée et de l'ouverture de la poche purulente : l'air ne pénétrera pas; le but est rempli d'une façon comme de l'autre. Sous ce rapport, M. Guérin avait été devancé par Boyer, par Dupuytren et par M. Bégin. La méthode sous-cutanée avait été appliquée aux cavités purulentes et à l'ouverture des kystes avant de l'être à la ténotomie. L'idée de cette application est donc bien loin d'appartenir à M. J. Guérin.

Quant à la ténotomie proprement dite, à la ténotomie prise comme fait brut, comme opération, abstraction faite de toute application chirurgicale, c'est à Hunter qu'il faut en faire remonter la première idée. Hunter, dans un grand nombre d'expériences pratiquées sur les animaux, divisait le tendon d'Achille avec une aiguille à cataracte qu'il engageait sous la peau à quelque distance du tendon. Quant aux éléments de la méthode sous-cutanée, nous les trouvons épars dans les observations de Delpech, de Boyer, de Desault, de Ch. Bell, de Brodie, de Cooper, de Dupuytren, de Duval, d'Ammon, de Stromeyer, de Dieffenbach, de M. Bouvier, observations qui ont précédé de beaucoup la promulgation de la doctrine de 1839. Aussi, dès 1838, Vidal (de Cassis), M. Malgaigne et moi-même, ainsi que tous ceux qui ont traité de la médecine opératoire à cette époque, avons-nous pu déjà parler de la ténotomie et décrire un certain nombre de procédés que la méthode sous-cutanée réclame aujourd'hui pour elle.

Je voudrais bien dire que M. J. Guérin a pris une certaine part dans ce premier mouvement; mais j'éprouve de grands scrupules, car je ne saurais comment le prouver. Il m'avait semblé, tout d'abord, qu'il en avait fourni lui-même une démonstration sans réplique en citant le rapport sur les prix de l'Académie des sciences, pour l'année 1837. Il n'y a qu'un malheur : c'est que, dans le rapport qui concerne M. Guérin, il n'est question que « de moyens orthopédiques, d'appareils imaginés par l'auteur et appliqués avec succès dans 14 cas de difformités... » Mais je ne trouve nulle part ce cas de ténotomie qui aurait été constaté par une commission de l'Académie.

M. *J. Guérin*. J'ai établi un fait : c'est que j'avais pratiqué telle opération à telle époque; et j'ai dit que la commission de l'Académie des sciences avait constaté l'état de la malade avant le traitement et, plus tard encore, son état après l'opération. Il lui a été impossible de ne pas vérifier sur cette opérée les traces d'une ancienne ténotomie. La ténotomie ne m'appartenait pas à cette époque; je n'ai pas demandé de rapport spécial à ce sujet; mais le fait que j'ai cité peut encore être vérifié. Il s'agit d'une personne encore vivante, madame Élisa Geoffroy, qui portera volontiers témoignage de ce que j'avance.

M. *Velpeau*. Je ne conteste pas que M. Guérin ait fait cette opération; mais cela ne ressort pas du rapport de l'Académie des sciences. Du reste, à partir de 1838 tout le monde s'en mêlait; et, en 1839, tous les éléments de la méthode sous-cutanée existaient épars dans la science. Nous avons vu, depuis que cette discussion est ouverte, que, comme invention, comme création, il n'y a rien qui appartienne en propre à M. Guérin. A cette époque, comme aujourd'hui, on faisait un pli à la peau, on pratiquait de petites incisions, on évitait le parallélisme des plaies, on écartait les tendons divisés : tout cela était créé.

J'arrive à un point plus délicat, et je me résume brièvement, parce que l'heure est déjà avancée. Il semblerait que je veuille ôter à M. Guérin toute espèce de mérite et lui barrer le passage. Quoi qu'il puisse penser, cela n'est jamais entré dans mon esprit. J'aime, autant que qui que ce soit, la gloire de ma profession et des gens qui ont su se l'acquérir. Je reconnais à M. Guérin un grand talent, une grande activité, une intelligence rare (et il l'a montrée dans cette discussion). Une fois entre autres, il a trouvé le moyen de faire rire à mes dépens, et j'ai partagé volontiers l'hilarité de l'auditoire. Je ne veux pas enlever à M. Guérin tous les droits qu'il a à la reconnaissance publique. Je comprends qu'ayant travaillé trente ans de sa vie à l'édification de cette méthode, il se trouve blessé de se voir enlever ce qu'il croyait lui appartenir. Mais, je le répète, M. Guérin n'a ni inventé, ni constitué la mé-

thode sous-cutanée. Par son grand travail sur les difformités, il a fait mieux connaître le rôle que la rétraction joue dans ces vices de conformation; il a fait mieux comprendre comment il fallait appliquer la ténotomie quand elle est venue; il y a ajouté une autre idée, que je ne crois pas vraie, c'est celle de la nocuité de l'air. Cette erreur l'a porté au delà de tout ce que les autres avaient entrepris. C'est lui qui a repris l'opération perdue de Dupuytren, celle de la section du sterno-cléido mastoïdien. Il a fait mieux comprendre pourquoi, dans le torticolis, il fallait attaquer un faisceau plutôt que l'autre. Il est allé jusque dans les gouttières vertébrales (je ne dis pas qu'il ait bien fait); il a porté le bistouri jusque dans les articulations les plus larges. A-t-il eu raison au fond? Ce n'est pas la question; mais il a prouvé l'innocuité de ces opérations pratiquées d'une certaine façon. Il a fait passer presque toute la chirurgie par la méthode sous-cutanée. En s'emparant de cette méthode, il lui a imposé des règles, il a mieux fait sentir l'importance de n'avoir pas de plaies parallèles. Il a appliqué cette méthode à des abcès auxquels on n'aurait pas osé toucher.

Il a rendu d'autres services encore. Il a imaginé une seringue à soupape et à piston, qui est quelque chose de merveilleux pour enlever jusqu'à la dernière goutte des collections de liquides non seulement fluides, mais très épais.

Il y a dans tous ces faits quelque chose de précieux, d'important; mais ce ne sont pas des inventions. Cela ne m'empêchera pas de dire, en terminant, ce que je disais à la fin d'un rapport lu dans une autre occasion, et de reconnaître les services réels que M. Guérin a rendus à la chirurgie. Il a perfectionné ou modifié la méthode sous-cutanée, en l'appliquant au plus grand nombre des opérations chirurgicales et en lui imprimant le cachet de sa personnalité. Ce que je lui conteste, c'est de l'avoir inventée. S'il se contentait de la part que je lui fais, la paix renaîtrait parmi nous. S'il exige davantage, ce sera à recommencer sans cesse. Que nous disparaissions, d'autres viendront après nous. Qu'il accepte ou refuse cette part, j'ai la parfaite conviction que c'est celle que lui réservera l'histoire, ce grand miroir que le temps traîne toujours avec lui, et où viennent se réfléchir les faits et gestes du passé, pour l'instruction des générations à venir. (*Applaudissements.*)

M. *J. Guérin*. S'il ne s'agissait que de moi, je me déclarerais satisfait du lot que vient de me faire M. Velpeau. Mais je plaide la cause de la science, ou plutôt celle des malades. Ce ne sont pas seulement de mesquines questions de priorité qui sont en jeu dans ce débat. On a soulevé les questions les plus capitales de la chirurgie, et il serait de la plus haute importance que les praticiens fussent éclairés sur ces grandes vérités. La méthode sous-cutanée, telle que je l'ai formulée, diffère tellement de la méthode primitive, qu'il n'est pas indifférent que certaines opérations soient pratiquées suivant l'une ou l'autre de ces méthodes: car il y va de la vie des opérés. C'est pourquoi je demande que la parole me soit accordée dans la présente séance, afin d'insister encore sur les principes qui servent de base à ma méthode et de montrer par quels caractères elle se distingue essentiellement de la méthode ordinaire.

M. *Velpeau*. Je n'accepte pas que, par la méthode sous-cutanée, telle que nous l'entendons et telle qu'elle est décrite dans les traités généraux ou spéciaux de médecine opératoire, on soit exposé à faire périr plus de malades que par la méthode de M. Guérin. Ce que M. Guérin a donné comme base de sa doctrine ne lui appartient pas, et je croyais m'être montré suffisamment généreux dans la part que je viens de lui faire.

— La clôture étant demandée et appuyée, est mise aux voix. Elle est prononcée à une faible majorité.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 1er MAI 1857.

1° Observation de *spina-bifida*, par M. *Guibout*.
2° Élection d'un secrétaire particulier.

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'hygiène navale, ou de l'influence des conditions physiques et morales dans lesquelles l'homme de mer est appelé à vivre, et des moyens de conserver sa santé, par le docteur Fonssagrives, professeur à l'École de médecine navale de Brest. Illustré de 57 planches intercalées dans le texte, 1 vol. in-8 de XX-770 pages. Paris, 1856, chez J.-B. Baillière et fils.

Un des faits qui frappent le plus vivement celui qui considère de haut et sans prévention, l'état de la science médicale, c'est l'inégalité avec laquelle chacune de ses parties a avancé dans la voie du progrès. La pathologie, la thérapeutique et l'étude de la vie en elle-même, qui constituaient presque à elles seules toute la science médicale, ou, du moins, qui constituaient son essence, n'ont pas fait, depuis un siècle, des progrès comparables aux pas gigantesques de l'hygiène, de la physiologie et des applications médicales des sciences dites accessoires. Bien plus, la pathologie, sous le prétexte de se conformer à l'esprit scientifique si positif du siècle, qui marche la jauge et la balance à la main, le microscope à l'œil, le chiffre toujours au bout de la plume, s'est trop restreinte peut-être aux faits physiques et tangibles, et a retranché de son domaine les investigations qui ont pour but de pénétrer les problèmes de la vie, ou de remonter aux causes. Si cette réserve excessive sauve des erreurs dans lesquelles l'esprit humain est longtemps ballotté avant d'atteindre la vérité, elle a malheureusement aussi pour résultat d'empêcher ces grandes découvertes essentielles et radicales qui, apparaissant de siècle en siècle, régénèrent les sciences et les laissent dans des voies nouvelles. L'histoire des connaissances humaines est là pour le dire, s'il est certains mystères trop profonds pour être mesurés complétement par notre regard borné, celui-ci peut au moins parvenir, à force de persévérance, à en embrasser certains aspects. Pendant que toutes les sciences, toutes les industries, toutes les œuvres de l'activité humaine, se lancent avec une impulsion prodigieuse dans la voie du progrès, et parviennent plus ou moins à le réaliser, la médecine seule prend un rôle en quelque sorte exceptionnel: elle fait pour ainsi dire l'aveu de son impuissance, et déclare presque qu'elle n'a point en soi sa raison d'être, puisqu'elle néglige et révoque tous les enseignements que la vie et la recherche des causes pourraient lui donner, et ne demande plus son avancement qu'aux sciences dites autrefois accessoires. Ces dernières sont devenues aujourd'hui si prédominantes que, si la marche continue dans ce sens, la médecine sera bientôt moins une science à part que l'extrait de ce que les sciences étrangères contiennent de médical.

L'hygiène semble avoir acquis en importance ce qu'a perdu la médecine proprement dite; si celle-ci est restée un peu stationnaire et a rétréci son horizon, l'hygiène a étendu le sien, du côté du moins, et a marché à grands pas. L'hygiène a deux moyens et deux fins bien différents: d'une part, elle ne peut marcher qu'à l'aide des sciences accessoires, et elle est obligée de recourir à chaque pas à la physique, à la chimie, à l'histoire naturelle, à la météorologie, etc.; mais, d'autre part, elle ne doit point oublier que le but principal de ses recherches, c'est moins encore les agents que leur action sur l'économie; elle ne doit point oublier que de son domaine dépend la recherche des causes pathologiques. Voilà le grand horizon de l'hygiène. L'étiologie est certainement un des buts à la fois les plus relevés et les plus utiles de l'hygiène; c'est sur ce vaste champ, en partie inconnu, en partie planté de solides jalons, par exemple à propos de l'infection palustre et des miasmes dus à l'encombrement, qu'elle peut se montrer puissante et prévenir les maux que la médecine est trop souvent [illegible] à guérir.

Mais ici l'hygiène, qui indique les moyens, a besoin de l'appui du pouvoir pour les appliquer; l'hygiène est devenue une science sociale. On sait tout ce qu'il faut d'insistance, chez nous, pour faire accepter du pouvoir les grandes vérités, ce qu'il faut d'efforts pour

mener à des mesures radicales qui bouleversent parfois le vieux ctionnement. La difficulté est bien plus grande encore pour les decins de l'armée ou de la flotte, qui, placés seuls en face d'un uvoir presque absolu et jaloux de toute initiative, n'ont que leur torité purement morale et leur désir du bien, pour appuyer leurs nandes, pour faire accepter des innovations qui répugnent sou-it aux allures routinières du commandement. Et c'est cependant a guerre et dans les campagnes maritimes que l'hygiène acquiert plus d'importance, et que l'intervention du médecin devrait être vêtue de plus d'autorité.

Les *desiderata* de l'alimentation et du logement ; la nécessité subir, avec des moyens de préservation insuffisants, l'action des téores ; les fatigues forcées ; la vie en commun et l'encombre-nt ; le changement de climats, et l'impossibilité de choisir les isons qui pourraient mitiger l'influence de ces nouveaux milieux ; les sont les principales conditions qui font varier à chaque instant jeu des agents hygiéniques, qui créent incessamment des cir-nstances morbides, qui exposent tour à tour à tous les ordres de uses pathologiques. Plus les difficultés croissent, plus le médecin st réduit à ses seules lumières : isolé du monde civilisé et du rand courant scientifique, il constitue à lui seul comme un petit monde duquel devra partir toute lumière. On comprend qu'assu-iant sur lui cette immense responsabilité, obligé de trouver dans on propre fond tant de ressources diverses, et sollicité d'ailleurs l'étude par la variabilité et l'originalité des milieux hygiéniques, e médecin de la marine et de l'armée de terre fait naturellement e l'hygiène l'objet de ses méditations et de ses études. Aussi est-ce à un inspecteur du service de santé de l'armée qu'est dû ce monumental traité d'hygiène qui, partant d'assises larges et solides, élève si haut ses étages brillants et ornés. C'est encore un méde-cin militaire qui cherche à acclimater en France l'amour des re-cherches lointaines et la géographie médicale. Enfin la marine a son tour, et le traité d'hygiène navale de M. Fonssagrives est cer-tainement une des œuvres les plus remarquables produites par nos confrères de la marine.

Si l'analyse de la *Gazette hebdomadaire* arrive un peu tardive-ment, elle a du moins l'avantage de ne plus risquer d'égarer ses lecteurs en leur donnant des impressions personnelles comme le jugement de la science. Aujourd'hui le public médical a prononcé : le livre de M. Fonssagrives est bon et beau ; il est complet, et tout à fait au courant des découvertes les plus récentes ; il est écrit avec élégance, et méthodiquement exposé ; enfin, pénétrant *in vis-ceribus rei*, il n'a point fait de l'hygiène banale sous le prétexte d'une hygiène navale, mais il a, au contraire, saisi et développé ce qu'il y a de spécial dans la position du marin et dans la diver-sité des influences qu'il est exposé à subir dans sa vie errante.

Tout en restant toujours scientifique, M. Fonssagrives a pour-tant cherché à rendre son livre accessible aux navigateurs privés de médecin, ou aux chefs qui, envisageant de haut leur mission, ont compris que, pour trouver un personnel robuste et sain à l'heure des fatigues ou des combats, il faut veiller avec soin et de longue date à sauvegarder sa santé au milieu des influences no-cives qui l'assaillent de toutes parts. Si nous n'aimons pas les commandants médecins, nous nous félicitons toujours, au contraire, de rencontrer des chefs que leurs études ont préparés à com-prendre l'importance des mesures qu'on leur proposera.

L'auteur a lui-même tracé le plan de son ouvrage dans ce pa-ragraphe que nous reproduisons :

« Nous avons divisé notre ouvrage en six livres. Après avoir étudié, dans le premier livre, le navire dans ses matériaux de con-struction, ses approvisionnements, ses chargements et sa topogra-phie, nous nous sommes occupé, dans le deuxième livre, de l'homme de mer, et nous l'avons envisagé dans ses conditions de recrutement, de profession, de travaux, de mœurs, d'hygiène per-sonnelle, etc. Nous nous sommes occupé, dans le troisième livre, des influences qui dérivent de l'habitation nautique, et nous avons examiné, dans autant de chapitres distincts, les mouvements du bâtiment, l'atmosphère nautique, l'encombrement, les moyens d'assainissement du navire, et enfin l'hygiène comparative des diverses sortes de bâtiments. Dans le quatrième livre, nous avons traité des influences extérieures au navire, c'est-à-dire des in-fluences pélagiennes, climatériques et sidérales, et nous avons donné de longs développements à l'hygiène des climats excessifs. Le livre cinquième est tout entier consacré à la bromatologie nau-tique ; enfin, sous l'influence de cette pensée que l'hygiène de l'âme est inséparable de l'hygiène du corps, » — l'un des nombreux et nouveaux terrains sur lesquels M. Michel Lévy a porté l'hygiène, — « nous avons consacré, dans un sixième livre, aux influences mo-rales, c'est-à-dire au régime moral, disciplinaire et religieux de l'homme de mer, des développements qui ont paru indispensables. »

Nous ne suivrons point M. Fonssagrives dans ces grandes explo-rations ; cela nous conduirait trop loin. Nous signalerons seule-ment, en passant, quelques points principaux, sur lesquels l'ex-périence des médecins de la marine a fourni les éclaircissements les plus précieux.

Dans un navire, tout est réglé, compté, mesuré ; l'hygiène et les exigences nautiques proprement dites sont pour ainsi dire en combat perpétuel : ce que l'une réclame nuit presque toujours à l'autre, l'une ne s'améliore qu'en détériorant l'autre, et la paix ne peut résider que sur des frontières débattues en petit con-grès. L'ingénieur demande le moins d'ouvertures possible, pour se garantir de l'envahissement des eaux ; l'hygiéniste craint trop les calamités qui résultent du non-renouvellement de l'air, pour ne pas avoir des exigences contraires. Le constructeur et l'armateur tendent à accumuler le plus de monde dans le plus petit espace ; l'hygiéniste sait trop bien les funestes résultats de l'encombrement pour ne pas demander l'élargissement des locaux ou la diminu-tion du personnel qui y est logé. Pressé d'arriver au but, le navire voudrait franchir les espaces sans toucher nulle part ; mais le mé-decin, sous la menace du scorbut, sollicite des relâches, afin de renouveler les provisions d'aliments frais, etc., etc. Si l'hygiène parvient à empiéter, ce qui est rare et peut-être sans exemple, l'intérêt de la navigation est compromis ; et si la direction admi-nistrative ou le commandement négligent ou méconnaissent les con-seils de l'hygiène, ce qui est fréquent, la maladie se développe, et, comme dans les armées de terre, le commandement, qui ne croit au mal que lorsqu'il peut le toucher, fait alors un appel tardif à l'hy-giène quelquefois réduite alors à l'impuissance.

Parmi les problèmes, à la solution desquels a puissamment con-tribué l'expérience maritime, nous citerons les suivants :

1° *Le scorbut.* L'influence des diverses classes d'aliments a été parfaitement appréciée, non plus à l'aide d'expérimentations insti-tuées sur des individus isolés, mais par une expérimentation com-mandée par la nécessité et portant sur des masses. C'est ainsi que l'opinion s'est faite sur la cause du scorbut qui réside essentielle-ment dans la privation d'aliments frais, sans nier en aucune façon l'influence accélératrice que diverses conditions hygiéniques com-muniquent à la cause efficiente. C'est également dans les campagnes maritimes qu'on a expérimenté la valeur comparative des diverses conserves alimentaires. Un résultat qui se dessine de jour en jour, c'est l'impossibilité de remplacer les légumes frais par les légumes comprimés et desséchés de Chollet et Masson. Si l'expérience avait été plus avancée, ou si on l'eût davantage remarquée, on aurait probablement envoyé à l'armée de Crimée beaucoup moins de ces conserves, et beaucoup plus de pommes de terre, dont les proprié-tés antiscorbutiques ont été mises hors de doute par des faits nom-breux.

2° *Le typhus.* C'est à bord des navires qu'il a été le plus nette-ment constaté que le typhus naît de l'encombrement.

3° *La ventilation.* C'est encore à bord des bâtiments qu'on a ex-périmenté avec le plus d'insistance, et dans les conditions les plus propres à amener une solution, les diverses espèces de systèmes de ventilation. Après les avoir passés tous en revue et en avoir présenté une saine critique, M. Fonssagrives donne la préférence au système Peyre.

Sous le rapport de l'aération, les navires ne se rangent point par rang de taille : ainsi le vaisseau de 74 a la plus grande ouverture aérienne, et les vaisseaux de 100 et de 120 sont moins bien par-tagés. Il en est du même pour les frégates : la frégate de 44 est la mieux aérée, et la frégate de 60 la moins favorisée.

Si les navires subissent une classification de salubrité d'après leur ouverture aérienne, leur état sanitaire est également influencé par le genre de leur moteur. Il est aujourd'hui démontré que les navires à vapeur ont plus de malades que les navires à voiles, et que la colique sèche des pays chauds y est, entre autres, beaucoup plus fréquente.

4° *Colique sèche.* On se rappelle que, lors des premières communications officielles des médecins de l'armée navale relativement à la colique sèche, des discussions assez vives se sont élevées dans la presse parisienne. Celle-ci soutenait *à priori* que cette affection est saturnine. L'expérience est venue donner raison aux médecins de la marine : on a expulsé jusqu'à la moindre particule de plomb des navires, et la colique n'a pas moins continué à sévir.

5° *Infection palustre.* Après la commode simplification étiologique, nosographique et thérapeutique qui a été longues années en vigueur en Algérie et parmi les médecins de la marine, et qui consistait à faire une fièvre palustre et à quinquina de presque toutes ces espèces qui règnent dans les pays chauds et à les attaquer par le spécifique quinquina, la réaction s'est timidement, puis vivement manifestée. Les médecins de la marine, M. Dutroulau en tête, ont commencé par professer qu'il existe autant d'espèces de miasmes que d'espèces de foyers générateurs. M. Fonssagrives adopte pleinement ces idées. Puis d'autres confrères de l'armée navale ont distrait diverses affections, notamment la dysentérie, de l'envahissant et insatiable groupe miasmatique. Enfin, à la fois plus radical, plus tranchant et à la fois plus conciliant, nous avons partagé les maladies des pays chauds en palustres, en climatiques, et en mixtes constituées par la réunion de ces deux espèces chez le même individu. M. Fonssagrives est un des partisans de la monopolisation palustre et quinique : fièvre jaune, dysentérie, calenture, et probablement colique sèche, tout cela procède de la décomposition végéto-animale. Ce n'est point ici le lieu de combattre ces opinions, contre lesquelles protestent la plupart des faits observés journellement à bord même des navires. Je sais que M. Fonssagrives invoque, en l'absence de toute influence tellurique, les décompositions végéto-animales qui s'opèrent dans le navire même, principalement dans la cale, qu'il considère comme un fumier, un marais, un égout et un pourrissoir; décompositions auxquelles il confère un rôle contre l'importance duquel protestent d'autres médecins de la marine, notamment M. Dutroulau, pour lequel la cale n'est point, tant s'en faut, un aussi horrible cloaque. Quant à nous, nous avons vu la calenture de terre et la dysentérie dans des sites où la fièvre intermittente est inconnue, où il n'existe aucune influence palustre, et la colique sèche se montrer également dans des conditions pareilles. Les opinions de M. Fonssagrives ne me semblent donc pas soutenables.

Un des derniers chapitres du livre si bien rempli de M. Fonssagrives s'ouvre aux aliments exotiques. C'est, en effet, un devoir pour le médecin de la marine et de l'armée de terre, de renseigner le commandement et l'administration sur les ressources complémentaires que peut fournir une localité, quelquefois même sur la possibilité de mettre en réserve ses provisions normales, en recourant provisoirement aux ressources du pays. C'est ainsi que nous avons été consulté, dans les déserts africains, sur la possibilité de remplacer le pain et la viande par des dattes, et sur les quantités nécessaires pour suppléer à ces aliments supprimés de la ration. Ces recherches ont un autre intérêt encore : en effet, certaines espèces sont importables dans nos climats et peuvent suppléer aux espèces indigènes ou déjà acclimatées qui viennent à manquer, sous l'influence d'une de ces épiphyties auxquelles nous ne sommes malheureusement que trop accoutumés.

Le chapitre consacré aux végétaux vénéneux et aux animaux toxicophores est le complément nécessaire du précédent. On sait que c'est aux médecins de la marine qu'on doit notamment la connaissance de ces poissons essentiellement vénéneux, ou accidentellement vénéneux, comme certaines melettes, sardines, bécunes, etc.

M. Fonssagrives termine par une instruction détaillée et par des tableaux destinés aux observations pathologiques, météorologiques, topographiques, à l'usage des médecins de la marine. Il importe, en effet, dans certains pays où tout est inconnu, que le médecin ne se restreigne pas à la stricte observation pathologique, mais procède à l'exploration plus ou moins complète des milieux dans lesquels il opère. Un cadre semblable pour toutes les relations, sauf modifications demandées par le sujet même, est également d'une haute importance pour ceux auxquels échoit la tâche de compulser tous les documents pour en extraire ce qui est essentiel, et pour atteindre à la comparaison dans le but de faire ressortir les analogies et les différences. C'est en procédant ainsi que les Anglais sont arrivés à des résultats que nous n'avons pas encore atteints en France.

Nous sommes parvenu à la fin de notre tâche sans nous laisser arrêter par les fleurs des chemins; mais le lecteur, moins pressé que nous ne le sommes par les limites qui nous sont imposées, pourra se délasser de temps en temps de l'aridité des chiffres, de la sécheresse des équivalents nutritifs et des considérations purement scientifiques, en jetant un coup d'œil sur les mœurs intimes et originales du marin, en examinant quelque paysage tropical largement et chaudement peint, en assistant aux émotions des longues traversées, et même en hélant un navire qui pointe à l'horizon, grandit, s'approche et nous console des ennuis d'une longue solitude dans le désert des océans.

Quand sur les tristes flots des mers silencieuses,
Et le jour et la nuit on vogue lentement,
Oh! nul ne sent le prix de ces heures joyeuses
Où l'horizon lointain nous montre un bâtiment...
Les yeux n'ont plus qu'un but et le cœur qu'un délire.
Il vient, grandit, approche... On crie : Ho du navire !
Et l'air est ébranlé par de joyeux hourras.
— Des nouvelles, enfants !... Du courage, hâlez bas !...
On se parle du cœur, de la voix, des yeux même,
Du pays, des amis, de tout ce que l'on aime...
Mais bientôt .. mais trop tôt séparés par le vent,
On s'en va le cœur plein d'émotions joyeuses !...
Et nuit et jour encore on vogue tristement
Sur les flots éternels des mers silencieuses.

THOMAS MOORE (*traduction de* M. FONSSAGRIVES.)

FÉLIX JACQUOT.

— M. le docteur Hippolyte BLOT, ex-chef de clinique d'accouchements de la Faculté, commencera la deuxième partie de son cours public le mercredi 22 avril, à midi, amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera à la même heure, les lundis, mercredis et vendredis.

Il y traitera exclusivement de la dystocie et des opérations obstétricales.

— M. le docteur ARAN, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté, reprendra ses conférences cliniques à l'hôpital Saint-Antoine, le vendredi 1er mai, à neuf heures du matin, et les continuera les lundis et vendredis, à la même heure, dans l'amphithéâtre de l'hôpital, le mercredi au lit des malades.

La conférence du vendredi sera spécialement consacrée à une leçon sur les affections utérines.

Visite des malades à sept heures du matin.

— M. le docteur Aug. MERCIER commencera son cours public sur les maladies des organes génitaux et urinaires, le mercredi 6 mai, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Il traitera particulièrement des rétentions d'urine et de la lithotritie.

— INSCRIPTION DU TOMBEAU D'HIPPOCRATE. On écrit d'Athènes à notre collaborateur, M. Briau : « Un de nos confrères de Larisse, en Thessalie, m'a envoyé une inscription très intéressante *prise sur le tombeau d'Hippocrate.* Pressé par mes occupations, je me borne à vous en donner une copie ; mais, dans le prochain cahier de l'*Abeille médicale d'Athènes* je publierai les détails de la découverte de cette inscription, qui, à ce que je crois, n'a jamais été publiée, comme je donnerai aussi sur la valeur de cette inscription l'opinion des archéologues grecs. » — Nous publions cette nouvelle sous toutes réserves.

— On annonce un douloureux événement ; M. Geoffroy, médecin à l'asile des aliénés de Vaucluse, vient d'être tué par un épileptique.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires,
et par l'envoi d'un bon
de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du
1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 8 MAI 1857. — N° 19.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 1er au 30 avril 1857.

49. Rousseau, Ernest-Émile, né à Auxerre (Yonne). [*De la folie à l'époque de la puberté.*]

50. Mallet, Louis-Denis-Adolphe, né à Anet (Eure-et-Loir). [*De iodochlorure mercureux et de ses applications thérapeutiques, précédé d'une notice sur les composés d'iode, de chlore et de mercure.*]

51.

52. Cotholendy, né à Peyrolles (Bouches-du-Rhône). [*Quelques considérations sur les endémies de la Guyane.*]

53. Lepelletier, Jules-Dieudonné, né à Campeaux (Calvados). [*Des fausses couches.*]

54. Quantin, Pierre-Joseph-Émile, né à Is-sur-Tille (Côte-d'Or). [*De la chorée.*]

55. Gallois, François-Narcisse, né à Vitry-le-François (Marne). [*Essai physiologique sur l'urée et les urates.*]

56. Vengœchea, Joaquin, né à Sainte-Marthe (Amérique). [*Du traitement des kystes de l'ovaire.*]

57. Lalry, Louis-Philibert-François, né à Chissey (Saône-et-Loire). [*Considérations sur le système lymphatique. Déductions pratiques.*]

58. Pouzet, Jean-Joseph-Anne-Marie, né à Bourg-de-Visa (Tarn-et-Garonne). [*Du varicocèle.*]

59. Tarnier, Étienne, né à Aiserez (Côte-d'Or). [*Recherches sur l'état puerpéral et sur les maladies des femmes en couches.*]

60. Biais-Laterrière, Mathurin, né à Mirebeau (Vienne). [*De l'allaitement par les nourrices.*]

61. Denis, Frédéric-Joseph-Marie, né à Orgères (Ille-et-Vilaine). [*De la paracentèse en général, au point de vue de la médecine opératoire.*]

62. Demetropoulos, Demetrius, né à Constantinople (Turquie). [*Quelques réflexions sur le traitement des fistules vésico-vaginales, vésico-utérines et vésico-utéro-vaginales.*]

63. Berneaudeaux, Félix, né à Nantes (Loire-Inférieure). [*Des corps fibreux de l'utérus, anatomie pathologique, symptômes et traitement.*]

64. Morbieu, François-Xavier, né à Saint-Étienne-de-Baïg (Basses-Pyrénées). [*Quelques considérations sur la nécrose.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

Amette.

FEUILLETON.

Lettre médicale.

Les morts de la semaine : Gueneau de Mussy ; Selle ; Geoffroy. — L'asile de Vaucluse. — Place vacante à l'Académie des Sciences. — Banquet de la presse. — *Gazette médicale d'Orient.* — *Nuge.*

Pas plus que la châtelaine des *Rochers*, je ne veux, honoré confrère, vous parler du temps qu'il fait, *dans la crainte d'être aussi ennuyeux que lui.* J'ai là d'ailleurs un sujet de conversation qui a droit de préséance sur les futilités. J'ai à vous entretenir des morts de cette semaine.

M. Gueneau de Mussy, qui le plaindrait? Quand nous voyions l'autre jour H. Gueneau, le médecin des exilés, accourir en toute hâte de Londres pour recevoir les derniers embrassements de son père; quand nous le voyions suivre, la tête penchée, le cercueil qui s'en allait, à la tête d'une foule recueillie de médecins, d'artistes, de littérateurs, d'administrateurs et d'hommes politiques, nous nous disions : A quoi songe-t-il en ce moment? A la plaie de son cœur? Au vide du foyer? A la perte d'un guide aimé? Eh! non, il rêve à ce soir d'un beau jour, à cette vie éclairée des doux rayons de l'honnêteté, de la piété simple, de la compassion, de la bienfaisance, de toutes les vertus domestiques, du savoir retiré, du bon goût, et terminée dans la sérénité de l'esprit et la paix du cœur; il suit dans sa pensée ce chemin de la considération et du respect universel parcouru sans défaillance parmi les vicissitudes d'une fortune contrariée; il évoque devant ses yeux cette vie unie et sans tache, qui doit être, à l'avenir, son miroir, et où il est si digne de se regarder. Oui, voilà les sentiments que doit inspirer une telle mort, même à la piété filiale; voilà l'exemple à proposer, même aux meilleurs d'entre nous!

M. Gueneau, qui a peu écrit, qui se mettait peu en évidence, n'était pas suffisamment apprécié de la génération médicale contemporaine. Ce qu'il valait, une courte et excellente notice de M. Ménière l'a dit dans un journal politique. Il avait été d'abord élève à l'École polytechnique, d'où il était sorti pour refus de jurer

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION.

A la suite du concours ouvert le 2 janvier dernier, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'agrégation, les nominations suivantes ont été proposées par le jury à la ratification de M. le ministre de l'instruction publique :

Section de médecine.

MM. Chauffard, Hérard, Axenfeld, Empis.

Section de chirurgie.

MM. Duchaussoy, Fano, Trélat, Foucher.

Section d'accouchements.

M. H. Blot.

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 7 mai 1857.

COUP D'ŒIL SUR LES THÈSES DE PATHOLOGIE INTERNE POUR LE CONCOURS DE L'AGRÉGATION.

Un concours pour l'agrégation n'est pas de ceux où la position acquise dans la science ou dans l'art puisse affecter bien sérieusement le classement des candidats. Sauf exception, dans les luttes engagées entre ces travailleurs, pour la plupart fort jeunes, on triomphe ou l'on succombe par la force ou par la faiblesse du moment. Si donc la critique du dehors voulait intervenir avec équité, elle serait tenue d'assister pendant plusieurs mois à la longue série d'épreuves que suivent les juges eux-mêmes, et il est douteux que l'utilité de ce travail valût la peine qu'il aurait coûté. C'est le principal motif de notre abstention dans le concours qui vient de se terminer (voir *Partie officielle*). Mais peut-être ne sera-t-il pas hors de propos de jeter un coup d'œil sur un genre d'épreuves dont les produits sont maintenant aux mains du public, et qui permet d'apprécier les tendances de la génération médicale actuelle, autant du moins qu'elle est représentée par les jeunes gens d'élite qui se pressent aux avenues de l'agrégation : nous voulons parler des thèses de pathologie interne. Quant à celles de pathologie externe, portant d'ordinaire sur des points isolés de chirurgie, elles se prêteraient malaisément à une vue d'ensemble.

Les questions posées par le jury ont été, en général, bien choisies. Elles portent presque toutes sur des sujets qu'on pourrait appeler *acquis*, c'est-à-dire sur lesquels on possède une masse de notions positives que le progrès ultérieur ne modifiera que peu ou point; presque toutes aussi elles sont d'un ordre général et touchent aux côtés élevés de la pratique. Tel doit être en effet le caractère des questions dans un concours où il s'agit d'éprouver, sur chaque candidat, les qualités intrinsèques de l'esprit médical autant que la dose de savoir amassée par le travail. Un sujet neuf exposerait à une insuffisance de documents, à des incertitudes d'opinion que les maîtres mêmes pourraient partager; un sujet trop spécial exposerait à rendre les chances presque égales entre le talent et la médiocrité. Ce sont des considérations de ce genre sans doute qui ont amené le choix des sujets suivants : *De l'expectation en médecine. — De l'expérimentation en médecine. — Des métastases. — Des diathèses. — De l'incubation des maladies. — Du régime dans les maladies aiguës. — Des influences nosocomiales.* Quatre autres questions sont relatives à des sujets ou plus restreints ou plus modernes; mais les unes sont susceptibles de donner carrière au savant comme au clinicien, les autres assez étudiées de nos jours pour permettre une appréciation éclairée. Elles ont pour titre : *Parallèle de la goutte et du rhumatisme. — Parallèle du typhus et de la fièvre typhoïde. — Des paralysies sans lésions organiques appréciables. — Des conditions pathogéniques et de la valeur séméiologique de l'albuminurie.*

Dieu sait les accusations d'étroit organicisme, d'anatomisme grossier, dont on poursuit la génération médicale sortie de l'École de Paris. Les thèses du dernier concours protestent d'une façon significative contre ces accusations. Nous ne voulons pas prétendre que le mal soit purement imaginaire : plus d'un exemple viendrait nous démentir; mais, assurément, ce n'est pas un défaut commun dans la partie la plus distinguée et la plus forte des disciples de notre Faculté, même chez ceux qui se proclament ouvertement organiciens. Est-ce inconséquence, ou bien est-ce que l'organicisme sainement conçu ne repousse aucune des grandes conceptions de la médecine pratique, de la médecine traditionnelle, et n'implique nullement ni la localisation, ni le fatalisme des évolutions morbides? La GAZETTE HEBDOMADAIRE s'est assez longuement

---

haine à la royauté; puis professeur à l'École des ponts et chaussées; puis placé par Royer-Collard à la tête de l'École normale; puis l'un des administrateurs de l'Institution des sourds-muets; et dans ces positions si diverses, où la science, les lettres, les affaires, se disputaient son zèle et ses lumières, il montra d'égales aptitudes; si bien, dit M. Ménière, qu'à l'École normale il était en mesure de suppléer, et suppléait à l'occasion, n'importe quel professeur. C'est en 1803, après sa sortie de l'École des ponts et chaussées, et avant sa nomination à l'École normale, qu'il se fit recevoir docteur, et commença à exercer la médecine. Ses nouvelles fonctions l'ayant éloigné de la pratique, il y revint définitivement dès qu'il dut les résigner. Combien de médecins, de nos jours, sont armés à ce point des précieux secours de l'éducation libérale !

Un mot latin peut seul rendre la qualité dominante de notre vénéré confrère. Il avait la *vénusté* de l'âme et celle de l'intelligence, c'est-à-dire la grâce dans le bien et dans le beau. Rigide pour lui-même, complaisant pour personne, il était indulgent pour autrui. Dans les choses scientifiques, il jugeait avec déférence, avec un bon sens plein de sagacité, et, à l'encontre même des inventeurs de remèdes secrets, il savait trouver des formules de congé aussi polies que péremptoires.

— Nous ne vous en dirons pas aussi long sur le docteur [illegible], qui, à l'âge de vingt-neuf ans, vient de payer de sa vie un acte d'exercice professionnel. Il achevait une opération de trachéotomie sur un enfant atteint d'angine maligne. Du sang s'engouffrant dans la trachée, il se précipite, colle sa bouche sur l'ouverture, et aspire le liquide. Le lendemain, il était atteint lui-même par la redoutable angine, et, quarante-huit heures après, échappait aux mains impuissantes de plusieurs confrères, parmi lesquels son père lui-même ! Voilà comme on raconte le fait. Nous n'insistons pas sur l'invraisemblance de la transmission par le sang introduit dans la bouche, ou même avalé, et sur la probabilité d'une infection par les voies respiratoires. La triste consolation, en présence d'un malheur, que de discourir sur la manière dont il s'est produit !

— En voici un autre, dont la cause n'est que trop connue. Nous vous l'avons déjà annoncé en deux lignes dans le dernier numéro.

expliquée à cet égard pour qu'elle n'ait pas besoin d'y revenir; elle se borne ici à prendre acte du fait au profit des opinions qu'elle a défendues.

Quatre thèses surtout comportaient l'étude de vastes questions cliniques dont c'est l'honneur des anciens d'avoir, de siècle en siècle, gardé et enrichi le dépôt : ce sont celles de MM. Charcot, Hérard, Tholozan et Racle, relatives à l'*expectation*, à l'*expérimentation*, aux *métastases* et aux *diathèses*. Toutes quatre, remarquables à divers titres, ou consacrent la tradition ou, quand elles la heurtent, n'y emploient que des vues qui ne pèchent pas certes par étroitesse.

M. Charcot, envisageant, il est vrai, son thème autrement que ne l'eût fait un ancien, appelant parfois la physiologie moderne à son aide; M. Hérard, s'orientant avec bonheur dans un sujet vaguement délimité et où il avait à emprunter beaucoup à la science de nos jours; M. Charcot et M. Hérard, amenés tous deux à s'expliquer sur les mouvements naturels des maladies, afin de pouvoir déterminer, l'un la valeur de l'expectation, l'autre les conditions de l'expérimentation en thérapeutique, insistent également sur la marche réglée de certaines maladies, sur les dangers de troubler cette marche, sur les répercussions intempestives, sur les voies que s'ouvre naturellement l'organisme pour se débarrasser des agents morbigènes qui l'assaillent. « Les théories humorales qui dominaient les praticiens du siècle passé, écrit M. Charcot, les ont conduits peut-être à exagérer le nombre de ces affections qu'il faut respecter et même entretenir; il n'en est pas moins vrai qu'on rencontre souvent dans la pratique des exemples qui démontrent que, si la théorie était vicieuse, les faits sur lesquels elle repose avaient été souvent bien observés. Cette proposition est surtout vraie relativement aux affections dartreuses. » Ailleurs, il s'exprime ainsi au sujet de la doctrine des jours critiques : « On s'est beaucoup égayé sur le compte de ce système; nous n'avons pas la prétention de le faire revivre; mais ne renferme-t-il pas cependant un fond de vérité? ». Et M. Charcot explique que les manifestations dites critiques, dépouillées du caractère intentionnel que leur attribuaient les anciens, n'en existent pas moins et n'en constituent pas moins des mouvements salutaires de l'organisme. De son côté, que dit M. Hérard? « La médecine pratique sait tout ce qu'elle peut attendre des efforts salutaires de la nature médicatrice; mais, pour cela, il a fallu qu'une doctrine absurde, l'homœopathie, vînt, par la nullité de ses moyens d'action, nous démontrer sans le vouloir la vérité du dogme antique. Oui, le médecin doit sans cesse avoir présent à l'esprit, et cela ne rabaisse en rien l'importance de son rôle, qu'il est un certain nombre de maladies tendant spontanément vers la guérison, en vertu de cette loi naturelle de conservation que nous révèle à chaque instant l'observation des phénomènes de la vie. » Il y aurait sans doute à s'entendre sur la portée du commentaire final; mais, nous en tenant à la pensée de ce passage, qui est d'une justesse incontestable, nous constatons qu'elle émane d'un disciple de la Faculté de Paris et ne serait reniée par aucun de ses maîtres.

M. Racle, M. Tholozan, accusent des tendances scientifiques du même ordre. Tous deux se montrent imprégnés des idées que M. Baumès (de Lyon) a le plus contribué en France à élucider et à faire prévaloir, touchant les états diathésiques. Nous ne dirons rien aujourd'hui de cette question, sur laquelle nous aurons prochainement l'occasion d'insister; mais nous indiquerons comment M. Tholozan, dans la thèse la plus originale et l'une des mieux faites du concours, ayant à traiter des métastases, n'arrive guère qu'à conclure en faveur des diathèses. C'est que M. Tholozan n'admet aucunement la métastase, ou plutôt ne l'admet que théoriquement, ne croyant pas que son existence soit parfaitement démontrée. Suivant lui, dans les faits regardés jusqu'ici comme métastatiques, on n'a constaté que la *succession* d'un état pathologique à un autre, ou leur *subordination commune* à un principe général de maladie ; mais non la *connexion* qui doit exister entre l'état morbide qui disparaît et celui qui prend naissance, connexion nécessaire pour constituer la métastase. Sans contester qu'une grande confusion se soit introduite dans cette partie de la pathologie, qu'on n'ait pas assez nettement séparé la métastase des complications, des conversions ou des crises, il nous a paru néanmoins que notre savant confrère se montrait un peu bien difficile à l'égard des observations publiées comme exemples de transports métastatiques. La métastase, il est vrai, suppose ordinairement, sinon toujours, une disposition morbide plus ou moins générale ; car, en dehors de cette disposition, il n'y aurait plus guère que la corrélation sympathique des organes, pour rendre compte de la migration de la maladie ; mais un état morbide dominant la métastase ne conduit pas nécessairement à la négation de la métastase elle même. Quand la goutte, par exemple, quitte brusquement les pieds pour s'installer à l'estomac, et qu'un sinapisme la ramène aux pieds, on ne peut pas dire que ce soit la diathèse goutteuse qui se manifeste tour à tour dans l'une ou l'autre région ; car ce serait plutôt le propre d'un état diathésique de se manifester dans plusieurs régions à la fois, tandis qu'il

---

Il s'agit de l'assassinat du docteur Geoffroy, médecin en chef de l'Asile des aliénés d'Avignon. M. Geoffroy avait dans son service un épileptique d'une trentaine d'années, sujet à des accès de manie furieuse. Ce jeune homme, depuis longtemps tranquille, et qu'on pouvait croire en voie de guérison, travaillait comme tailleur. Le jeudi 30 avril, à la fin de la visite, il appelle le médecin en chef, et, se plaignant d'un mal à la jambe, le prie d'y regarder. M. Geoffroy se baisse. L'aliéné lui passe le bras gauche autour du cou, qu'il étreint fortement, et lui plonge dans le côté gauche de la poitrine les longs ciseaux dont il se servait pour son travail. Il allait redoubler, quand il fut saisi par un des internes et le directeur de l'établissement. Le cœur avait été atteint. La mort eut lieu au bout de quelques instants.

Cet aliéné n'avait montré jusque-là aucune haine contre le médecin ; il était même respectueux et reconnaissant envers lui. On croit qu'il a agi sous l'influence d'une hallucination. L'instruction à laquelle on a dû procéder démontre qu'il n'a nullement la conscience de son crime.

M. Geoffroy, âgé de soixante-cinq ans, était officier de la Légion d'honneur et ancien maire d'Avignon, de cette ville amie des médecins, qui a encore aujourd'hui un confrère, M. Pamard, à la tête de son administration. Il avait rendu moins de services par ses travaux, qui sont en très petit nombre, que par son dévouement extrême à la cause des aliénés. C'est à lui, après M. Ferrus, qu'on doit les grandes améliorations apportées au sort de ces malheureux dans le département de Vaucluse. L'asile d'autrefois n'était autre que le *couvent des Pénitents*, situé près des fortifications, humide, sombre et mal distribué. M. Ferrus obtint qu'on achetât dans les environs une petite ferme où l'on pût exercer les aliénés au travail. Cette ferme étant devenue une colonie agricole, aussi avantageuse au point de vue sanitaire qu'au point de vue industriel, le département s'est décidé à faire les fonds nécessaires pour l'agrandissement de la colonie et la création d'un asile. Les aliénés ont travaillé aux terrassements et aux constructions. En ce moment, une partie du personnel est déjà transportée dans l'établissement nouveau, et c'est là, en pleine jouissance de son œuvre, que M. Geoffroy a reçu le coup mortel.

ne s'agit ici évidemment que d'un seul et unique *processus* qui prend sa voie, tantôt d'un côté, tantôt d'un autre. Nous soumettons ces remarques à notre habile collègue de la presse, dont l'excellent esprit nous est connu et que nous avons suivi de nos souhaits — malheureusement en vain — pendant toute la durée du concours.

Nous n'avons pas entrepris de rendre compte de toutes les thèses, mais seulement de signaler dans celles qui s'y prêtaient le mieux certains fruits, souvent contestés, de l'éducation médicale de Paris. Cependant nous ne pouvons terminer sans dire un mot des autres.

Il en est une d'abord qui frappe par une forme personnelle, par le caractère décidé d'hippocratisme dont elle est empreinte, et par la manière large dont elle est conçue : c'est celle de M. Chauffard sur le *parallèle de la goutte et du rhumatisme*. Il comprendra lui-même pourquoi son œuvre n'entre pas dans l'appréciation à laquelle nous venons de nous livrer. Les tendances que nous voulions faire ressortir, tout le monde sait qu'elles sont les siennes, et qu'il est un de ceux qui déplore de ne les pas voir plus répandues. Il y a dans ses doctrines autre chose que dans celles de la plupart de ses concurrents, autre chose qui ne sera pas toujours accepté dans le milieu où sa nomination à la place d'agrégé l'appelle à vivre ; mais c'est tant mieux. Ce sera peut être une association salutaire et une porte ouverte à la réconciliation, que le contact d'un vitalisme vivace, mais qui a toutes ses visées tournées vers la clinique, avec un organicisme qui ne repousse rien de ce que la clinique démontre réellement. M. Chauffard, absent de Paris depuis une dizaine d'années, a conquis la première place dans un concours redoutable : c'est un succès peut-être sans exemple, et qui est le prix d'un savoir sérieux et d'un talent très distingué.

Si nous voulions établir un contraste, nous opposerions à ce travail celui de M. Montanier sur *l'albuminurie*, ou de M. Barnier sur les *paralysies des lésions organiques*, ou encore de M. Duriau sur le *parallèle du typhus et de la fièvre typhoïde*. Ce sont, comme nous le disions tout à l'heure, des sujets modernes, et en même temps circonscrits, qui étaient échus à ces trois candidats, et c'est avec des matériaux pour la plupart récents qu'ils ont dû payer leur contingent. Était-ce pour eux un avantage ou un inconvénient? L'œuvre était plus aisée, mais en revanche se prêtait moins au développement des qualités les plus précieuses de l'esprit : la généralisation, le sens des rapports, les hautes vues de thérapeutique. M. Montanier surtout a tiré bon parti de son lot.

Enfin, entre les questions générales dont nous avons parlé en commençant et les questions spéciales que nous venons d'indiquer, se placent celles qui sont échues à MM. Axenfeld, Empis et Lorain, et relatives aux *influences nosocomiales*, à *l'incubation des maladies* et au *régime dans les maladies aiguës ;* questions moins amples que les premières, moins étroites que les secondes. Les deux premiers candidats ont été nommés ; leurs thèses justifieraient à nos yeux ce résultat, si nous avions le droit de juger sur une seule épreuve. Quant à M. Lorain, nous craignons fort que la façon insolite dont il a rempli sa tâche, avec une série de citations, sans aucune remarque personnelle, ne lui ait beaucoup nui dans l'esprit du jury. Nous avons entendu dire que des préoccupations de famille avaient enlevé au candidat le temps de vivifier par la critique les matériaux qu'il avait amassés. S'il en est ainsi, c'est un double regret, et non un reproche, que nous avons à exprimer ici.

A. Dechambre.

Plusieurs communications importantes ont été faites à l'Académie de médecine, dans la dernière séance, par MM. Blondlot (de Nancy) et Menière.

M. Blondlot est parvenu à mettre à nu, dans l'intoxication arsenicale, une assez forte proportion d'arsenic qui échappe dans les expertises ordinaires. On trouvera la description de son procédé au compte rendu de l'Académie.

Le même auteur a relaté une série d'expériences tendant à prouver que des liqueurs acides, mais plus fortement acides que le suc gastrique, par exemple de l'eau aiguisée avec un sixième d'acide sulfurique et maintenue à une température de 40 degrés, amène rapidement le ramollissement et la dissolution des matières azotées. On verra aussi plus loin la conséquence qu'il tire de ces faits.

Le travail de M. Ménière tend à renverser l'espérance qu'on avait voulu fonder sur l'auscultation de l'organe auditif dans les maladies de l'oreille. Suivant cet habile observateur, qui paraît avoir étudié le sujet avec beaucoup d'attention et de suite, la fonction respiratoire à l'état normal ne peut fournir aucun signe des affections de l'oreille moyenne (voir Gaz. hebd., 1856, p. 644, 650 et 779).

A. D.

— *Nos flendo ducimus horas*, cher et excellent confrère, et nous ne vous écrivons pas assez souvent pour vouloir vous quitter sur des sujets si lugubres.

Une place est vacante à l'Académie des sciences, dans la section des membres libres, par suite du décès de M. de Bonnard. Cette section hors rang, ou supplémentaire, n'est pas, comme le reste de l'Académie, partagée en deux divisions : l'une des sciences mathématiques, l'autre des sciences physiques et naturelles, et l'on peut, lors de l'ouverture d'une vacance, y appeler tel candidat qu'on juge le plus digne, quelle que soit la direction de ses travaux. Pourtant une sorte de lutte s'établit d'ordinaire entre les deux ordres de savants avant de s'établir entre les savants eux-mêmes, c'est-à-dire que les uns inclinent vers les sciences physiques et les autres vers les sciences mathématiques, abstraction faite du mérite relatif des candidats. Cette fois, il y a lieu d'espérer que la balance penchera en faveur de la médecine. Il existe dans la savante compagnie un désir assez général de s'agréger un représentant de la médecine militaire. Deux sont déjà inscrits ; mais l'un de ceux-là, devant la candidature duquel on nous dit que M. Michel Lévy s'est abstenu, est trop généralement accepté comme tenant la tête de la chirurgie des armées, pour qu'il nous paraisse avoir beaucoup à redouter de l'autre concurrent, son collègue au conseil de santé. M. Bégin est, s'il nous pardonne cette familiarité, *un vieux de la vieille*, et il en a toute la solidité, toute l'expérience, tous les mérites passés et présents. A lui donc les chevrons !

— Cher confrère, si vous voulez bien mettre vos meilleures besicles, vous allez voir la presse scientifique devenir peu à peu sucrée, emmiellée, confite, civile, sage, modérée, indulgente, avenante et souriante ; tous ses organes unis en un seul corps, sorte de Cerbère à trente-six gueules armées pour la défense des intérêts communs. Ce seront les Champs-Élysées de la presse. La chose commencera par un dîner, et se continuera de la même manière. La Gazette hebdomadaire, qui depuis quelque temps, si vous le remarquez, va partout où l'on dîne, ne manquera pas cette nouvelle occasion.

Sérieusement, un résultat de quelque utilité peut sortir de ces

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

SUR UNE FONCTION PEU CONNUE DU PANCRÉAS ; LA DIGESTION DES ALIMENTS AZOTÉS, par LUCIEN CORVISART.

(Suite et fin. — Voir les numéros 15 et 16.)

[Des erreurs commises dans le numéro de quelques renvois ont rendu inintelligibles plusieurs lignes de ce mémoire ; les rectifications sont d'autant plus importantes qu'il s'agit de citations. — Page 268, 1re colonne, ligne 3e, *au lieu de :* intestins (1)... *lisez :* intestins (2) ; ligne 7e, *au lieu de :* la gélatine (2)... *lisez :* la gélatine (3) ; ligne 9e, *au lieu de :* gastrique (3)... *lisez :* gastrique (4) ; ligne 10e, *au lieu de :* absolument (4)... *lisez :* absolument (5) ; ligne 14e, *au lieu de :* redissout (5)... *lisez :* redissout (1) ; 24e ligne, *au lieu de :* loc. cit., p. 418... *lisez :* loc. cit., p. 402. — Page 267, 2e colonne, ligne 6e, *au lieu de :* à jeun ? *lisez :* à jeun ; ligne 33e, *au lieu de :* là il. . *lisez :* là on ; ligne 36e, *au lieu de :* liquides intestinaux, en sorte... *lisez :* liquides intestinaux (4) »... « en sorte... — Page 250, 2e colonne, ligne 9e, *au lieu de :* en 1839... *lisez :* en 1836 ; ligne 40e, *au lieu de :* t. IV... *lisez :* t. XIV ; ligne 41e, *au lieu de :* 2e édition, p. 317... *lisez :* 2e édition, 9e vol., p. 317.]

Fibrine.

Bien que le fait seul de la digestion de l'albumine de l'œuf et de celle du sang dans l'estomac parle assez haut (puisqu'il s'agit de substances dites *non gélatigènes*) contre la nouvelle doctrine de M. Bernard, d'après laquelle, « en résumé, le suc gastrique a pour effet de dissoudre dans les aliments azotés les matières animales capables de donner de la colle ou de la *gélatine* par leur dissolution (*loc. cit.*, p. 418), etc., » nous ne discuterons cette théorie que lorsque, par l'étude de la digestion de chaque aliment simple, nous aurons accumulé tout ce qui milite contre elle.

La fibrine, sous ce rapport, vient se ranger à côté de l'albumine ; d'ailleurs, l'étude de cette substance va nous présenter de l'intérêt, non-seulement par les particularités individuelles qu'elle nous offre, mais encore parce qu'elle nous fournit le moyen de juger des questions plus générales, une entre autres, que nous n'avons fait que toucher dans le chapitre précédent (p. 257).

Nous ne parlerons ici que de la fibrine du sang, réservant pour un chapitre spécial l'étude de la musculine qu'on a envisagée comme analogue, tantôt à la fibrine du sang, tantôt à l'albumine.

A. *Action du suc gastrique sur la fibrine ; résultat de cette action.*

LE SUC GASTRIQUE DISSOUT LA FIBRINE, LA TRANSFORME EN FIBRIN-PEPTONE ; 100 GRAMMES DE CE LIQUIDE DIGESTIF NORMAL DISSOLVENT ET TRANSFORMENT AU MOINS 40 GRAMMES DE FIBRINE ET PRODUISENT, DANS UNE DIGESTION EXPÉRIMENTALE, 10 GRAMMES DE FIBRIN-PEPTONE ÉVALUÉE SÈCHE.

J'ai démontré ailleurs (1), et je le rappelle ici : 1° que 100 grammes de suc gastrique normal du chien peuvent dissoudre 40 grammes environ de fibrine sèche ; 2° que la fibrin-peptone pure a une grande analogie avec l'albumin-peptone ; mais que, contrairement à ce que M. Mialhe admet, il n'y a pas identité ; 3° que la fibrin-peptone se reconnaît facilement : à ce que le bichlorure de platine la précipite, fait auquel nos études actuelles vont apporter une nouvelle sanction (2), et à ce que, si la digestion n'est pas complète (ce qui arrive s'il y a trop de fibrine relativement au suc gastrique, si ce dernier est trop étendu d'eau, si le temps de la digestion est trop peu prolongé, etc.), toute la fibrine peut se dissoudre sans que cependant la digestion soit entièrement accomplie. Dans ce cas, outre l'albumin-peptone incoagulable par la chaleur, on obtient une seconde substance, produit imparfait de digestion, coagulable à +100 th. c., l'albumine caséiforme (Mialhe).

La chaleur peut, comme on le voit, facilement enlever, en la coagulant, la fibrine qui n'a pas été transformée complétement, et isoler d'elle la fibrin-peptone à l'état pur, c'est-à-dire, la fibrine réellement digérée.

B. *Action du liquide pancréatique.*

1° *Action du suc pancréatique sur la fibrine digérée par le suc gastrique.* — LE SUC PANCRÉATIQUE VERSÉ DANS LE DUODÉNUM PENDANT UNE DIGESTION EXPÉRIMENTALE, OU BIEN L'INFUSION D'UN PANCRÉAS ENTIER, DISSOLVENT ENVIRON 50 GRAMMES DE FIBRINE.

Un chien griffon pesant 12 kilogrammes reçut dans le duodénum, lavé et parfaitement pur de suc gastrique, 40 grammes de fibrine représentant 10 grammes de fibrine sèche, les deux extrémités de l'organe et le canal cholédoque avaient été liés ; l'animal avait mangé quelques minutes avant l'opération, et l'estomac contenait les aliments.

Douze heures après, je tuai l'animal ; son pancréas était sain, son duodénum renfermait, défalcation faite de l'eau apportée par la fibrine, 110 grammes de liquide pancréatique, d'aspect sirupeux, absolument neutre, dans lequel la presque totalité de la fibrine avait été dissoute ; le filtre, en effet, ne retint que 1gr,50 de résidu sec.

(1) *Aliments et nutriments*, 1854.

(2) On va voir aussi que, par cette réaction, nous distinguerons l'albumine de la fibrine digérée par le suc pancréatique.

---

réunions mensuelles. Tout dépendra des limites dans lesquelles on voudra étendre l'action commune de la presse scientifique. Les délégués, MM Roubaud, Figuier et Lecouturier (rédacteur du PAYS et du MUSÉE DES SCIENCES), ne donnent à cet égard dans la lettre de convocation, et ne pouvaient réellement donner, que des indications très générales, les bases du projet ne devant être arrêtées que dans la première réunion. Nos sympathies sont acquises jusqu'ici au moyen de concorde et de bonnes relations, en attendant qu'elles puissent l'être à quelque chose de mieux déterminé et de plus effectif.

— En fait de journaux, nous vous annonçons une nouveauté : c'est l'apparition de la GAZETTE MÉDICALE D'ORIENT, publiée par la Société impériale de médecine de Constantinople, et paraissant le 1er de chaque mois, au prix modeste de 12 francs par an. « La GAZETTE, est-il dit dans le *Bulletin* du premier numéro, ne doit pas perdre de vue les intérêts scientifiques et professionnels des médecins fixés dans l'empire ottoman ; mais aussi elle ne doit pas oublier combien il importe à l'Europe savante d'être éclairée sur les maladies de ces contrées, dont la topographie médicale est entièrement à faire. » Programme excellent et bien digne d'être rempli. Conquérir scientifiquement un pays après l'avoir conquis par les armes, comme en Afrique, ou y avoir promené son drapeau et fait sentir son action politique, comme à Rome et en Orient, est le premier besoin d'un pays comme la France ; or, la GAZETTE D'ORIENT est écrite en français, et la société qui l'a fondée est composée en partie de compatriotes. Déjà, vous le savez, l'Algérie a sa GAZETTE MÉDICALE, habilement dirigée par M. le docteur Bertherand, et la campagne de Rome a produit d'excellents travaux semés dans les divers organes de la presse française.

— Voici un sage conseil, donné dans un langage charmant aux malades pieux. Il est d'un saint, qui était, de son vivant, un grand esprit et un écrivain plein d'attrait, de saint François de Sales. Nous vous transmettons ce conseil comme une recette que vous aurez peut-être occasion de recommander à vos clients.

« Obéissez bien aux médecins, et quand ils vous défendront quelque exercice, ou de jeûne, ou d'oraison mentale, vocale, ou

Un autre chien de même poids fut opéré dans les mêmes conditions, mais il reçut 75 grammes de fibrine humide représentant plus de 18 grammes de cet aliment simple à l'état sec.

Je trouvai douze heures après, dans son duodénum, 150 grammes de fluide pancréatique; ce liquide ne laissa sur le filtre qu'un résidu sec de 2gr,10 de substance sèche non digérée.

Enfin, d'autres expériences me montrèrent que la quantité moyenne de fibrine dissoute par une digestion duodénale est, dans ces circonstances, de 50 à 60 grammes.

L'enseignement que la digestion dans l'intestin de l'animal vivant peut donner étant acquis, je cherchai à compléter l'examen en soustrayant complétement la fibrine au liquide intestinal de manière à connaître l'action tout à fait isolée du liquide pancréatique sur la fibrine.

11 pancréas des chiens mêmes qui servirent aux expériences de ce mémoire ayant été infusés dans une quantité variable d'eau, mais ne dépassant jamais 50 grammes, et les liqueurs d'infusion (1) ayant été mises avec de la fibrine à l'étuve pendant six heures, je trouvai, avec une presque constante uniformité, qu'elles avaient opéré la dissolution de près de 50 grammes de fibrine; ces résultats, constatés par deux sortes d'expériences, étaient conformes à ceux que j'avais observés avec l'albumine de l'œuf.

Une différence doit cependant attirer l'attention, car si, dans nos expériences, un pancréas de mouton digérait autant d'albumine qu'un pancréas de chien, je constatai que l'infusion d'un pancréas de chien peut digérer 50 grammes de fibrine, alors que celle de la même glande d'un mouton en digère à peine 20 grammes.

La digestion pancréatique de l'herbivore accuse donc une faiblesse digestive relative sur les aliments fibrineux.

La fibrine dissoute dans le liquide pancréatique est transformée; le produit de la transformation a une grande analogie avec la fibrin-peptone qui prend naissance pendant la digestion gastrique.

Dans une expérience, ayant introduit dans l'intestin une quantité de fibrine équivalente à 10 grammes à l'état sec, tué l'animal à la douzième heure, je recueillis le contenu du duodénum : il s'élevait à 110cc; en faisant bouillir la liqueur pour en séparer la pancréatine, en même temps que la fibrine non entièrement digérée et encore coagulable, je vis que 8gr,50 au moins de la fibrine avaient été dissous et transformés, car je ne recueillis sur le filtre que 1gr,50 de matière sèche non digérée.

Mais, de plus, une grande partie de la fibrine avait été absorbée aussitôt après avoir été transformée par le suc pancréatique, si bien que, lorsque je voulus recueillir dans la liqueur les 8gr,50 qui y avaient été dissous, je ne les y retrouvai plus : la dessiccation n'y accusa que 2 gr. de matière solide.

La suite de mes expériences, en effet, me montra que, à partir de la cinquième heure, plus tôt on vient arrêter l'absorption en tuant l'animal, plus on trouve encore de fibrine dissoute et transformée dans la liqueur pancréatique.

Mais ce qu'il importe le plus de savoir, c'est que les caractères de la fibrine digérée dans le duodénum y sont les mêmes, bien que sa quantité puisse varier. En effet, prend-on le réactif Longet (sucre et liquide cupro-potassique), on voit qu'en masquant la réaction glycosique, la substance nouvelle révèle le cachet des substances digérées, cachet qui manque absolument à la fibrine seulement dissoute (1).

Tel est avec la dissolution un premier caractère de la digestion pancréatique qui se manifeste *dans le duodénum*, malgré la présence de la pancréatine coagulable et des traces de sang exsudé après la vivisection.

Ce caractère persiste d'ailleurs lorsque la coagulation a dépouillé la substance digérée de la majeure partie de ces matériaux étrangers.

On le retrouve également quand, à l'aide de la pancréatine, on transforme la fibrine par une digestion artificielle à l'étuve.

La fibrine digérée par la pancréatine, soit dans le duodénum, au sein de l'organisme vivant, soit à l'étuve, présente,

(1) Quelques-unes des infusions furent précipitées par l'alcool, le précipité fut repris par l'eau, et avec lui la digestion de la fibrine se fit également bien.

(1) M. Bernard reconnait, comme l'a découvert M. Longet, que les matières albuminoïdes digérées entravent la réduction cupro-potassique ; mais il ajoute qu'il n'y a pas là de propriété caractéristique des matières digérées, car « la gélatine possède ce caractère à un haut degré quand on a soin d'en mettre une quantité suffisante. » Cette manière de juger n'est pas très rigoureuse ; dirait-on que l'eau jouit à un haut degré de masquer la réaction glycosique, parce qu'étant mise en très grande quantité relativement au sucre, celui-ci n'exerce plus son pouvoir réducteur? La question est celle-ci : *Toutes conditions égales d'ailleurs*, l'albumine, la fibrine, etc., *digérées*, masquent-elles la réaction cupro-potassique autrement que ces matières albuminoïdes seulement dissoutes? La question ainsi posée est facile à résoudre, car si l'on prend quatre solutions concentrées au même degré (soit à 4 0/0) : la première, de gélatine pure ; la deuxième, d'albumine d'œuf ; la troisième, d'albumin-peptone ; la quatrième, de fibrin-peptone pure, et qu'à chacune d'elles on ajoute tour à tour une trace de glycose et de liquide cupro-potassique, les premiers bouillons réduiront tout le cuivre dans les deux premières... Les *solutions de peptone*, c'est-à-dire, les deux dernières, *resteront limpides et violettes*, à moins que toutes les liqueurs ne contiennent également trop de sucre, et *même dans ce cas* l'aspect des solutions digestives sera fort différent de celui des autres, lesquelles fourniront un précipité cuivrique rouge, grenu, tombant au fond du tube, tandis que les peptones présenteront des flocons et presque point de précipité.

même l'office, hormis l'oraison jaculatoire, je vous prie tant que je puis, et par le respect et par l'amour que vous me voulez porter, d'être fort obéissant, car Dieu l'a ainsi ordonné. Quand vous serez guéris et bien fortifiés, reprenez tout bellement votre chemin, et vous verrez que nous irons bien loin, Dieu aidant. »

— Cette conversation est si sérieuse, honoré correspondant, qu'il faut que vous nous permettiez, pour la fin, quelques petites anecdotes. Un libraire du quartier de l'École-de-Médecine s'était trouvé dans le cas de requérir auprès de l'autorité un agent spécial, pour exercer autour de ses magasins certaine surveillance. On lui dépêcha un beau jeune homme, frisé, avec une raie sur le milieu de la tête, gants paille et cravate blanche. Quand il a vu ce dont il s'agissait : « Je ne puis continuer ce métier, dit-il au chef de l'établissement, je ne travaille pas dans cette partie. — Et à quoi vous occupe-t-on ? — J'ai la spécialité de l'adultère ; je suis sur les dents! A votre service, monsieur. » Et il court encore.

— Un mot assez spirituel. Une dame victime de la maladresse d'un dentiste, qui lui avait cassé une molaire, nous racontait sa mésaventure. Dans la volubilité de son récit, allant sans cesse de la mâchoire au maladroit, et du maladroit à la mâchoire, elle finit par embrouiller les pronoms personnels tant et si bien, que, ne comprenant plus, nous fûmes obligé de lui demander : « Mais de quoi parlez-vous en ce moment? De la mâchoire ou du dentiste? — Eh! c'est la même chose, » répliqua-t-elle, et elle continua sa lamentable narration.

Agréez, etc. A. Dechambre.

en outre, sous l'influence de la chaleur, une analogie nouvelle avec l'albuminose produite par la digestion gastrique.

On se rappelle, en effet, que, si l'on met de la fibrine en digestion dans l'estomac ou à l'étuve dans du suc gastrique, mais que la quantité de l'aliment soit trop grande, ce dernier, bien qu'il soit déjà dissous, n'est pas complétement transformé en fibrin-peptone. Aussi, lorsqu'on fait bouillir un tel mélange digestif qui est acide, il se forme un coagulum ou plutôt un réseau gris élastique, caractéristique de la fibrine incomplétement digérée.

Or même chose se montre si la fibrine, quoique dissoute, n'a pas été complétement digérée par la pancréatine ou le suc pancréatique alcalin, et l'ébullition fait paraître le même réseau caractéristique d'une digestion incomplète de fibrine.

N'est-ce point un sujet digne d'attirer au plus haut degré l'attention que les phénomènes communs aux digestions gastrique et pancréatique; l'une et l'autre digèrent l'albumine; l'une et l'autre la transforment en albuminose; l'une et l'autre dissolvent la fibrine, mais peuvent n'en faire qu'une digestion imparfaite et donner naissance à cette albumine caséiforme que M. Mialhe a révélée dans la digestion gastrique, et que je signale dans la digestion pancréatique; enfin le produit de l'une et l'autre digestion jouit de cette propriété si remarquable découverte par Longet, celle de masquer, sans le détruire, le sucre mis en présence de la réaction cupro-potassique.

Toutefois, dans l'étude de ces analogies, arrêtons-nous où elles ne sont plus aussi complètes.

La fibrin-peptone n'est pas absolument semblable à la fibrine digérée par le suc pancréatique, comme le tableau suivant va le montrer.

Pour nous rapprocher le plus possible de l'état de pureté, nous avons fait la digestion de la fibrine à l'étuve, à l'aide de la pancréatine pure, séparée par l'alcool; nous avons évité ainsi la présence du sang et de tous matériaux étrangers versés dans le duodénum.

Toutes les solutions digestives dont les réactions sont indiquées plus bas renfermaient 2 pour 100 de fibrine digérée, évaluée sèche, et étaient parfaitement filtrées. La partie de la *pancréatine* coagulable par la chaleur, et le produit intermédiaire de la digestion, dont nous avons parlé ci-dessus, avaient été éliminés par quelques secondes d'ébullition.

RÉACTIFS.	DIGESTION gastrique de fibrine (fibrin-peptone acide).	DIGESTION pancréatiq. de fibrine acidifiée pour l'examen.	DIGESTION pancréatique alcaline de fibrine.
Réaction.	Acide.	Acide.	Alcaline.
Réactif Longet. .	Ne réduit pas.	Ne réduit pas.	Ne réduit pas.
Potasse	Rien.	Rien.	Rien.
Acide nitrique. .	Rien.	Trouble.	Trouble.
Sulfate d'alumine	Rien.	Trouble.	Trouble.
Bichlorure de platine	Précipite.	Précipite.	Précipite.
Acétate de plomb	Précipite.	Précipite.	Précipite.
Bichlorur. de mercure.	Précipite.	Précipite.	Précipite.
Acide picrique. .	Précipite.	Précipite.	Précipite.

Ce tableau montre que la fibrine digérée par le suc pancréatique diffère de la fibrin-peptone : en effet, le sulfate d'alumine et l'acide nitrique y font naître un trouble.

Je rappellerai que l'*albuminose* gastrique provenant spécialement d'une albumine d'œuf coagulé au milieu de l'eau, et non dans sa coque, présente, par l'acide azotique un trouble semblable.

LA PANCRÉATINE OU LE SUC PANCRÉATIQUE JOUISSENT DE LA PROPRIÉTÉ REMARQUABLE D'OPÉRER LA DIGESTION DES CORPS ALBUMINOÏDES AUSSI BIEN LORSQU'ILS SONT ALCALINS QUE LORSQU'ILS SONT NEUTRES OU ACIDES ; EN SORTE QUE LA DIGESTION DES ALIMENTS EST ASSURÉE, QUEL QUE SOIT L'ÉTAT DANS LEQUEL L'ESTOMAC LES VERSE DANS LE DUODÉNUM.

Les physiologistes se sont peu accordés sur la réaction propre au duodénum, les uns la disant acide, les autres alcaline.

On a cru juger la question en reconnaissant l'état le plus souvent alcalin dans lequel est sécrété le suc pancréatique, mais la raison n'est pas suffisante. L'intestin, en effet, n'est point astreint à conserver au suc pancréatique une réaction alcaline, car avant d'avoir manifesté son action propre, ce dernier ferment digestif peut subir le contact du suc gastrique ou du chyme *très acides* (1); car ceux-ci sont versés dans le duodénum en même temps que la liqueur du pancréas y arrive.

J'ai bien nettement constaté, dans mes expériences, que lorsque je liais le pylore pour isoler les deux digestions, je trouvais, dans le duodénum la fibrine ou l'albumine dissoutes et transformées en peptone, alors que le milieu était *alcalin*, ou *neutre*, ou légèrement *acide*.

Il arriva que la réaction était souvent très acide quand le pylore n'avait point été lié et la digestion se trouvait encore très bien faite.

Ces faits m'ayant frappé, j'examinai avec soin si, en prenant l'infusion de pancréas soit chez le chien, soit chez le mouton, l'acidification ou l'alcalinisation du ferment pancréatique apporterait une différence dans l'énergie ou les caractères de la digestion, or je puis dire que j'ai constamment observé que ces réactions n'influençaient en rien le résultat. En effet, le produit digéré, sa quantité, ses caractères chimiques restaient semblables; le ferment conservait toute sa vertu, toute sa liberté d'action dans un milieu alcalin, acide, neutre.

Un phénomène aussi remarquable était bien propre à exciter la curiosité.

Puisque la pancréatine, me dis-je, *se conserve, agit dans un milieu acide*, elle se rapproche donc, sous ce rapport, bien intimement de la pepsine.

Si la pepsine, précipitée par l'acide plombique, se combine avec l'oxyde de plomb à l'état solide, sans perdre sa propriété digestive (car le ferment renaît avec sa puissance, dès qu'un acide, en prenant sa place dans le composé plombique, le met en liberté), quelle raison y a-t-il de supposer que la pancréatine se comporte autrement?

Je fis donc des infusions de pancréas (de chien, de mouton), j'y versai de l'acétate de plomb, et j'opérai exactement de même que si j'eusse eu affaire à une infusion de muqueuse gastrique et que je voulusse recueillir de la pepsine.

Mon essai, que je répétai maintes fois, fut toujours suivi d'un résultat semblable; j'obtins par ce moyen le ferment pancréatique doué de toutes ses propriétés digestives, et si bien que, *alcalinisé*, il agissait comme il l'eût fait dans le duodénum. Je le neutralisai, la digestion marcha de même, les caractères physiques et chimiques du produit digéré furent semblables; je le laissai acide, rien absolument ne fut changé.

(1) On sait que les aliments eux-mêmes, soit par leur nature ou leur transformation, peuvent ajouter encore à l'acidité du suc gastrique.

Dans tous les cas la digestion eut lieu avec la même promptitude, avec les mêmes caractères.

Les solutions alcalines, acides ou neutres du ferment pancréatique obtenu par l'alcool présentèrent les mêmes propriétés que s'il se fût agi de pancréatine extraite par le sel plombique.

Dans les chapitres qui précèdent, plus d'une ressemblance entre la pancréatine et la pepsine s'est montrée; nous avons vu que le ferment pancréatique et le peptique opèrent dans la fibrine une transformation analogue, dans l'albumine une transformation identique; que tous deux exercent l'action digestive dans un milieu acide et de la même façon; que tous deux peuvent, par l'alcool, être isolés des liquides sécrétés ou obtenus intacts par l'acétate de plomb; ajoutons que tous deux perdent leur pouvoir digestif par la chaleur.

Dès lors on se demande pourquoi l'un d'eux présente *exclusivement* cette propriété, on ne peut plus remarquable, de rester indifférent à l'acidité ou à l'alcalinité du milieu qui l'environne, et de toujours continuer son action digestive ?

Si l'on veut bien réfléchir, on le conçoit vite, car le suc pancréatique agit dans des conditions étrangères au suc gastrique.

Dans l'estomac, un suc dix fois plus abondant que le fluide pancréatique est versé ; il est tellement aqueux qu'il imbibe, pénètre les aliments avec certitude ; d'ailleurs deux orifices fermés avec force emprisonnent dans l'estomac la substance alimentaire que des mouvements puissants mélangent intimement avec le suc gastrique, dont l'action est inévitable; enfin un temps considérable est accordé pour la digestion dans ce viscère.

Le suc pancréatique, au contraire, a d'autres conditions à remplir.

Le duodénum, en effet, d'un calibre étroit, sans autre moyen d'arrêt que des flexuosités, présente rapidement l'aliment au liquide du pancréas, ne lui permet point de s'imbiber avec lenteur, ni de se pénétrer profondément de ce suc digestif par un brassage pareil à celui qu'opère l'estomac...; dès lors il fallait que, malgré sa viscosité et sa médiocre abondance, le ferment pancréatique eût aussitôt et inévitablement prise sur l'aliment.

2° *Action du suc pancréatique sur la fibrine digérée par le suc gastrique, c'est-à-dire sur la fibrin-peptone.*
LORSQUE LE SUC GASTRIQUE A COMPLÉTEMENT TRANSFORMÉ LA FIBRINE EN FIBRIN-PEPTONE, CELLE-CI EST UN PRODUIT DÉFINITIF QUI N'A PLUS A SUBIR D'INFLUENCE DIGESTIVE DE LA PART DU SUC PANCRÉATIQUE.

Ayant pris 100 grammes d'un fluide gastrique contenant 4 pour 100 de fibrin-peptone, je l'ai mélangé avec l'infusion aqueuse (50 gram.) d'un pancréas de chien. J'ai consacré la première moitié du mélange à en constater les caractères, à l'instant même, à une température de + 12° th. c., avant toute action digestive possible. L'autre moitié fut soigneusement maintenue à l'étuve, pendant un temps plus que suffisant (douze heures) pour qu'il pût se produire une digestion parfaite, c'est-à-dire une transformation de la fibrin-peptone, si le suc pancréatique avait quelque action digestive nouvelle à lui faire subir.

Dans ce dernier cas, celui de digestion nouvelle et plus parfaite, des caractères nouveaux devaient paraître et faire connaître qu'il y avait eu réellement, de la part de la liqueur du pancréas, une action chimique produite.

Je devais comparer, en conséquence, les caractères de la partie mise à l'étuve, c'est-à-dire après digestion, et ceux que j'avais trouvés, tout d'abord, au mélange non soumis à l'étuve et avant toute digestion (car il n'est pas de digestion *instantanée* des albuminoïdes).

Or, ces caractères furent en tout pareils; le liquide pancréatique n'avait point eu d'action transformatrice nouvelle sur la fibrin-peptone.

J'ai répété l'expérience avec la pancréatine d'autres infusions de pancréas de chien, retirées pures à l'aide de l'alcool; j'ai agi de même avec l'infusion pancréatique ou la pancréatine de mouton : je suis arrivé aux mêmes résultats.

Ces expériences simples montrent donc que le suc pancréatique, très propre à transformer l'aliment lorsque celui-ci a échappé à la digestion gastrique, n'a, au contraire, aucune action sur la peptone faite par l'estomac et que celle-ci est un produit définitif et assimilable.

3° *Action du suc pancréatique sur le suc gastrique.*
QUOIQUE LE SUC PANCRÉATIQUE ET LE SUC GASTRIQUE REMPLISSENT LE MÊME BUT DANS LA DIGESTION DES MATIÈRES ALBUMINOÏDES, IL FAUT QU'ILS AGISSENT SÉPARÉMENT. À CETTE CONDITION, CHACUN REMPLIT SA FONCTION DANS SA PLÉNITUDE. S'ILS SE RENCONTRENT, A L'ÉTAT PUR, LOIN QUE LE PRODUIT DIGÉRÉ SOIT DOUBLÉ, IL PEUT SE RÉDUIRE A RIEN, CAR DANS CETTE CIRCONSTANCE NON PHYSIOLOGIQUE LES DEUX FERMENTS (PANCRÉATINE, PEPSINE) S'ENTRE-DÉTRUISENT.

Nous avons appris, par les études précédentes, 1° que le suc pancréatique accomplit la digestion des aliments qui ont échappé à l'action de l'estomac ; 2° qu'il respecte le produit de la digestion gastrique (peptone) et ne le change en rien.

Mais une autre substance peut se rencontrer avec le suc pancréatique : c'est le suc gastrique lui-même, non encore altéré dans ses propriétés par le fait de la digestion, et qui, dans cet état de pureté, peut arriver dans le duodénum, soit seul, soit avec les aliments non digérés et la peptone.

Quelle est donc la manière réciproque dont le liquide pancréatique va se comporter en présence du suc gastrique?

Pour élucider cette question, j'ai pris du suc gastrique qui était fortement acide, et à la température ordinaire, je l'ai mélangé à du liquide pancréatique qui était alcalin, j'observai que le mélange qui en résulta fut encore acide et qu'en peu d'instants il se forma un trouble, puis un précipité floconneux blanchâtre.

Évidemment l'un des ferments digestifs avait une action sur l'autre; mais quel était celui dont l'activité subsistait?

Si l'on pense à ce qui arrive le plus souvent dans l'organisme, on verra que, lorsque du suc gastrique et du suc pancréatique se trouvent en présence, ils le sont en même temps avec des aliments qui ont échappé à la première digestion.

Je dus en conséquence faire mon premier examen dans de pareilles circonstances; mais, pour être maître des conditions analytiques d'étude, je fis l'expérience hors du duodénum.

Je pris 100 grammes du suc gastrique et autant du liquide pancréatique du chien, tous deux doués d'un pouvoir digestif énergique et exactement connu. Je les mis six heures à l'étuve avec de l'albumine cuite, la digestion eut lieu; mais elle m'apprit une chose inattendue : les pouvoirs digestifs des deux ferments ne s'étaient point ajoutés.

Dans une expérience comparative, en effet, j'avais observé que séparément le suc gastrique avait produit 5 grammes d'albumin-peptone, et le liquide pancréatique 8 grammes, c'est-à-dire un total de 13 grammes d'aliment transformé.

Or, réunis, les deux ferments, mis dans les meilleures conditions pour que la digestion fût complète, n'en avaient produit, dans notre expérience, que 5gr,75.

Mais encore quel ferment avait agi pour amener ce résultat?

Les caractères de la digestion pancréatique étant identiques à ceux de l'albuminose produite par le ferment stomacal, la qualité ou les caractères du produit digestif ne pouvaient point indiquer d'où était partie l'action digestive.

Le suc gastrique seul avait-il agi, et étant moins énergique que le fluide du pancréas, avait-il réduit ce dernier à l'inaction; ou bien, le fluide de l'estomac, en perdant ses propriétés, avait-il en même temps diminué l'activité du suc pancréatique? Enfin, chacun des deux ferments avait-il perdu une portion, bien qu'inégale, de sa puissance?

L'albumine ne me donnant pas un moyen commode de résoudre ces questions, j'eus recours à la fibrine.

J'expérimentai : 1° avec un suc gastrique dont 100 grammes étaient capables de digérer 33 grammes ou le tiers de son poids de fibrine humide; 2° avec un suc pancréatique capable de digérer 200 grammes, c'est-à-dire, deux fois son poids du même aliment.

Je m'assurai surtout, par des expériences concomitantes, que cette capacité digestive se conservait dans le liquide pancréatique, même quand on lui ajoutait six fois son volume d'eau, et quelle que fût sa réaction acide neutre ou alcaline.

Alors ayant préparé six digestions pareilles contenant 6 grammes de suc pancréatique et 12 grammes de fibrine, je versai dans chacune des liqueurs une proportion variable de suc gastrique mais qui jamais ne dépassa six fois le volume de celles-ci, et je mis les mélanges ainsi faits pendant dix heures à l'étuve, à + 40° th. c.

La 1re contenait	1/6 de suc gastrique	(6	suc pancr.,	12	fib.,	1	suc gastr.)
La 2e	— 1/3	—	(6	—	12	— 2	—)
La 3e	— ég. quant.	—	(6	—	12	— 6	—)
La 4e	— 3 fois plus.	—	(6	—	12	— 18	—)
La 5e	— 4 fois plus.	—	(6	—	12	— 24	—)
La 6e	— 6 fois plus.	—	(6	—	12	— 36	—)

Je fis ensuite l'examen des digestions.

Dans la première, qui contenait le moins de suc gastrique (1/6), le suc pancréatique conserva juste sa capacité digestive, il transforma 2 fois son poids de fibrine, soit 12 grammes.

Dans la dernière, qui contenait le plus de suc gastrique (6 fois), cette capacité normale non-seulement fut abaissée, *mais elle fut* presque détruite : en effet, loin que la même *proportion* de fibrine fût digérée, il s'en liquéfia à peine les *deux tiers*.

Ces expériences, bien qu'elles paraissent arides, doivent cependant, suivant nous, fixer l'attention à un haut degré, car leur conséquence est grave.

Si l'on songe, en effet, que le chien sécrète au plus 50 gr. de suc pancréatique en vingt-quatre heures (16 gram. en huit heures suivant l'estimation de Bidder et Schmidt), tandis que dans le même temps il y a 500 grammes de suc gastrique produit, c'est-à-dire dix fois plus, on se demande ce que deviendrait la digestion duodénale si tout le suc gastrique sécrété pendant une période digestive de l'estomac était subitement versé dans l'intestin?

Or, dans l'état pathologique, il suffit, pour que cela arrive, qu'avant la fin de la digestion gastrique l'estomac exerce une contraction prématurée capable de faire passer son contenu dans le duodénum, et qu'en ce même moment la bile, n'étant pas versée en quantité plus abondante que d'ordinaire, ne puisse suffire à dépouiller le fluide gastrique de sa puissance. Dans un tel cas on voit que le suc pancréatique est mis alors dans l'impossibilité, si nos expériences sont vraies, de digérer ce qui a échappé à la digestion gastrique et que l'indigestion est assurée.

Mais revenons aux aliments mis en la présence simultanée des deux ferments.

Nous n'eussions atteint qu'à moitié de notre but, si, après avoir déterminé l'affaiblissement digestif du fluide pancréatique, nous n'avions cherché aussi à savoir ce que dans ce conflit le suc gastrique gagne ou perd lui-même en énergie.

L'expérience VIe, dans laquelle 6 grammes de liquide pancréatique se trouvaient en présence de 36 grammes de suc gastrique (et de 12 grammes de fibrine), n'avait point été faite sans but : en effet, dans une digestion artificielle normale, 36 grammes de suc gastrique sont justement capables de digérer complétement 12 grammes de fibrine; or, par le fait du mélange avec la liqueur du pancréas, 5gr,75 seulement en furent dissous.

Le résultat est donc bien clair : le suc gastrique lui-même avait perdu une grande partie de son énergie.

Mais il ne pouvait l'avoir perdue en vertu de l'eau que le fluide pancréatique avait ajoutée; car 6 gram. d'eau dans 36 gram. de suc gastrique n'altèrent pas sensiblement la force digestive de ce dernier sur la fibrine. Il ne pouvait pas non plus l'avoir perdue en vertu de l'alcalinité du suc pancréatique; car celle ci n'avait amoindri que d'une manière à peine sensible la grande acidité du suc fourni par l'estomac.

C'était donc par le fait du ferment pancréatique que l'énergie du suc gastrique avait faibli.

Dans les expériences que je viens de rapporter, les deux ferments se trouvaient cependant dans les meilleures conditions pour opérer chacun une bonne digestion; trouvant en effet, l'un et l'autre, l'aliment avec eux, ils pouvaient le digérer avant que de s'entre-détruire; ou tout au moins l'action destructive, l'action digestive, pouvaient marcher *concurremment*.

Je fus curieux d'observer ce que deviendraient les deux ferments digestifs en retirant tout aliment à leur énergie, en les mettant tous deux seuls en présence, à la température du corps.

Je fis donc six mélanges pareils à ceux du tableau précédent (à l'exception qu'il n'y eut pas de fibrine), je les laissai six heures à l'étuve et à + 40° th. c.

Puis, et seulement alors, je mis, à la même température, 12 grammes de fibrine dans chacun d'eux, afin d'observer le résultat de la digestion qu'ils seraient capables d'opérer, et j'attendis douze heures.

Or, le quatrième (6 gr. panc., 18 gastr.), le cinquième (6 gr. panc., 24 gast.), et le sixième (6 gr. panc., 36 gast.) présentèrent une digestion de beaucoup inférieure même à celle que le plus faible des ferments eût opérée s'il eût agi à l'état d'isolement et de liberté?

En outre, et c'est ce que je cherchais à savoir, cette digestion fut de beaucoup inférieure à celles qu'avaient fournie les essais précédents où la fibrine avait été mise au même moment où les ferments avaient été mélangés.

Ces nouvelles expériences montrent donc que, plus les ferments digestifs sont purs, plus ils sont longtemps en présence, à la température du corps, plus ils se détruisent avec énergie.

Tant que la quantité des deux fluides digestifs est égale, le mélange transforme autant de fibrine que si le liquide du pancréas eût été seul; l'aspect sirupeux, à flocons flottants, gonflés, de la digestion pancréatique prédomine.

Dès que la quantité de suc gastrique devient supérieure (de deux ou trois fois par exemple), aussitôt l'aspect de la diges-

tion devient laiteux, à sédiment finement pulvérulent, gastrique, et, par cela même, la quantité de la fibrine digérée s'abaisse considérablement.

Dès que le suc gastrique prédomine de plus de cinq à six fois, la dissolution de la fibrine tend à s'annuler. Le fait est d'autant plus remarquable, que la quantité du suc gastrique compense juste alors sa faiblesse relative (puisque s'il est naturellement cinq à six fois moins énergique que le suc pancréatique, il est cinq à six fois plus abondant).

En un mot, à énergie égale, c'est-à-dire à quantité égale, non d'eau, mais de ferment réel, le suc gastrique détruit non-seulement l'activité du liquide pancréatique, mais par ce fait (qui consiste peut-être en une digestion de la substance albuminoïde constituant la partie essentielle du suc pancréatique), il use la sienne, et cela bien plus qu'il ne l'eût fait en exerçant cette activité sur la fibrine, c'est-à-dire, par la production de la peptone.

Il est donc une condition absolument nécessaire à l'accomplissement de l'une comme de l'autre digestion : c'est qu'elles soient séparées.

Séparés, en effet, les deux ferments se prêtent appui, l'aliment ne leur échappe ni à l'un ni à l'autre.

Il leur échappe, au contraire, à tous deux s'ils se réunissent (1).

L'économie a paré à ce conflit par trois moyens : 1° le pylore, qui sépare les deux digestions ; 2° l'acte de la digestion gastrique, qui, en faisant la peptone, détruit la pepsine ; 3° la bile, qui anéantit au passage la force digestive de cette dernière (2).

C'est ici, ce nous semble, le lieu de faire une remarque.

Si l'on envisage superficiellement, c'est-à-dire d'une manière absolue, le suc pancréatique, on lui attribue un énorme pouvoir digestif (100 grammes de ce fluide, en effet, digèrent 200 grammes de fibrine), et l'on est, à ce point de vue, tenté de le regarder comme bien plus important que le suc gastrique.

Mais si l'on examine la question d'une manière plus physiologique, on s'aperçoit vite de la méprise.

L'estomac fournit, en effet, au moins six fois plus (si ce n'est dix) de suc gastrique que le pancréas ne sécrète de son liquide spécial (3). Dès lors la quantité compense le défaut de concentration pour le suc gastrique, tout comme la rareté du liquide pancréatique est réparée par la concentration du ferment.

On ne sera donc point surpris si nos expériences tendent à démontrer qu'une période de la digestion pancréatique peut fournir exactement la même quantité d'aliment digéré qu'une période de la digestion gastrique.

En sorte que la puissance relative du pancréas et de l'estomac dans la digestion des aliments azotés est à peu près semblable.

Si, pendant une période digestive complète, il y a à peu près autant de pepsine produite dans l'estomac que de pancréatine versée dans le duodénum, et que la quantité d'aliment digéré soit la même dans les deux cas, l'un des ferments n'a, en conséquence, pas de prééminence sur l'autre ; leur action est, en somme, égale.

Nous savons ce qui les distingue.

C. *Action de la bile.*

Les expériences autorisent à répéter ici ce qui, contrairement à une doctrine nouvelle, a été développé à propos de la digestion de l'albumine dans le suc gastrique : 1° la bile ne forme pas un précipité plus fort dans le suc gastrique qui a digéré beaucoup de fibrine, que dans le suc gastrique qui, n'ayant pas digéré, ne renferme point trace de fibrin-peptone ; 2° le précipité persiste : *a*. Quand on anéantit la pepsine ; *b*. Quand on remplace entièrement le suc gastrique et le chyme par de l'*eau acidulée*.

Toutefois on n'obtient même pas constamment un précipité par le mélange de la bile avec les liquides digestifs acides.

Si, par exemple, dans un mélange où le précipité s'est formé, on verse un peu trop de bile, le précipité se redissout ; il ne se forme pas si on verse d'emblée un excès de bile.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 20 AVRIL 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — *Note sur la sensibilité de la dure-mère, des ligaments et du périoste*, par M. *Flourens*. — Dans la séance du 29 septembre dernier, l'auteur a présenté à l'Académie une suite d'expériences desquelles il résulte que les tendons, complétement insensibles à l'état normal, manifestent une sensibilité très vive à l'état d'irritation ou d'inflammation. Aujourd'hui, M. Flourens a constaté le même fait à l'égard de la dure-mère. A la dure-mère comme aux tendons, Haller dénie toute espèce de sensibilité, et il s'appuie à ce sujet sur ses expériences et sur celles de ses élèves, Zinn, Zimmermann, Lœber, Walstorf, etc.; mais il est obligé de citer aussi celles de Lecat, Whytt, Laghi, Lorry, etc., qui toutes leur sont contraires.

M. Flourens n'a jamais trouvé la dure-mère sensible sur les oiseaux, ni sur les lapins et les cochons d'Inde. Sur les chiens, il l'a trouvée tantôt sensible et tantôt insensible : sensible quelquefois, à la différence des tendons, du moins chez certains animaux, même à l'état normal ; *toujours sensible*, à l'*état d'irritation* ou *d'inflammation*, ainsi qu'il résulte d'expériences faites sur plusieurs chiens au moyen d'une couche de pommade épispastique.

L'application de la même pommade irritante a rendu également sensibles, au bout de quinze, vingt, vingt-quatre heures, le ligament tibio-rotulien, le tendon d'Achille et le périoste, toutes parties parfaitement insensibles à l'état normal.

« Ainsi, dit M. Flourens, toutes ces expériences accusent la sensibilité des parties fibreuses et tendineuses, latente ou cachée à l'état sain, et manifeste et excessive à l'état malade. Une grande contradiction de la science disparaît donc enfin ! Ces mots : *douleurs de la goutte*, *du rhumatisme articulaire*, *des os*, etc., ont enfin un sens ; je dis un *sens physiologique*, car, tant que les parties, siége de ces douleurs, passaient pour absolument insensibles, ces mots n'en avaient pas. Comment expliquer l'existence de la dou-

(1) Si nous nous tournons du côté thérapeutique, ces résultats semblent de nature à décourager, car on pourrait croire que la pancréatine ne pourra jamais entrer dans le domaine de la médecine pratique ; jusqu'à présent, en effet, j'ai administré la pancréatine sans obtenir aucun résultat, car celle-ci, arrivée dans l'estomac, s'y détruit, comme le font prévoir les expériences précédentes.

Toutefois il ne faut pas désespérer. Dès qu'un artifice permettra de préserver la pancréatine de toute action gastrique, *la fera arriver pure dans le duodénum*, la thérapeutique aura sans doute acquis une arme nouvelle et puissante, et le traitement physiologique des maladies fonctionnelles de la seconde digestion deviendra aussi simple que l'est celui des troubles digestifs de l'estomac par la pepsine.

Que de belles expériences, par exemple, n'y aurait-il pas à faire chez les animaux dont la digestion gastrique est très courte, chez le cheval, entre autres, car la nature ne sépare pas chez lui d'une manière absolue la première et la deuxième digestion.

(2) Sans précipiter nécessairement la pepsine.

(3) Plus le liquide pancréatique se rapproche du suc gastrique pour la quantité, moins il en diffère par son énergie et *vice versâ*.

r, et des plus cruelles douleurs, avec des parties insensibles? ller n'a vu que l'état normal, l'état sain. Toutes ses expériences rapportent. Au fond, et quoi qu'il en ait dit, lui et son école, l, sur ce point, domine depuis un siècle, il n'y a point de partie olument insensible dans le corps vivant. La sensibilité est part; et, dans les parties même (tendons, ligaments, dure-mère, rioste) où habituellement elle est le plus obscure, il suffit d'un ré d'irritation ou d'inflammation donné, pour la faire passer sitôt de l'état latent et caché à l'état patent et manifeste. »

PHYSIOLOGIE. — *Recherches sur le développement des tissus fibrillres*, par M. *L. Mandl*. — Nous comprenons, sous le nom de us *fibrillaires*, tous les éléments qui, à leur état parfait de déoppement, se composent de fibres : tels sont, par exemple, le u d'union ou connectif (tissu cellulaire), les tissus séreux, élasue, fibreux, nerveux, musculaire. Suivant la plupart des aurs, conformément aux vues émises par Schwann, les fibres doit leur origine à des cellules qui s'allongent, puis se divisent, bord en fibres plates, puis en fibrilles. Mais des recherches faites t sur l'embryon que sur l'adulte, dans la régénération et dans produits pathologiques, nous ont conduit aux résultats suivants : La substance fondamentale qui donne naissance aux fibres est masse d'abord homogène, amorphe, molle, diffluente, puis atineuse, plus tard solide, résistante. Dès les premiers moments son existence, on y découvre des corpuscules grands de 3 à nillimètres, qui subissent des transformations ultérieures. Au et à mesure que se consolide la substance fondamentale, on y t apparaître des fentes ; ces fissures sont d'abord rares, courtes très éloignées les unes des autres, à la distance de 1 ou même centièmes de millimètre. Peu à peu elles deviennent plus nombeuses, plus longues et plus rapprochées. La portion comprise tre deux fentes constitue une fibre. Les fibres sont par conséent d'abord courtes et larges, plus tard longues et étroites. C'est r ce procédé de scission successive qu'une fibre large se résout un faisceau de fibres très déliées qui restent quelque temps enre accolées les unes aux autres, mais qui finissent par s'éparler.

Les fibres de noyaux ne sont, suivant notre opinion, que le sultat de la fusion de plusieurs corpuscules (noyaux) allongés et evenus creux. Les renflements que présentent ces fibres de place à place indiquent la position primitive des noyaux. Les diverses membranes vasculaires (artères, veines, vaisseaux lymphatiques) uisent leurs signes différentiels uniquement dans les divers degrés le développement qu'elles ont atteints. Dans les plus externes, les bres sont complétement développées ; dans les internes, on trouve s corpuscules placés dans une substance fondamentale homogène ui n'a pas encore subi la scission. Tous les degrés intermédiaires e trouvent dans les tuniques moyennes, surtout dans les artères. (Comm.: MM. Serres, Flourens, de Quatrefages.)

MÉDECINE. — M. *Sellier* répond à une réclamation adressée, à l'occasion de son nouveau mémoire sur le traitement de la couperose, par M. Rochard, qui avait été son collaborateur dans un précédent travail sur le même sujet : « Le médicament que j'emploie aujourd'hui, dit M. Sellier, sans être chimiquement différent de celui dont je faisais usage autrefois, en est bien distinct quant à la forme, et son action thérapeutique est à la fois plus puissante et plus régulière. » (*Comm.*: MM. Andral, J. Cloquet.)

SÉANCE DU 27 AVRIL 1857. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

PHYSIOLOGIE. — *Recherches sur le développement de la cellule animale*, par M. *Louis Mandl*. Dans les cellules animales, le *parenchyme glandulaire* se développe, soit par formation endogène des cellules, soit, et suivant nous, plutôt par formation libre, au moyen de petits corps arrondis, homogènes ou finement granulés, ayant 0,002 à 0,025 de millimètre de diamètre. Ces corpuscules primitifs (*noyaux*), placés dans une substance fondamentale plus transparente, s'agrandissent et présentent bientôt dans leur intérieur le *nucléole*. La substance fondamentale augmentant dans la même proportion, une membrane vient l'envelopper quelquefois tardivement (comme l'a constaté M. Coste), mais le plus souvent de bonne heure. Dans la suite, le contenu se liquéfie, tantôt de la membrane vers le noyau, tantôt de la partie centrale vers les parties externes.

Dans la *formation endogène* (œuf), le corpuscule primitif (vésicule germinative) précède constamment la formation de la cellule ; la substance fondamentale (vitelline) s'amasse autour de lui pour constituer un corpuscule composé ; la membrane vitelline se forme plus tard. Les cellules se développent donc d'après la même loi dans l'une et l'autre formation.

La multiplication des cellules dans les cartilages est une génération endogène *par scission*. D'abord le noyau se partage en deux parties, qui s'écartent ensuite l'une de l'autre, enveloppées chacune de la moitié du contenu. Celui-ci est dépourvu d'une membrane particulière, ce ne sont donc pas des utricules primordiaux. La membrane externe ne se forme que plus tard, lorsque cesse la segmentation. (*Comm.*: MM. Serres, Flourens, de Quatrefages.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 5 MAI 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'instruction publique transmet un certain nombre d'exemplaires d'une circulaire que le *Congrès ophthalmologique* de Belgique lui a adressées.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de l'Ardèche en 1856. (*Commission des épidémies*.) — *b*. Des échantillons d'eau minérale provenant d'une nouvelle source découverte près de l'ancienne fontaine des Célestins, à Vichy, avec demande d'avis. — *c*. Une demande d'autorisation pour l'exploitation de deux nouvelles sources minérales à Contrexéville. — *d*. Les rapports des médecins inspecteurs des eaux minérales du département des Landes, pour l'année 1855. (*Commission des eaux minérales*.)

3° M. le professeur *Heyfelder* envoie un opuscule sur la ligature de l'œsophage (*Commission déjà nommée*.)

M. *Depaul*, secrétaire annuel, dépose sur le bureau un nouvel appareil à douches, exécuté par M. *Charrière* fils.

M. *le Président* fait part de la mort de M. le docteur *Guéneau de Mussy*, membre titulaire, qu'une douloureuse maladie tenait, depuis longtemps, éloigné des séances académiques. Une députation a assisté aux obsèques de cet honorable collègue. Conformément à ses vœux, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe.

M. *le Président* annonce ensuite le décès de M. le docteur *Bertini* (de Turin), membre correspondant.

Lectures et Rapports.

REMÈDES SECRETS ET NOUVEAUX. — M. *Robinet* lit un rapport sur l'emploi, comme fébrifuge, d'un sel mixte formé par le mélange du *ferro-cyanure de sodium* et *de la salicine*. Les auteurs, MM. *H.-D.* et *G.* demandent qu'il soit fait à ce sel une application du décret du 3 mai 1850.

« La combinaison proposée, dit le rapporteur, n'a rien de vraiment nouveau. Si elle possède, en effet, des propriétés fébrifuges, dont les deux composants, pris séparément, sont certainement dépourvus, ce n'est qu'à la suite d'une longue expérimentation publique que la pharmacologie officielle pourra enregistrer la formule du nouveau sel.

» La Commission propose de répondre à M. le ministre qu'il n'y a pas lieu de faire à cette formule l'application du décret du 3 mai 1850. »

M. *Londe* réclame contre ces conclusions en faveur du nouveau fébrifuge, qui aurait réussi, assure-t-il, 84 fois sur 100.

M. le *Président* fait observer que la Commission des remèdes secrets et nouveaux ne conclut en faveur d'un médicament soumis à

son examen qu'après que de nombreux essais en ont démontré l'efficacité.

MM. *Chevallier*, *Cloquet*, *Guérin*, voudraient qu'on expérimentât le médicament.

MM. *Bouchardat*, *Guibourt* et *Dubois* (d'Amiens) appuient les conclusions du rapport.

M. *Guérard* déclare que, pendant près de deux ans, il a administré sans succès à des fébricitants le ferro-cyanure de sodium et de salicine.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. *Robinet* lit ensuite une série d'autres rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

TOXICOLOGIE. — M. le docteur *Blondlot* (de Nancy) donne lecture d'un travail *sur la recherche toxicologique de l'arsenic*. — Ces recherches ont porté exclusivement sur la destruction des matières organiques par l'acide sulfurique, d'après le procédé de MM. *Danger* et *Flandin*, adopté aujourd'hui par la plupart des toxicologistes. Des expériences répétées ont démontré à M. Blondlot que, indépendamment de la quantité plus ou moins grande d'arsenic qui a pu prendre naissance par l'effet de la putréfaction, la carbonisation par l'acide sulfurique en produit constamment à elle seule des proportions considérables qui échappent alors à l'analyse d'après les procédés usités.

L'auteur propose, pour remédier à ce grave inconvénient, un moyen bien simple. On opère à la manière ordinaire ; seulement, après avoir épuisé le charbon, par les lavages à l'eau distillée bouillante, des acides arsenicaux qu'il renferme à l'état soluble, on procède à un second lavage avec de l'eau ammoniacale, qui enlève le sulfure. Après avoir évaporé à siccité, on traite le résidu par l'acide azotique concentré et bouillant, ajouté à plusieurs reprises par petites quantités ; puis, l'excès de cet acide étant expulsé, on reprend par l'eau, et l'on obtient ainsi une seconde solution arsenicale qui, ajoutée à la première, constitue définitivement la liqueur suspecte destinée à être introduite dans l'appareil de Marsh. (*Comm.* : MM. Wurtz, Devergie et Poggiale.)

PHYSIOLOGIE. — M. *Blondlot* lit une note *sur la manière d'agir du suc gastrique*. — L'auteur rappelle que, dans les différents travaux qu'il a publiés sur la digestion, il s'est attaché à prouver que le suc gastrique se borne à faire subir aux matières protéiques ou albuminoïdes un simple ramollissement qui leur permet de se diviser par l'effet des agents mécaniques les moins énergiques. Il se propose, dans le nouveau travail, de faire connaître un fait qui lui paraît de nature à jeter quelque jour sur la modification chimique sous l'influence de laquelle ces matières perdent ainsi leur cohésion.

On sait que, si le suc gastrique est constamment acide, cette acidité est très faible, et que, sans l'espèce de ferment auquel ce fluide est redevable de sa vertu spécifique, son principe acide, quelle qu'en soit, du reste, la nature, resterait complétement inerte en présence des matières azotées qui font partie des aliments. Toutefois M. Blondlot a examiné, à un autre point de vue, l'action que produiraient sur ces matières les acides beaucoup plus concentrés.

A cet effet, il a introduit différentes de ces substances, telles que de la viande cuite ou crue, plusieurs tissus organiques, de l'albumine durcie par la chaleur, dans des tubes fermés par un bout, avec de l'eau aiguisée d'un dixième environ d'acide sulfurique ordinaire, en ayant la précaution d'agiter de temps à autre. Sous l'influence d'une température de 40 degrés, au bout de vingt à vingt-quatre heures, ces substances avaient subi un ramollissement semblable à celui qu'on obtient au moyen du suc gastrique. Les autres acides inorganiques déterminent aussi le même phénomène, mais avec moins d'énergie. Quant aux acides organiques, ils n'amènent un ramollissement semblable qu'à une température supérieure à 40 degrés. Du reste, quel que soit l'acide mis en usage, la matière conserve toutes ses apparences extérieures.

Ces faits, ajoute M. Blondlot, démontrent l'exactitude d'un rapprochement, déjà indiqué depuis longtemps par M. Dumas, entre le ferment gastrique (gastérase de certains auteurs) et la diastase proprement dite, en ce sens que l'action spéciale déployée par chacun de ces ferments peut aussi être produite artificiellement par des agents chimiques identiques, à savoir les acides étendus. Or, comme la molécule amylacée ne fait que s'approprier les éléments de l'eau, lorsqu'on fait agir sur elle, soit les acides, soit la diastase, l'induction la plus légitime conduit, ce me semble, à admettre que la molécule protéique qui subit les mêmes influences ne fait aussi que s'hydrater : seulement, de part et d'autre, le résultat de cette hydratation est loin d'être identique; puisque la fixation de l'eau sur l'amidon a pour effet une véritable métamorphose, par suite de laquelle il se convertit en sucre, tandis que l'introduction de l'eau dans la molécule protéique se borne à une simple diminution de cohésion.

A l'appui de cette théorie, je ferai remarquer encore que si l'on dessèche préalablement à 100 degrés les matières protéiques, elles se montrent complétement réfractaires à l'action du suc gastrique et des acides étendus, comme si un certain degré d'hydratation naturelle était indispensable pour que la matière albuminoïde puisse se combiner au surcroît d'eau qui en opère le ramollissement.

En résumé, si ces idées sont justes, le principe organique qui caractérise le suc gastrique serait donc une espèce particulière de diastase (que je proposerais de désigner sous le nom d'*hydrase*), et la modification qu'il fait subir aux matières azotées consisterait dans une simple hydratation, ce qui expliquerait comment, tout en conservant leur aspect et sans changer essentiellement de nature, ces matières subissent si facilement la désagrégation qui les convertit en chyme. (*Comm.* : MM. Beau, Delafond, Bérard).

CHIMIE MÉDICALE. — M. L. *Vézu*, pharmacien à Lyon, donne lecture d'un *mémoire sur la solubilité du fer et du protoxyde gélatineux dans l'huile de foie de morue et dans les huiles fixes*. — L'auteur a résumé son travail dans des conclusions dont voici les principales : 1° Le fer métallique et le protoxyde de fer gélatineux se dissolvent à froid dans l'huile de foie de morue. 2° L'eau est indispensable, dans presque tous les cas, pour favoriser la dissolution, excepté avec le fer réduit par l'hydrogène, dont la réaction se fait sans le concours de cet auxiliaire. 3° L'huile d'amandes douces se combine aussi avec le fer, qui la colore en rouge acajou. 4° Les huiles d'olive, d'œillette et de ricin, etc., dissolvent le fer sans changer notablement de couleur. 5° L'oxyde de fer se combine avec d'autant plus de facilité qu'il est récemment préparé, humide, et qu'il n'a pas subi le contact de l'air. (*Comm.* : MM. Gibert, Jolly, Guibourt.)

MÉDECINE. — M. le docteur *Ménière* lit un *mémoire sur l'auscultation appliquée aux maladies de l'oreille*. L'auteur étudie d'abord le mécanisme de l'entrée de l'air dans la caisse du tympan. Il a pu s'assurer directement, en observant la membrane tympanique d'individus auxquels il faisait faire de profondes inspirations et expirations alternatives, que les mouvements respiratoires n'ont aucune influence sur le phénomène. La pénétration de l'air dans l'oreille moyenne est sous la dépendance des contractions de la partie supérieure du pharynx, dans cette réunion de mouvements qui constituent la déglutition. En effet, quand le sujet observé exécute un mouvement de déglutition, l'air arrivant en plus grande abondance dans l'oreille moyenne, heurte la membrane du tympan, et la pousse en avant, de manière à détruire la faible concavité qu'elle présente habituellement en dehors. De plus, la trompe d'Eustache éprouve, en même temps, un mouvement alternatif d'abaissement et d'élévation, dont l'auteur s'est aperçu, pour la première fois, en pratiquant le cathétérisme de la trompe chez une malade dont une large perforation des fosses nasales permettait de voir à nu le fond du pharynx. M. Ménière évalue l'étendue de ce mouvement à plus de 2 centimètres.

Non content de ce premier fait, M. Ménière fit contracter le pharynx pendant que la sonde était dans la trompe; et aussitôt il observa le mouvement alternatif d'élévation et d'abaissement. Il n'était plus permis de douter que les muscles du pharynx ne fissent mouvoir la portion cartilagineuse de la trompe d'Eustache.

Or, au moment où le mouvement de la trompe, pendant la déglutition, détermine l'entrée, dans ce conduit, d'une bulle d'air, l'oreille, appliquée sur le côté mis en expérience, permet de percevoir un bruit de cliquetis très caractéristique. C'est parce que la membrane muqueuse de la trompe est tuméfiée, dans certaines maladies, que les temps de la déglutition, habituellement confondus, sont plus longs et plus distincts, plus d'efforts étant nécessaires pour faire arriver dans la caisse l'air sans lequel il y a surdité immédiate.

Ce fait physiologique établi, l'auteur en tire des conséquences. Il déclare d'abord que, dans les mouvements normaux de la respiration, l'oreille la mieux exercée ne perçoit aucun bruit dans l'oreille moyenne. Si ces mouvements sont exagérés, on entend seulement un bruit explosif et un léger cliquetis. De même, dans l'état pathologique, quel que soit le genre de lésion de l'appareil auditif, jamais les actes successifs d'inspiration et d'expiration ne produisent, dans la cavité du tympan, des bruits particuliers à cet organe. On n'entend jamais que l'écho affaibli des bruits qui se passent dans le thorax. Les perforations de la membrane du tympan ne donnent pas lieu elles-mêmes à ces bruits anormaux, et ce n'est que quand le malade fait une expiration forcée, le nez et la bouche étant fermés, qu'on peut entendre sortir des bulles d'air à travers cette ouverture accidentelle.

La position de la fistule du tympan, son volume et sa forme, influent beaucoup sur l'espèce de bruit que l'air fait en entrant dans la caisse. Souvent ce bruit existe au niveau de l'orifice tympanique de la trompe; et les signes particuliers qu'il peut fournir à l'observateur exercé forment une partie importante de la séméiologie des affections de l'oreille, dont l'auteur d'une communication, faite au mois d'octobre 1856 à l'Institut, n'a tenu aucun compte.

En résumé : 1° L'inspiration et l'expiration n'exercent aucune influence appréciable sur l'air contenu dans la cavité du tympan.

2° L'air, qui circule dans le haut du pharynx, ne peut traverser la trompe, pour pénétrer dans la caisse, qu'à l'aide d'un mouvement de déglutition.

3° L'arrivée du bol aérien dans la caisse trouve un auxiliaire puissant dans les oscillations de la trompe d'Eustache.

4° La fonction respiratoire, à l'état normal, ne peut fournir aucun signe diagnostique des maladies de l'oreille moyenne.

5° Ces signes ne deviennent évidents que par suite des mouvements de déglutition, ou quand une forte expiration, le nez et la bouche fermés, pousse l'air dans la caisse.

6° *Les bruits* respiratoires nasaux ou pharyngiens sont perçus à l'*auscultation des* parties latérales de la tête; mais ils n'ont pas de valeur comme signes d'une affection quelconque de l'oreille. (Comm. : MM Louis, Londe et Bérard.)

La séance est levée à cinq heures.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement de la syphilis par les eaux minérales, par M. le docteur Lambron.

Des observations de Théophile et François de Bordeu, Anglada, Fontan, Dassier, James, Astrié, Pégot, et des nôtres, découlent, dit l'auteur, les conclusions pratiques suivantes (1) :

1° Les eaux thermales sulfureuses n'ont rien de spécifique : elles ne sont pas antisyphilitiques dans la rigoureuse acception de ce mot ; mais elles ont une action très réelle et très importante pour aider la cure des maladies vénériennes.

2° Leur action générale est d'exciter, d'accroître ou tout au moins d'entretenir les accidents syphilitiques tout le temps qu'elles sont administrées, excepté dans un cas dont nous spécifierons plus bas les conditions.

Suivant ce mode d'action, elles paraissent s'adresser à un ferment dont l'économie sera imprégné et donneraient donc gain de cause à l'opinion qui attribue les accidents constitutionnels de la syphilis à un virus répandu dans tous nos tissus plutôt qu'à l'opinion qui les fait provenir d'une diathèse vénérienne, autrement dire d'une modification générale spécifique de l'organisme.

3° Elles ne conviennent pas dans la période aiguë des accidents *primitifs :* elles augmenteraient l'état inflammatoire ; mais, administrées après la période d'augment, elles en favorisent la guérison.

L'expérience reste à faire pour savoir si les eaux appliquées ainsi au début de la syphilis préviendraient l'infection générale, soit par elles-mêmes, soit en donnant au mercure une vertu que seul il n'a pas dans la pratique ordinaire. Leurs heureux effets dans les cachexies, dans les diathèses scrofuleuses et lymphatiques, en un mot, dans tous les appauvrissements de l'organisme, donnant la certitude, *à priori*, qu'elles préviendraient le phagédénisme.

4° Appliquées à des accidents successifs (chancre induré et bubon mixte), elles abrègent la période d'incubation et hâtent la manifestation des accidents constitutionnels sur la peau et les muqueuses.

Appliquées à des accidents secondaires ou tertiaires apparents, elles les développent, ou tout au moins les entretiennent durant tout le temps qu'elles sont administrées. Si l'on suspend le traitement hydrothermal, ces accidents, n'étant plus avivés sans cesse, diminuent et pâlissent, pour reparaître et parfois s'accroître lorsqu'on reprend les bains. Tels sont les effets les plus ordinaires et les plus constants des eaux sulfureuses. Si, dans quelques cas très rares, on a vu des accidents de syphilis constitutionnelle diminuer et même disparaître par l'emploi des eaux seules, on a pu constater que ces effets se produisaient chez des sujets qui, antérieurement au traitement thermal, avaient pris, pendant longtemps et avec une certaine régularité, des préparations mercurielles en quantité notable (15 à 20 grammes, par exemple). Or, dans ces cas, ne semble-t-il pas certain que le mercure, qui traverse avec tant de peine certains organes parenchymateux, s'était arrêté en assez grande proportion dans la trame organique, faits expérimentalement constatés par MM. Orfila et Flandin, et que les eaux n'ont paru avoir *seules* des effets curatifs que parce qu'elles ont rendu à ces composés albumino-hydrargyriques la fluidité qui leur manquait pour continuer et achever la guérison, qu'ils étaient originairement capables de produire, s'ils ne s'étaient ainsi arrêtés dans un organisme dont les forces vitales étaient appauvries et par la maladie et par le remède lui-même.

5° Elles sont très efficaces pour remédier aux cachexies syphilitiques et faciliter la cure de la syphilis chez des sujets lymphatiques ou scrofuleux en améliorant leur tempérament. Le sulfite et l'hyposulfite de soude, doués de la propriété de conserver aux globules sanguins leurs formes et leurs propriétés, semblent jouer, dans ces complications morbides, le rôle important de la reconstitution de l'élément globulaire. L'état général une fois amélioré, la syphilis subit, comme dans les cas simples, l'action ordinaire des eaux ; les accidents s'avivent ou simplement persistent si le malade n'a pas fait ou n'a fait que des traitements insuffisants ; ils peuvent disparaître, cas jusqu'ici fort rares, et une véritable guérison peut se produire, si le contaminé a conservé dans la trame de ses organes une suffisante quantité de mercure pris antérieurement à dose capable d'éteindre le mal.

6° Les eaux permettent de distinguer les affections syphilitiques des maladies herpétiques simples. Dans les premiers jours du traitement hydrothermal, les unes et les autres prennent une activité, un accroissement marqués ; mais bientôt les affections herpétiques simples subissent l'action curative, et pour ainsi dire spécifique, des composés soufrés : elles diminuent, et se trouvent notablement

(1) Si nous n'avions pas eu pour but de ne parler dans ce travail que des eaux sulfureuses des Pyrénées, nous aurions pu appuyer ces conclusions des travaux du docteur [illegible]mès (de Lyon) ; du docteur V. Gerdy, inspecteur des eaux d'Uriage ; du docteur [illegible] d'Epine, inspecteur des eaux d'Aix-en-Savoie ; du docteur F. Vidal, membre de la commission d'inspection de ces derniers thermes ; du docteur Chevalier, inspecteur des eaux de Bagnols-les-Bains, près Mende (Lozère) ; du docteur Veyrat, médecin des eaux de Challes-en-Savoie, etc.

transformées, si même elles ne sont guéries, après une trentaine de bains. Les affections vénériennes, au contraire, persistent, parfois même s'aggravent. Une affection cutanée, de nature incertaine, peut donc être caractérisée suivant la manière dont elle sera influencée par nos eaux. Par suite, on devra suspecter l'origine de toute affection cutanée ou muqueuse qui, après un certain nombre de bains, ne s'amende pas ou reste stationnaire, à plus forte raison si elle a de la tendance à s'accroître. Il faut reconnaître cependant qu'il est certaines maladies cutanées dites *sèches*, le *psoriasis invétéré*, le *lichen agrius* entre autres, qui, par leur disposition à résister à la médication thermale, apporteront quelque difficulté pour établir cette distinction. Quoi qu'il en soit, il sera rare qu'une certaine amélioration et une étude approfondie des phases des diverses éruptions cutanées ne permettent pas d'établir le diagnostic et de mettre à profit, s'il y a lieu, le traitement spécifique.

7° Elles sont les adjuvants les plus puissants des spécifiques (mercure et iodure de potassium); elles leur donnent une action curative bien plus grande. Chez certains sujets qui ne pouvaient tolérer les préparations mercurielles, elles enlèvent à ces remèdes leurs influences morbides, pour ne leur laisser que leur action spécifique et réparatrice.

8° Il n'est pas de meilleure *pierre de touche* : 1° pour caractériser une syphilis *larvée*, c'est-à-dire une syphilis qui ne se présente pas avec des caractères nets et tranchés, qui prend au contraire la physionomie d'une affection d'une autre nature ; 2° pour déceler une vérole *latente*, pour la forcer à apparaître quand elle eût pu sommeiller durant encore de longues années. Une fois l'affection caractérisée ou démontrée, les eaux sont encore utiles en ce qu'elles prêteront leur précieux concours au traitement spécifique, devenu nécessaire à la cure.

9° Puisque les eaux permettent de distinguer si une affection de la peau ou des muqueuses est de nature herpétique ou syphilitique ; puisqu'elles font caractériser les syphilis *larvées*, et apparaître les syphilis *latentes*, il suit naturellement, comme conséquence de ces diverses actions, qu'elles sont aptes à démontrer si la guérison du sujet jadis contaminé est réelle ou seulement apparente. En effet, s'il porte quelque symptôme douteux, les eaux en fixeront la valeur ; si son traitement a été incomplet ou insuffisant, s'il est guéri en apparence, les eaux feront paraître la syphilis restée latente. Jusqu'ici il est sans exemple que les individus, chez lesquels semblable épreuve n'a rien décelé, aient offert plus tard des retours de la primitive infection. Il y a donc lieu de croire à la vertu des eaux sulfureuses pour garantir la réalité d'une guérison.

10° Les eaux n'augmentent pas seulement l'action des mercuriaux : elles préviennent leurs accidents, elles guérissent ceux qu'ils ont produits, et jusqu'à la cachexie mercurielle, ce degré extrême des altérations causées par ces médicaments.

Ainsi, pendant le traitement hydrothermal, la salivation apportée aux eaux se tarit bientôt, et on ne la voit point se produire tout le temps de l'usage stimulant de ces deux agents thérapeutiques ; on peut donner les spécifiques à assez forte dose sans observer les phénomènes dus à l'accumulation de ces remèdes dans l'économie, etc...., Cependant, cette règle n'est pas absolue, car on remarque parfois de véritables stomatites mercurielles, quoique sans salivation ; on voit aussi, et même le plus souvent, les préparations hydrargyriques produire leur action irritante et purgative sur les intestins. Seulement, en cessant les mercuriaux, les eaux ne tardent pas à faire disparaître jusqu'aux moindres traces de ces divers accidents, et l'on peut reprendre les spécifiques sans en avoir plus rien à redouter. L'iodure de potassium produit rarement les accidents de l'iodisme.

11° Suivant les données les plus récentes de la chimie et d'ingénieuses expériences physiologiques, les eaux, par leur sulfure et surtout par leurs sulfites et hyposulfites, auraient la propriété de former, avec les composés chloro-albumino-hydrargyriques arrêtés dans nos tissus, des *sulfures solubles* ; de sorte que ces dépôts mercuriels, rendus ainsi plus fluides, sortiraient de la trame organique, seraient repris par la circulation et portés aux émonctoires cutanés, urinaires et muqueux, qui, activés par les eaux, les élimineraient assez rapidement avec les produits de leurs sécrétions respectives.

12° Les eaux réussissent assez généralement à guérir les blennorrhagies passées à l'état chronique. Elles tarissent les vieux écoulements, la goutte militaire, en ramenant un état plus ou moins aigu, suivi à peu près d'une disparition complète. Elles font reparaître des gonorrhées guéries en apparence depuis un temps plus ou moins long, puis les guérissent plus radicalement. E[illegible] effets non moins réels et profonds sur les accidents succ[illegible] métastatiques de la blennorrhagie ; mais elles paraissent [illegible] santes à tarir les écoulements purement séreux qui semble[illegible] les produits physiologiques exagérés de la sécrétion de la membrane muqueuse uréthrale ou de la prostate surexcitées. La action curative dans les accidents locaux et éloignés de la blennorrhagie établit une ligne de démarcation complète entre la syph[illegible] la blennorrhagie ; mais le mode suivant lequel elles agissent et [illegible] propriété de ramener des gonorrhées mal guéries, quoique [illegible] rues souvent depuis des années, tendent à démontrer que la blennorrhagie n'est pas un simple catarrhe, mais qu'elle est due, [illegible] que ses suites, à un virus spécial. (*Union médicale*. Trav[illegible] la *Société d'hydrologie*.)

Rapport médical sur un cas de simulation de folie, [illegible] M. le docteur *Morel*, médecin en chef de l'asile des aliénés [illegible] Saint-Yon (Seine-Inférieure).

En analysant, il y a quelques mois un intéressant mém[illegible] M. Snell sur la simulation de la folie, nous avons essayé [illegible] de quelques remarques ajoutées à celles de notre confrère, [illegible] ciser les moyens propres à faire découvrir la fraude. Ce po[illegible] laisse encore beaucoup à désirer, ne pourra, disions-nous, [illegible] suffisamment éclairci que lorsque, par le rapprochement [illegible] masse imposante de faits particuliers, on aura épuisé, en [illegible] sorte, la liste des stratagèmes mis en usage.

Le cas suivant, dans lequel la ruse a été déjouée, [illegible] opportunément prêter appui à ceux du médecin allemand, [illegible] trant une heureuse application des principes par lui énoncés.

Dérozier, âgé de quarante et un ans, est un marchand [illegible] qui paraît s'être créé la spécialité des vols d'église. L'a[illegible] lui en reproche douze, commis dans autant d'endroits [illegible] des arrondissements de Dieppe, Neufchâtel, les Andelys, [illegible] Beauvais.

Tout d'abord il en confesse trois avec les détails les p[illegible] constanciés, et nomme son complice, un certain *Chapo*[illegible] pas été retrouvé. Quelques jours après, les 1er et 5 février [illegible] il réitère ses aveux avec une lucidité en apparence parfaite [illegible] à partir du 12 mars, changeant de système, ou il garde un [illegible] silence, ou il n'articule que des réponses insensées, accomp[illegible] de gestes d'insouciance ou de bravade. En même temps [illegible] dans la prison, en paroles et en actions, à toutes sortes d'extravagances.

La folie est-elle réelle ou feinte? Ce problème, soumis [illegible] docteur Caron, médecin de la prison de Neufchâtel, est résolu [illegible] mativement dans un rapport du 9 mai. Ce rapport se fonde principalement sur une *idée fixe d'évasion justifiée par une ten*[illegible] Plus tard, le 22 juillet, M. Morel est chargé par M. de Ram[illegible] président des assises, d'examiner l'inculpé et d'émettre [illegible] sur son état mental.

Avant de faire connaître les conclusions de notre savant [illegible] lègue, rassemblons, dans un court résumé, les particularités [illegible] servi de base à son jugement.

Dans quatre examens successifs, du 22 juillet au 2 août, Dérozier s'est montré invariablement le même. Il affecte un mouvement de balancement latéral, et un perpétuel clignotement des paupières. Il s'assoit si on le lui commande ; mais, ne pouvant [illegible] en place, il quitte et reprend sa chaise, jette un regard furtif [illegible] les coins de la chambre, marche avec précaution, tourne sur lui-même, et semble être en proie à des sentiments de crainte et de défiance. « *On veut lui faire du mal, lui jouer quelque mauvais* [illegible]

Chapoteau, son cauchemar, lui a volé 35 millions, et doit être fusillé. Pour qu'il se décide à manger, il faut qu'un gardien déguste les mets qu'il suspecte. Parfois il arrache à ses camarades de détention le pain qu'ils portent à la bouche. Si on lui présente un chat, dont il semble avoir une terreur instinctive, il s'exaspère et frappe. Prononce-t-on le nom de Quatremares, il pirouette et s'écrie : *Je ne suis pas fou, les fous ne tournent pas.* Dans le jour, retiré à l'écart, n'adressant la parole à personne, il ramasse des fétus, des plumes ou d'autres ordures qu'il fourre dans sa poche ou attache à sa coiffure.

Une chose dont se préoccupe avec raison M. Morel, c'est l'état des fonctions. Chez Dérozier, la santé est normale. Il n'y a ni chaleur à la peau, ni fièvre, ni insomnie, ni souffrance, ni insensibilité, ni faiblesse. Une légère trémulation faciale, jointe à l'expression de *millions*, pourrait seule faire naître l'idée d'une paralysie générale au début; mais ce signe, naturel chez beaucoup d'individus, et commun à la suite des abus alcooliques, reste sans signification par son isolement et son contraste avec les autres symptômes.

Quant au caractère des réponses, généralement hésitantes et tardives, en voici un spécimen : Quel est votre âge? — *245 francs 35 centimes, 124 voitures pour faire aller ça... je n'étais pas riche, je n'avais que cela.* A la même demande, réitérée énergiquement : *5 mètres 75 centimètres.*

Y a-t-il longtemps que vous avez la tête dérangée? — *Des chats, toujours des chats;* puis, pirouettant à trois ou quatre reprises : *Je ne suis pas fou, les fous ne tournent pas.*

Avez-vous une famille, des frères, des sœurs, des enfants? — *J'en ai fourni beaucoup de coupons, des bas de soie; j'avais une fabrique, 25 millions, Chapoteau m'a volé tout cela.*

Où êtes-vous ici? — *A Saint-Joseph.* — *Dans la maison du diable...*

Quel jour de la semaine sommes-nous? — *Lundi, jeudi, vendredi,* au hasard.

Dans quelle saison sommes-nous? — *En janvier.* Et regardant par la fenêtre : *Tiens, on dirait qu'il fait chaud.*

Où avez-vous connu Chapoteau? — *C'est un juif, un brigand, un assassin. Il a voulu m'empoisonner, j'ai mis mes pieds dans la rivière.*

Dormez-vous? — *Je ne puis me plaindre; il y a trop de chats.*

Mais Chapoteau le juif, l'assassin, le voyez-vous? l'entendez-vous? — *Il a un habit vert; on fait bien la faction la nuit.*

Après cet interrogatoire, M. Morel, voulant s'assurer si Dérozier mettrait la même incohérence dans ses actes que dans ses paroles, le prie d'écrire à son père, qu'il dit être à Beauvais. Prenant la plume qu'on lui présente, l'inculpé demande s'il doit s'en servir de la main droite ou de la main gauche, et, alternant rapidement de l'une à l'autre, il trace dans toutes sortes de directions des mots plus ou moins lisibles, mais sans suite.

On lui prescrit de lire; il tourne le livre à l'envers et débite, au lieu du texte, sa phraséologie ordinaire. En quittant la chambre pour retourner dans la cour, il fait ses pirouettes habituelles, prend le chapeau de M. Morel, qu'il met par-dessus son bonnet, s'empare de son livre et lui offre une poignée de main, en lui disant, comme à une ancienne connaissance : « *Comment cela va-t-il depuis que je ne vous ai vu à Beauvais?*

En présence de ces faits, la première impression de M. Morel fut un soupçon grave de simulation. Dérozier n'avait ni les allures, ni la physionomie, ni le langage d'un véritable aliéné. Tous ses mouvements étaient ridiculement affectés. Son regard, craignant d'en rencontrer un autre, dénotait le calcul. On ne voit guère de malades qui toujours et comme systématiquement font des réponses étranges et sans aucun rapport avec l'objet des demandes. On ne découvrait chez Dérozier aucun dérangement physique. Et, d'ailleurs, le tableau des symptômes n'avait de concordance avec aucune des formes connues de l'aliénation mentale. Il ne représentait ni la divagation générale de la manie, ni la préoccupation fixe du délire systématisé, ni la débilité de la démence, ni les anxiétés de l'aberration sensoriale, ni l'engourdissement de la stupidité. La paralysie générale elle-même, compatible avec un entretien plus ou moins suivi, ne saurait être caractérisée par cette unique énonciation de 25 millions, produite évidemment à dessein, et bien en dehors de ce sentiment béat qui distingue ces sortes de manifestations ambitieuses chez les paralytiques.

En vertu de ces considérations, M. Morel n'hésita pas à déclarer que Dérozier simulait la folie.

Ce jugement, toutefois, ne fut pas accueilli sans quelques rumeurs d'incrédulité. Par ordre de M. le président des assises, et après de nouvelles constatations, M. Morel dut faire un second rapport. Durant cette période, un revirement s'était opéré dans l'attitude du prévenu. Moins revêche et plus communicatif, il causait volontiers et mangeait sans exiger cette garantie de préservation que les fous ne songent point à réclamer. Mais ses réponses ne sont pas moins excentriques et contre nature. Fait-il jour, lui demande-t-on? — *Il fait nuit.* Quel âge avez-vous? — *Je suis roi de Beauvais.* Donnez la main droite? — *Il donne la gauche.* Donnez la main gauche? — *Il donne la droite.* S'il joue aux dames, on voit qu'il connaît le jeu; mais un gardien s'avance-t-il, il pousse les pions au hasard.

De telles anomalies ne s'observent jamais dans une maladie mentale en voie d'amélioration. A moins d'une transition vers la démence, qui n'est point ici le cas, le progrès dans la rectitude du langage suit le retour du calme. Loin donc de revenir sur sa première opinion, M. Morel ne trouvait là qu'une raison flagrante d'y persévérer. Ses nouvelles conclusions furent les mêmes que les premières, et M. Caron s'y rallia au jour de l'audience, le 4 novembre.

De son côté, le jury, les ayant acceptées, rendit, sans circonstances atténuantes, un verdict de culpabilité, par suite duquel Dérozier fut condamné à vingt ans de travaux forcés.

Or, le lendemain, on pouvait lire en toutes lettres, dans le journal de Rouen, le curieux épisode des efforts que le simulateur, dont l'intelligence n'est pas vulgaire, confessait avoir soutenus pour faire triompher sa ruse; aveu précieux, aussi rassurant pour le médecin expert qu'honorable pour la science.

Dans son travail, notre excellent ami, avec une bienveillance dont je suis heureux de le remercier, a daigné invoquer mon faible témoignage. Étant, en effet, à Rouen vers la fin de septembre, M. Vingtrinier, médecin des prisons de cette ville, désira me faire visiter Dérozier, dont l'état douteux suscitait l'émotion générale. Je l'examinai avec soin, et ne tardai pas à me convaincre des contradictions si bien appréciées par M. Morel, et dont l'instinct de l'expérience eût suffi d'avance pour m'avertir. Le fou reflète un cachet qu'un œil exercé manque rarement de saisir. Ce qui fixa surtout mon attention, c'est la manière caractéristique dont se produisaient les réponses, quelquefois immédiates, et plus souvent lentes, retardées ou nulles, suivant qu'elles avaient pu non-seulement être combinées, mais soumises à un contrôle plus ou moins rapide.

Dérozier, pendant toute la durée de l'enquête médicale, a été maintenu en prison. M. Morel fait, à ce sujet, judicieusement observer combien, dans ces conditions, l'expertise rencontre de difficultés. Un asile d'aliénés permet seul un examen calme, continu, comparé. Là aussi peuvent s'appliquer utilement les moyens d'intimidation et de traitement, l'épreuve du travail, et les rigueurs d'une surveillance de jour et de nuit, qui, à part le bien-être de l'inculpé, font souvent jaillir sur la situation de ses facultés des clartés inattendues. Dans la Meurthe, M. Morel avait obtenu de faire transférer à Maréville tous les prisonniers légalement suspectés de folie. Il est à souhaiter que ce système prévale dans toutes les localités. (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1857.)

V.

VARIÉTÉS.

— La *Société médicale des hôpitaux de Paris* a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau et de ses comités pour l'année 1857-1858. M. Legroux a été nommé *président*, et M. Barth, *vice-*

président; M. Roger (Henri) a été réélu *secrétaire général;* ont été pareillement réélus : *secrétaires particuliers*, MM. Moutard-Martin et Woillez; *trésorier*, M. Labric.

Ont été nommés, pour le *conseil d'administration*, MM. Beau, Blache, Bouvier, Moissenet et Vernois ; pour le *conseil de famille*, MM. Guérard, Gilette, Guillot (Natalis), Hervez de Chégoin et Trélat ; pour le *comité de publication*, MM. Béhier, Labric, Moutard-Martin, H. Roger et Woillez.

La *Société médicale des hôpitaux* se compose de membres titulaires, de correspondants et d'associés. Sont admis, comme *membres titulaires*, les médecins des hôpitaux civils et les pharmaciens en chef; les médecins en chef des hôpitaux militaires, sur leur demande écrite et après lecture d'un mémoire original inédit. Sont admis, à ces mêmes conditions et en acquittant un droit de diplôme, comme *correspondants*, les chefs de service d'un hôpital civil ou militaire en province ou à l'étranger ; et comme membres *associés*, les docteurs en médecine résidant à Paris.

Les séances sont publiques : elles ont lieu au grand amphithéâtre de l'administration des hôpitaux, les 2[e] et 4[e] mercredis de chaque mois.

La Société a proposé un prix de la valeur de *quinze cents francs*, à décerner en 1858 à l'auteur du meilleur mémoire sur cette question : *Des congestions sanguines dans les fièvres*. Les mémoires devront être adressés au Secrétaire général de la Société, 15, boulevard de la Madeleine, avant le 31 décembre 1857.

— Le docteur Laugier, second chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu de Toulon, vient de succomber, jeune encore, à une longue maladie.

— M. le docteur Charles Clément, médecin honoraire des hôpitaux civils de Paris, est décédé le 5 courant, à son domicile, quai de la Tournelle, 27.

— La *Gazette médicale* des États sardes annonce la mort de M. Louis Gallo, médecin à l'hôpital Saint-Jean de Turin, et de M. le docteur Bernard Bertini, syndic attaché à la ville de Turin.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VI.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

CLINIQUE HYDROTHÉRAPIQUE DE BELLEVUE ; recherches et observations sur les maladies chroniques, par le docteur *Louis Fleury*. Fascicule III. In-8° de 80 pages. Paris, Labé. 2 fr. 50

CONCLUSIONS STATISTIQUES CONTRE LES DÉTRACTEURS DE LA VACCINE, précédées d'un essai sur la méthode statistique appliquée à l'étude de l'homme, par le docteur *Bertillon*. 1 vol. in-18 de 233 pages. Paris, Victor Masson. 3 fr.

DE LA CURE RADICALE DE LA TUMEUR ET DE LA FISTULE DU SAC LACRYMAL, par le docteur *Magne*. 2[e] édit., in-8° de 50 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils.

DE LA PROSTITUTION DANS LA VILLE DE PARIS, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration. Ouvrage appuyé de documents statistiques puisés dans les Archives de la Préfecture de police, par *A.-J.-B. Parent-Duchatelet*. 3[e] édition complétée par des documents nouveaux et des notes, par *A. Trébuchet* et *Poirat-Duval;* suivie d'un précis sur la prostitution dans les principales villes d'Europe. 2 vol. in-8°, ensemble de XXIV-1624 pages, avec 1 portrait et 2 cartes. Paris, J.-B. Baillière et fils. 18 fr.

DU TABAC, de son usage, de ses effets médiats ou immédiats sur l'économie et de son influence sociale, par le docteur *Fiévée de Jeumont*. 1 vol. in-16 de 63 pages Paris, Truchy. 1 fr.

GUIDE POUR L'ANALYSE CHIMIQUE à l'usage des médecins, des pharmaciens et des étudiants en chimie et minéralogie, par le docteur *Henry Will*, traduit d'après la 3[e] édition allemande, par *Jean Risler*. 1 vol. in-8° de 188 pages. Paris. Labé. 3 fr. 50

LA DIATHÈSE TYPHOÏDE DU CHEVAL, par *A. Sanson*. 1 vol. in-8° de 100 pages. Paris Labé. 1 fr. 50

LA REVUE PHARMACEUTIQUE DE 1856, supplément à l'Officine pour 1857, par M. *Dorvault*. Grand in-8° de 95 pages et 2 tableaux. Paris, Labé. 2 fr.

RECHERCHES SUR LA COMPOSITION CHIMIQUE DE L'EAU MINÉRALE DE NEYRAC (Ardèche), par M. *Lefort*. 1 vol. in-8° de 60 pages. Paris, Germer Baillière. 1 fr. 50

TRAITÉ DE LA SCIENCE DE DIEU ou découverte des causes premières, ouvrage révélant le grand mystère de l'électricité et du magnétisme ; celui de la pile omnipuissante et intarissable; et les lois éternelles de la physiologie générale ; et constituant la galvano-plastique daguerrienne universelle, par *Pierre Roux*. 1 vol. grand in-18 de 432 pages. Paris, Victor Masson. 4 fr. 50

TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE, par le docteur *F.-A. Longet*. Tome I, 2[e] partie, demi-fascicule contenant la DIGESTION. Grand in-8° de 284 pages.

Le complément de ce fascicule paraîtra à la fin de 1857 et comprendra l'*absorption*, la *circulation*, la *respiration*, la *chaleur animale*, les *sécrétions*, la *nutrition*.

L'ouvrage sera terminé en 1858 par la publication du fascicule I, spécialement consacré aux prolégomènes.

TRAITÉ DE PHARMACIE THÉORIQUE ET PRATIQUE, par le professeur *E. Soubeiran*. 5[e] édit., t. I[er] ; in-8° de IV-796 pages, avec figures. Paris, Victor Masson. — Le tome II[e] paraîtra dans le mois de mai. Prix de l'ouvrage complet. 17 fr.

TRAITÉ PRATIQUE D'ANATOMIE CHIRURGICALE, par le docteur *A. Richet*. 2[e] partie, pages 427 à 1026, grand in-8° avec 31 figures dans le texte. Paris, Chamerot. Prix du volume complet. 11 fr.

ZUR BALNEOTHERAPIE CHRONISCHER KRANKHEITEN MIT BESONDERER RÜCKSICHT AUF DIE KURZEIT IN 1856 IN KARLSBAD, par le docteur *L. Fleckles*. In-4° de 18 pages. Leipzig, F. Fleischer.

ON THE MORE IMPORTANT DISORDERS OF FEMALES AND CHILDREN (Sur les maladies les plus importantes des femmes et des enfants), par *G.-R. Rowe*. In-12. Londres, chez Churchill. 6 fr. 25

Thèses de concours pour l'agrégation en médecine.

DE L'EXPECTATION EN MÉDECINE, par *Charcot*. 1 vol. in-8° de 55 pages. Paris, Germer Baillière. 1 fr. 25

DE L'EXPÉRIMENTATION EN MÉDECINE, par *Hérard*. 1 vol. in-8° de 50 pages. Paris, Labé. 1 fr. 50

DE L'INCUBATION DES MALADIES, par *S. Empis*. 1 vol. in-4° de 68 pages. Paris, impr. de Lahure. 1 fr. 50

DES CONDITIONS PATHOGÉNIQUES ET DE LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE L'ALBUMINURIE, par *H. Montanier*. Paris, Labé. 1 fr. 50

DES DIATHÈSES, par *Racle*. 1 vol. in-4° de 64 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr.

DES INFLUENCES NOSOCOMIALES, par *Axenfeld*. 1 vol. in-8° de 51 pages. Paris, impr. de Malteste.

DES MÉTASTASES, par *Tholozan*. 1 vol. in-8° de 124 pages. Paris, Delahaye et Chatel. 2 fr.

DES PARALYSIES SANS LÉSIONS ORGANIQUES APPRÉCIABLES, par *Bernier*. 1 vol. in-8° de 88 pages. Paris, Labé. 1 fr. 75

DU RÉGIME DANS LES MALADIES AIGUES, par *P. Lorain*, 1 vol. in-4° de 76 pages Paris, Chamerot. 2 fr.

PARALLÈLE DE LA GOUTTE ET DU RHUMATISME, par *Chauffard*. 1 vol. in-8° de 72 pages. Paris, Victor Masson. 1 fr. 75

PARALLÈLE DU TYPHUS ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par *F. Barian*. 1 vol. in-8° de 55 pages. Paris, Delahays et Chatel. 1 fr. 25

Thèses de concours pour l'agrégation en chirurgie.

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL, par le docteur *Desrivières*. 1 vol. in-8° Paris, Labé.

DE L'ANESTHÉSIE APPLIQUÉE A L'ART DES ACCOUCHEMENTS, par le docteur *H. Bist*. 1 vol. in-8° de 70 pages. Paris, Victor Masson. 1 fr. 75

DE LA NÉCROSE CAUSÉE PAR LE PHOSPHORE, par le docteur *Trélat*. 1 vol. in-8° de 123 pages. Paris, Victor Masson. 2 fr. 50

DE L'ANUS CONTRE NATURE, par le docteur *Foucher*. 1 vol. in-8° de 188 pages, plus 2 planches. Paris, Labé.

DE LA VALEUR COMPARÉE DES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE TRAITEMENT DES FRACTURES, par le docteur *Legendre*. 1 vol. in-8° de 55 pages. Paris, Germer Baillière. 1 fr. 25

DE LA VALEUR RELATIVE DES MÉTHODES POUR LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE, par le docteur *Morel-Lavallée*. 1 vol. in-4° de 65 pages. Batignolles, Hennuyer et Comp.

DES KYSTES DES MACHOIRES, par le docteur *Duchaussoy*. 1 vol. in-8° de 84 pages Paris, Malteste et Comp.

DES KYSTES SYNOVIAUX DU POIGNET ET DE LA MAIN, par le docteur *Legouest*. 1 vol. in-8° de 135 pages. Paris, Delahayes et Chatel. 2 fr.

DES PLAIES DES VEINES, par le docteur *Ollier*. 1 vol. in-8° de 70 pages. Paris, Victor Masson. 2 fr.

DES PLAIES ET DES RUPTURES DE LA VESSIE, par le docteur *Houel*. 1 vol. in-8° de 80 pages. Paris, Germer Baillière. 2 fr.

DES PLAIES DU CŒUR, par le docteur *Jamain*. 1 vol. in-8° de 100 pages Paris, Germer Baillière. 2 fr.

DES TUBERCULES AU POINT DE VUE CHIRURGICAL, par le docteur *Bauchet*. In-8° de 122 pages. Paris, Victor Masson. 2 fr.

DES TUMEURS DE LA VOUTE PALATINE ET DU VOILE DU PALAIS, par le docteur *Fano*. 1 vol. in-8° de 90 pages, plus 2 planches. Paris, Victor Masson. 3 fr. 50

MALADIES DE LA PROSTATE, par le docteur *Béraud*. 1 vol. in-8° de 130 pages, plus 2 planches. Paris, Germer Baillière. 3 fr.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 15 MAI 1857. — N° 20.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

INSTRUCTION SUPÉRIEURE.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu le statut du 20 mars 1855 sur l'agrégation des Facultés ;

Vu l'arrêté du 7 mars 1856 par lequel un concours a été ouvert, à Paris, le 2 janvier 1857, pour neuf places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris ;

Vu la circulaire du 26 août 1856 qui a fixé la répartition de ces places entre la section de médecine proprement dite et la section de chirurgie proprement dite et d'accouchement ;

Vu l'arrêté du 7 novembre 1856 qui a fixé à quatre seulement, au lieu de cinq, les places affectées à la médecine proprement dite, et à quatre, *au lieu de trois*, les places affectées à la chirurgie proprement dite ;

Vu les procès-verbaux du jury institué pour ledit concours par les arrêtés des 28 novembre 1856 et 31 décembre de la même année, et notamment le rapport, en date du 2 mai 1857, comprenant la liste des candidats admis ;

Après avoir constaté la régularité des opérations,

ARRÊTE : Sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris et attachés en cette qualité :

A la 3e section. — *Médecine proprement dite :*

MM. Chauffard (Marie Pierre-Paul-Émile) ;
Hérard (Hippolyte-Victor) ;
Axenfeld (Alexandre) ;
Simonis-Empis (Adolphe-Georges-Gaspard-Joseph).

A la 4e section,

1° *Chirurgie proprement dite :*

MM. Duchaussoy (Auguste-Philibert) ;
Fano (Salvador) ;
Trélat (Ulysse) ;
Faucher (Jean-Timothée-Émile).

2° *Accouchements :*

M. Blot (Claude-Philibert-Hippolyte).

Cette décision ne sera définitive qu'après l'expiration du délai de dix jours accordé aux concurrents pour se pourvoir devant le ministre, conformément aux dispositions de l'article 24 du statut du 20 décembre 1855, contre les résultats dudit concours.

Fait à Paris, le 8 mai 1857. ROULAND.

FEUILLETON.

Budget professionnel. — *Caisse de retraite pour les médecins.*

On a souvent émis l'idée d'une caisse de retraite destinée à mettre à l'abri de la misère la vieillesse des médecins. Dans un livre intitulé MÉDECINE PRÉVENTIVE, OU ORGANISATION DU SERVICE SANITAIRE (1), le docteur J. Panet établit les bases d'un projet de ce genre ; et il les établit si fermement, si nettement, que nous croyons devoir détacher de son intéressante et courageuse publication le chapitre où il dresse le devis de la fondation. Il est bon d'avertir, pour l'intelligence de ces calculs, que, dans d'autres chapitres, il indique à la fois la nécessité où est le médecin, pour la satisfaction de ses besoins légitimes, de gagner 25 francs environ par jour, et les moyens d'arriver à ce chiffre d'honoraires. A. D.

Nous proposons un budget type, que nous nommerons budget professionnel. Il est utile d'en arrêter les bases, pour traiter cette question à son vrai point de vue.

Pour le présenter, nous n'imaginerons pas que tout est à faire, ni que tout est parfait ; nous prendrons les choses telles qu'elles existent, et nous calculerons en conséquence.

Comme un budget est sujet à révision et contrôle, nous n'avons pas la prétention d'établir un compte irréprochable ; mais nous nous servons des chiffres pour mieux fixer l'attention sur ce point. Car, à défaut d'un travail d'ensemble, si chaque membre du corps médical se rendait un compte exact de sa situation et de ses devoirs, on verrait les efforts individuels concourir au même but.

De nos jours, en l'an 1857, pour devenir médecin, il faut hériter ou recevoir une somme assez considérable, puisque le docteur passe par le collége et l'Académie, et qu'il doit prendre une première inscription, présenter les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences physiques. Si nous ajoutons les frais de l'École professionnelle et de premier établissement, nous aurons pour l'apprentissage une somme de 30,000 francs, soit 1000 francs par an, en moyenne.

Après l'apprentissage, vient le temps du travail. Cherchons quel est le salaire d'un médecin, quel est le produit qu'il donne. Ceci

(1) Un vol. in-12, chez Chamerot, éditeur, 13, rue du Jardinet.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 14 mai 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : RAPPORT SUR L'EMPLOI DE L'AMYLÈNE. — CAS DE MORT PAR L'AMYLÈNE. — ACADÉMIE DES SCIENCES : MODE DE PRODUCTION DE LA PARALYSIE. — SENSIBILITÉ DES TENDONS. — CAUSE DES ACCIDENTS DE L'URÉMIE. — DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS HOMŒOPATHIQUES ; JURISPRUDENCE.

A l'Académie de médecine, l'amylène a fait, mardi dernier, sa première entrée officielle sous les auspices de M. Robert, qui a lu un rapport sur une communication de M. le docteur Debout. La question vraiment chirurgicale est celle de savoir si l'amylène, dont la puissance anesthésique n'est plus en cause, peut être substitué au chloroforme ou à l'éther, soit dans l'usage ordinaire, soit pour remplir des indications spéciales. Suivant le rapporteur, qui se montre du reste favorable au nouvel anesthésique (1), sur 44 sujets d'expériences, 3 se seraient montrés réfractaires à l'action de l'amylène. Mais cette résistance de l'organisme, que d'autres chirurgiens n'ont pas rencontrée, a-t elle été bien réelle, ou n'a-t-elle pas tenu au mode opératoire? Il y a des appareils très bien conçus pour l'emploi général des anesthésiques, et qui, avec une liqueur aussi volatile que l'amylène concentré, exposeraient à des déperditions notables : tel est, par exemple, l'appareil de M. Charrière, qui a été, si nous ne nous trompons, employé par M. Robert ainsi que par M. Debout. Or, la liqueur avec laquelle le rapporteur a fait ses essais bouillait, a-t-il dit, entre 28 et 35 degrés. C'était là de l'amylène très fort, très volatil, à tel point même que nous nous demandons s'il n'y a pas erreur, les amylènes les plus purs que nous ayons eus sous la main n'entrant pas en ébullition au-dessous de 32 degrés. Dans tous les cas, nous hésitons encore à admettre que les organismes se montrent réfractaires à l'action d'un amylène bien concentré dans la proportion de 1 sur 14.

Même remarque au sujet de l'action de l'amylène sur les animaux. Ce résultat, annoncé par le rapport, que les chiens soumis à une amylénisation prolongée paraissent s'y habituer, et recouvrent même parfois une partie de leur sensibilité, tandis que les animaux de la même espèce ne résistent p... une heure au chloroforme, a quelque chose d'un peu sur-prenant. Il y a encore à se demander si l'action de l'anesthé-sique a été bien soutenue pendant toute la durée de l'ex-rience. L'action du nouvel agent est beaucoup plus fugace q... celle du chloroforme. On amyléniserait difficilement en s... contentant de verser de la liqueur sur une éponge, ou mi... en se servant d'un appareil qui ne la retiendrait pas ex... tement ; et l'on conçoit que ses effets ne puissent pas s'... croître, puissent même s'atténuer, si la dose de vapeurs di-minue elle-même. Ce ne sont là, du reste, que des prés... tions, qui n'ont aucunement, dans notre pensée, le carac... d'objections positives.

Cette fugacité des effets anesthésiques est un avantage q... fait ressortir M. Robert. En effet, puisqu'on possède dans... chloroforme un moyen de produire, pour les graves opé-tions, une longue et profonde insensibilité, il est avantag... de disposer, pour les opérations plus courtes, d'un a... moyen de produire une anesthésie, complète aussi, mais q... se dissipe avec une grande facilité, sans laisser d'ordinair... céphalalgie, ni étourdissement ; mais c'est là un bén... conditionnel et qui suppose que l'amylène n'est pas plus d... gereux que le chloroforme : question non résolue encore, ... sur laquelle un récent cas de mort impose de la réserve.

Quant à l'odeur, qui est si désagréable à M. Velpeau, ... qui l'est plus ou moins à tout le monde, elle ne constitue ... pas une objection très sérieuse en présence d'avantages i... tables et bien démontrés ; mais certainement elle appor... quelque obstacle à la vulgarisation de l'amylène.

Le cas de mort dont nous parlions à l'instant a eu li... entre les mains de M. Snow, et a été publié dans le MEDIC... TIMES AND GAZETTE (avril, n° 18, p. 381). En voici les pr... cipaux détails.

Il s'agissait d'un homme de trente-trois ans, que M. Fergusson de... opérer d'une fistule à l'anus. M. Snow appliqua lui-même un appare... inhalation, qui se compose d'un vase où l'on verse l'amylène, et d'o... part un tube aboutissant à un masque. Ce masque embrasse la bouche e... le nez ; il présente, vis-à-vis de la bouche, un trou destiné au passag... de l'air atmosphérique et muni d'un opercule que le chirurgien f... mouvoir à son gré, de manière à augmenter ou à diminuer la quant... d'air atmosphérique mêlé aux vapeurs d'amylène. On versa dans le v... environ 10 drachmes d'amylène. L'ouverture du masque fut d'abord la... sée entière, puis graduellement on en couvrit les trois quarts en ra... nant l'opercule. Au bout de deux minutes le malade perdit connaissa... et fit quelques inspirations rapides. Le pouls était bon. On commen... l'opération, quand les membres se roidirent. On s'aperçut alors que l'op... cule avait glissé et fermait entièrement l'ouverture ; mais cette occlus...

(1) On essaie d'autres anesthésiques encore en Angleterre : l'hydrure d'amyle, par exemple ; mais il est douteux que ces essais conduisent à des résultats bien avantageux pour la pratique. La classe des anesthésiques, nous l'avons dit dans le temps, est sans doute très nombreuse ; mais il n'est pas probable qu'on en trouve de préférables à ceux qui sont usités aujourd'hui.

---

est inappréciable, il n'y a pas même de probabilité à établir. Ni la règle, ni le compas ne peuvent mesurer une action à la fois morale, intellectuelle, physique et économique. Comment peut-on évaluer les soins ? Aussi on ramène l'estimation du service à une *cote* : tel demande 50 francs pour une visite, 1000 francs ou 2000 francs pour une opération qu'un autre fait pour 2 francs ou pour 100 francs.

Prendre une moyenne serait tout aussi peu concluant ; il faut donc régler le prix des instruments de travail, et laisser à l'homme le mérite de faire mieux que son voisin, s'il veut mériter l'estime et la confiance générale.

Car, dès que l'on apprécie le talent en raison du prix de la visite, comme cela se fait vulgairement, à quelque point de vue qu'on se place, on va à l'absurde. Toutes les fois que le médecin est ainsi tarifé, il se révolte, et il a raison. Mais la révolte n'est que dans son cerveau. C'est en vain que sa dignité est blessée pour être ainsi méconnue : pour vivre, il ne faut pas moins prendre à Pierre pour enrichir Paul, afin de soigner Émile, qui n'a rien.

On marche au hasard, sans savoir sa route : tout se mélange, rien n'est connu. Enfer affreux ! ignorance ! Exploité à Paris, ... va à Pékin ou à Londres pour réparer ses désastres, prendre aux Chinois pour rendre aux Français ; ou, si l'on se contente du pa... quotidien, on s'ôte les moyens de faire le bien. Rien, dans l'état actuel des choses, ne nous oblige à nous contenter de peu ; au contraire, l'économie générale nous force à l'exploitation usuraire.

Nous estimons qu'un médecin peut travailler pendant trente ans, c'est-à-dire que nous comptons comme temps de virilité et d'activité l'âge de trente à soixante ans. Il faut, pour le bon ordre, que pendant cette période de travail, le médecin gagne et rembourse le prix de son apprentissage, pourvoie à sa retraite et vive de la vie d'homme.

Trente ans de travail ou un produit équivalent forment la dette sociale de l'individu, qui, en échange, reçoit les moyens d'apprendre, de travailler et de se reposer.

La règle reste la même si le travailleur produit plus en moins de temps : son avoir s'augmente ou l'heure du repos commence plus tôt, pourvu qu'il consomme et n'usure point.

complète ne durait que depuis quelques secondes. L'inhalation fut suspendue; l'opération était déjà terminée. A ce moment, le pouls avait disparu du côté gauche, et à droite on ne sentait qu'une faible ondulation. La respiration était tout à fait naturelle; légers mouvements de la face et des membres, comme si le malade allait se réveiller; mais, au bout de deux à trois minutes, la respiration se ralentit, s'embarrasse; la face devient livide. On asperge la figure avec l'eau froide; on pratique la respiration artificielle au moyen de pressions alternatives sur le thorax, pendant que la bouche est tenue ouverte; puis on insuffle de bouche à bouche. Il y eut encore une légère pulsation du cœur, dix minutes après le moment où l'on avait noté la cessation du pouls; après quoi tout signe de vie disparut.

— Nous avons, dans le dernier compte rendu de l'Académie des sciences, deux communications à signaler particulièrement. La première est de M. Ancelet, et elle est relative au mode de production de la paralysie.

Ce n'est pas un simple objet de curiosité que la question de savoir par quel procédé certaines affections cérébrales produisent la paralysie; car, si l'explication est fausse, elle pourra égarer gravement le diagnostic et le traitement; et si elle est juste, elle pourra non-seulement éclairer ces deux parties essentielles de la pratique, mais encore donner la clef de beaucoup de phénomènes singuliers, insolites, tels que l'absence de paralysie dans des cas de lésion grave du cerveau, l'existence d'une paralysie non croisée, etc. On sait que M. Serres a contesté le rôle de la compression du cerveau dans l'abolition du mouvement et du sentiment consécutive à l'hémorrhagie cérébrale, et attribué la perte de ces fonctions à la déchirure des fibres nerveuses. M. le docteur Ancelet, dans un mémoire communiqué à l'Académie des sciences (voir p. 339), prend le contre-pied de la doctrine de M. Serres, c'est-à-dire qu'il exonère de la paralysie l'inflammation et la déchirure du cerveau, pour en charger uniquement la compression; non plus, comme l'entendait M. Serres et comme on l'entend généralement, la compression de la masse nerveuse, mais bien celle, *médiate ou immédiate*, des parties nerveuses périphériques.

L'auteur ne va pas, il est vrai, jusqu'à établir cette théorie d'une manière absolue, mais seulement comme répondant à l'*immense majorité des cas*. C'est précisément ce dont nous nous permettons de douter. Il nous paraît que, tout au contraire, le mécanisme indiqué ici, mécanisme très possible, réel même, ne l'est qu'exceptionnellement. Encore la compression des parties périphériques qui peut résulter de la lésion cérébrale ne fait-elle qu'ajouter aux autres effets directs de cette lésion, pour aggraver ou étendre la paralysie, non pour la produire exclusivement. Il y a en effet une considération dominante qui est bien défavorable à la théorie de notre confrère: c'est que la paralysie existe souvent dans des conditions cérébrales entièrement différentes, et qui sont même le contraire de celles où peut se produire une compression quelconque dans la boîte crânienne. Une hémorrhagie a lieu dans un ventricule latéral, par exemple. Il y a, dit l'auteur, compression des parties périphériques de la base; mais attendez: le sang va se résorber; le foyer se vider, se cicatriser; les parties voisines du tissu cérébral se cribler de petits trous, *se raréfier*. La paralysie disparaîtra-t-elle pour cela? Non, tout le monde le sait. Qu'est-ce donc qui l'entretient, sinon la lésion cérébrale elle-même?

La seconde communication dont nous voulions parler, est la lettre adressée à M. Flourens par notre collaborateur M. Linas, au sujet de la sensibilité des tendons (voir p. 339). C'est, par la simplicité même du cas, par le caractère tranché des phénomènes, un des exemples les plus décisifs de la sensibilité que peuvent acquérir les tendons irrités ou enflammés. On sait que cette question a été mise tout récemment à l'ordre du jour. Au fond, dans les termes où M. Flourens l'a tranchée il y a peu de temps, et qui consistent à établir une distinction entre l'état physiologique, où le tendon serait toujours insensible, et l'état pathologique, où il pourrait devenir très douloureux au toucher, il nous semble que la science était depuis longtemps assez bien fixée.

— Avant de quitter l'Académie des sciences, nous reviendrons en peu de mots sur un travail dont nous avons déjà donné l'analyse d'après les *Comptes rendus* (n° 17, p. 339), mais qui, replacé aujourd'hui intégralement sous nos yeux, en forme de thèse inaugurale (*Thèses de Paris*, 7 avril 1857), nous permet d'en signaler une partie qui n'est pas sans importance pour la pathologie. Il s'agit des recherches de M. Gallois sur l'urée et les urates. Tout le monde connaît les symptômes cérébraux qui terminent parfois les maladies graves des reins, et beaucoup de médecins savent qu'on a fait de ces symptômes une forme nosologique spéciale, appelée du nom d'*urémie*, et qui serait caractérisée étiologiquement par une certaine altération du sang ayant pour origine la présence de l'urée dans ce liquide. Suivant les uns, c'est l'urée elle-même qui détermine les accidents cérébraux (Wilson); suivant d'autres, l'urée en excès donne naissance à du carbonate d'ammoniaque, et c'est cette substance qui est l'agent direct de l'empoisonnement urémique. Cette dernière théorie, qui

---

Pour se tenir au courant de la science pendant la période active, le praticien a besoin d'acheter des livres, des collections et des instruments; il consacre à cet objet environ 1000 francs par an, soit, pour trente ans, 30,000 francs.

Ajoutons, pour l'imprévu et le cas d'accident, une somme de 10,000 francs, se répartissant sur le temps d'apprentissage et d'exercice, ce qui porterait, par conséquent, l'instrument de travail du médecin à 100,000 francs.

Or, reçu en héritage ou gagné à la sueur du visage, nous estimons qu'il faut cette somme au praticien, à titre d'instrument de travail inhérent à sa profession, en tant qu'il vit dans la société du XIXe siècle.

Les frais de ménage lui sont communs avec tous les autres mortels. Pourtant il a besoin d'un logement plus décent, d'une voiture: son travail est de jour et de nuit, point réglé.

Nous évaluons à 4000 francs par an les frais d'entretien personnel attachés aux exigences de la clientèle, soit, pendant trente ans, 120,000 francs, qui rentrent dans les dépenses communes. Si nous ajoutons les 100,000 francs d'instruments professionnels, nous aurons un total de 220,000 francs au passif du médecin.

Telle est, par suite, la somme qu'il doit gagner pour posséder ses instruments, se développer complétement, et être utile pendant trente ans. Celui qui exercerait plus longtemps pourrait calculer d'après les mêmes bases; mais si l'on tient compte des études, des pertes de temps, des revers, des difficultés de toute nature, on trouve, au contraire, peu d'hommes travaillant pendant trente ans, et surtout peu de médecins, attendu qu'ils meurent à la peine, et qu'en les croquant la mort leur fait grand honneur et grand soulagement.

Dans l'hypothèse où nous nous plaçons, la journée du médecin serait de 20 ou de 25 francs. Ce taux est le vrai; car, si l'on a plus de frais à la ville pour l'entretien personnel, à la campagne il faut plus d'instruments, de livres, de moyens de correspondance; de telle sorte que, tout étant ramené au point de vue de l'exercice de la médecine, il serait mieux que le médecin de campagne pût jouir des avantages qu'on trouve dans les grands centres, et qu'il

appartient à MM. Wœhler et Frerichs, et dont nous avons en temps et lieu entretenu nos lecteurs, a rencontré beaucoup d'opposition dans le pays même où elle a pris naissance, notamment de la part de MM. Schottin et Reuling (voir *Gaz. hebd.*, t. I et II). M. Gallois vient la combattre à son tour à l'aide d'expériences sur les animaux. Il a administré à des lapins une dose d'urée suffisante pour déterminer chez eux l'empoisonnement aigu, avec gêne de la respiration, tremblements, convulsions; accidents fort semblables à ceux de l'urémie. Le sang de ces animaux était très chargé d'urée, et cependant il n'y avait aucune exhalation de carbonate d'ammoniaque par les voies pulmonaires. Un masque de caoutchouc à une seule ouverture, muni d'un tube de verre qui contenait du papier de tournesol violet d'une grande sensibilité, avait été appliqué sur la tête des lapins, de manière que l'air expiré fût forcé de passer sur le papier d'épreuve. Jamais ce papier ne fut ramené au bleu. Une baguette trempée dans l'acide chlorhydrique étendu ayant été approchée à plusieurs fois des narines, il ne se dégagea pas de vapeur blanche. Ce n'est pas tout : « J'ai à deux reprises, dit l'auteur, recueilli le sang de mes lapins au moment où ils venaient de succomber, et je lui ai fait subir le traitement suivant. J'en avais, pour chaque opération, environ 10 gr.; je le délayai avec le double de son volume d'eau distillée, et je l'introduisis dans une cornue tubulée qui communiquait avec un ballon muni d'un long col et plongé dans l'eau froide. Je chauffai alors au bain-marie, jusqu'à ce que quelques gouttes d'eau fussent passées dans le récipient. Si le sang avait contenu du carbonate d'ammoniaque, il aurait été entraîné avec la vapeur d'eau, et, se condensant avec elle, il l'aurait rendue alcaline. Or le produit de la distillation était neutre ; de plus, l'ayant acidulé légèrement par l'acide chlorhydrique, je l'évaporai au bain-marie et j'examinai le résidu au microscope, pour voir s'il renfermait du chlorhydrate d'ammoniaque. Ce sel présente des caractères bien faciles à reconnaître, et pourtant je n'en ai pas aperçu la moindre trace. »

On remarquera que ces intéressantes expériences ne sont pas en contradiction avec ce fait, bien démontré aujourd'hui, que de l'urée introduite dans le sang passe dans les urines. Le travail éliminateur des reins peut n'être pas toujours proportionné à la quantité d'urée engagée dans le torrent circulatoire; et du moment que de l'urée administrée en petites doses à des animaux détermine chez eux des symptômes graves du côté des centres nerveux, il y a lieu, sinon d'admettre avec certitude, du moins de conjecturer que la portion d'urée non éliminée est susceptible, à elle seule, sans transformation, de produire l'ensemble d'accidents qui, chez l'homme, constitue l'urémie.

— Nos lecteurs se rappellent l'affaire Moreau, relative à la distribution de médicaments homœopathiques. Cette affaire, pendante devant les tribunaux depuis près d'un an, et qui a déjà passé devant quatre juridictions, n'est pas encore terminée. Voici les phases qu'elle a parcourues et à quel point elle en est aujourd'hui.

Le 28 juillet 1856, une plainte fut portée par MM. Massoneau, Sicaud, et autres pharmaciens d'Angoulême, contre M. Moreau, médecin homœopathe exerçant dans la même ville, pour exercice illégal de la pharmacie et distribution de médicaments à leur préjudice. Le tribunal correctionnel d'Angoulême, par jugement du 16 septembre, déclara les demandeurs *sans qualité ni intérêt* dans la cause, non recevables dans leur action, et renvoya M. Moreau des fins de la plainte. L'affaire étant venue, par voie d'appel, devant la cour impériale de Bordeaux (chambre des appels correctionnels), la cour, par arrêt en date du 21 novembre, déclara l'action recevable, mais en même temps débouta Massoneau et consorts de leur demande, et acquitta Moreau. Pourvoi des pharmaciens devant la cour de cassation qui, le 6 février 1857, cassa l'arrêt de la cour impériale de Bordeaux pour fausse application de la loi de germinal an XI, et renvoya les parties devant la cour de Poitiers. Cette cour vient de rendre un arrêt tout à fait conforme à celui de la cour de Bordeaux, c'est-à-dire qu'elle a admis la recevabilité de l'action (ainsi qu'il a d'ailleurs été jugé plusieurs fois en pareille circonstance), et, au fond, attendu que *le système homœopathique est un système nouveau, entièrement inconnu à l'époque où fut promulguée la loi de germinal;* que les remèdes homœopathiques ne sont pas *magistraux*, mais *officinaux*, puisqu'ils consistent *en des alcoolatures et triturations qui exigent souvent des semaines entières*, a relaxé M. Moreau des fins de la plainte et condamné les demandeurs aux dépens.

Un nouveau pourvoi a été formé, et, comme la cour de cassation ne se déjugera pas sans doute, on peut considérer la cause des pharmaciens comme gagnée. Et il restera acquis à la gloire du bon sens et de l'équité, qu'il ne suffit pas d'inventer un système de médecine, surtout un système ..., pour être placé en dehors et au-dessus des lois, et de ...

---

eût à sa disposition des bibliothèques et des musées, sinon il faut qu'il y supplée ou qu'il vienne à la ville.

Il nous reste à prévoir le cas d'incapacité d'exercice survenant par des causes impossibles à déterminer d'avance, indépendantes de la volonté ou du milieu social, et la retraite en dernier lieu.

Aujourd'hui, le médecin qu'un accident ou une infirmité arrête au milieu de sa carrière rentre dans le cadre des indigents ; si sa fortune particulière ne le met à l'abri du besoin, aucune institution ne le protége.

S'il existe des sociétés philanthropiques qui, dans maintes circonstances, ont généralement secouru de cruelles infortunes, elles sont loin de venir en aide à tous les invalides du corps médical ; car ils sont nombreux, trop nombreux.

Nous ne voulons ni insister sur ce point délicat, ni signaler les victimes : elles sont muettes, et nous craindrions d'être indiscret ; mais, pour peu qu'on réfléchisse aux difficultés qui accompagnent l'exercice de la médecine, on comprendra qu'il doit en être ainsi. L'opulence et la misère marchent côte à côte : l'habit noir couvre toutes deux.

Est-il possible au praticien de s'assurer contre cette éventualité ? Évidemment. Il suffit d'augmenter la somme afférente à l'instrument de travail, et la retraite sera prévue pour tous les cas et tous les temps.

Prenons pour exemple la position la plus extrême, supposons un individu vivant sans travailler pendant cent ans : on peut lui accorder à titre de dot sociale ou de droit d'invalide, ... il plaira, une somme annuelle de 600 francs, ce qui porte à 60,000 francs la consommation de toute sa vie. En ajoutant cette somme à notre budget professionnel, nous aurions, en travaillant trente ans, droit à tous les instruments de travail, à la vie, à la retraite ; mais comme, dans la pratique, il n'en serait jamais ainsi, ajoutons comme complément 40,000 francs, pour assurer la ... de la vieillesse.

Si nous joignons aux chiffres des instruments de travail et de retraite une somme de 120,000 francs destinée à la consommation ...

rer devant la justice que la préparation des médicaments homœopathiques exige beaucoup de tours de main pour les transformer, de remèdes magistraux passibles de la loi de germinal, en remèdes officinaux appartenant au commerce de la droguerie.

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRE SUR LA CONTAGION DU MUGUET, par M. MIGNOT, lauréat de l'Institut, médecin de l'hôpital cantonal de Chantelle, etc. — Présenté à la Société de médecine du département de la Seine (1).

La plupart des auteurs modernes refusent au muguet la propriété d'être contagieux, que lui accordaient les anciens médecins versés dans la pathologie de l'enfance, et en particulier Doublet, Auvity et Gardien. Pour s'en convaincre, il suffit de lire les traités en vogue publiés sur ce sujet. — « Je ne crois pas que le muguet de la bouche soit contagieux, dit Billard ; M. Baron rejette toute idée de contagion. » MM. Lélut, Valleix, Guersant et Blache expriment la même opinion. M. Grisolle, dont l'ouvrage si populaire présente un fidèle tableau des doctrines régnantes, la professe avec encore plus d'assurance : « Dans aucun cas, écrit-il, le muguet n'est contagieux. »

J'ajouterai que, dans les hospices où cette maladie règne habituellement, on agit en effet comme s'il ne l'était pas.

Des savants non moins recommandables, tels que Dugès, M. Trousseau, Delpech, Bouchut, ont, il est vrai, émis un avis contraire, mais qui n'a pas prévalu.

C'est pourquoi, après avoir retiré de mes recherches, soit à l'hospice des Enfants trouvés de Paris durant mes deux années d'externat et d'internat, soit depuis, au dehors, la conviction que le muguet peut se transmettre et se transmet souvent par voie de contagion, je désire vivement la faire partager, afin d'amener les administrations hospitalières à prendre les mesures propres à empêcher cette transmission.

Si je soulève aujourd'hui cette question très importante et fort peu étudiée, c'est à l'occasion de quelques faits récemment recueillis par moi, dont la signification ne me paraît point douteuse. Le séjour des hôpitaux et des grandes villes, favorable aux études cliniques, n'offre peut-être pas les mêmes avantages pour la solution de certains problèmes d'étiologie, et surtout de ceux qui sont relatifs à l'existence de la contagion. La complication des rapports sociaux, la multiplicité des influences pathogéniques auxquelles la vie y est soumise, et des difficultés toutes particulières si l'on a affaire à des enfants abandonnés, soustraits à la surveillance maternelle, entravent les investigations et cachent bien souvent le point de départ des maladies.

A la campagne, au contraire, où les relations sont restreintes, les habitudes régulières, les accidents morbides d'une grande simplicité, il est beaucoup plus facile de remonter aux sources et d'en saisir le phénomène initial.

Ces heureuses conditions n'ont pas été perdues pour la science; il en est résulté d'utiles travaux qui rachètent, par la précision des détails, l'étroitesse de leurs cadres ; et si la communicabilité de certaines affections, la fièvre typhoïde, le croup, la diphthérite, le choléra même, repose aujourd'hui sur des preuves certaines, on le doit en partie aux observations faites en province, au sein des petites localités.

Celles qui servent de base à ce mémoire proviennent de ce théâtre modeste, et je voudrais qu'à défaut d'autre mérite il eût au moins celui dont je viens de parler. Je commencerai par les exposer, me réservant de présenter, à l'appui des conclusions, quelques arguments, et de réfuter ensuite les objections de nos adversaires.

OBS. I. — Le 29 juillet 1855, je fus appelé au village de Target (1), pour voir, dans une habitation complétement isolée au milieu des champs, sur une hauteur, la femme Colas, épouse d'un tisserand aisé, âgée de trente-deux ans.

Brune, bien constituée, quoique un peu fatiguée, elle est accouchée, quinze jours auparavant, de son premier enfant. L'accouchement a été facile, les suites de couches naturelles. Elle a aussitôt commencé l'allaitement ; les bouts des seins n'ont pas tardé à devenir rouges et douloureux au moment de la succion, et à s'enflammer.

Depuis cinq jours, son enfant tetant peu, et ses mamelles étant très gonflées, elle s'est fait teter par la fille d'une parente, âgée de deux mois et demi, pleine de santé et d'appétit.

Ce jour-là, elle a remarqué, dit-elle, sur ses mamelons, sur le droit principalement, de petites granulations blanches, et le lendemain elle en a aperçu de semblables dans la bouche de son enfant.

A part cette souffrance locale, l'état de toutes ses fonctions est resté satisfaisant, et au moment de ma visite elle ne se plaint que

(1) Voir page 342 un rapport sur ce travail.

(1) Où naquit Gardien, le célèbre professeur d'accouchements.

---

tion et à l'échange, le médecin aura trouvé, pendant le cours de son existence, les choses nécessaires à l'exercice de sa profession, à la vie commune, aux frais ordinaires et extraordinaires ; ce qui, au total, donne un budget de 266,000 francs.

Cette somme se décompose comme il suit :

1° Frais d'éducation jusqu'au doctorat, y compris ceux de premier établissement, livres et instruments, jusqu'à l'âge de trente ans.	30,000 fr.
2° Achat de livres, dépenses, pour se tenir au courant de la science pendant trente ans d'exercice.	30,000
3° Frais de voyages, accidents temporaires, voitures, pendant soixante ans.	40,000
4° Vie commune, habitation, logement, exigences inhérentes à la position sociale, à l'exercice. .	120,000
5° Assurance commune à tout être humain, lui permettant de vivre quand il ne travaille plus, ou dot sociale.	40,000
Somme pareille.	260,000 fr.

Maintenant, quelle part est la sienne, quelle part appartient à la société où il puise les éléments de sa raison d'être ? que doit-il s'approprier, échanger ou consommer ?

La société ou ses parents lui donnent 30,000 francs pour l'apprentissage : c'est l'héritage social, il doit les rembourser, afin que la génération future en profite comme lui.	30,000 fr.
Il doit produire, échanger, consommer, pendant sa période d'activité, une somme de 160,000 fr., qu'il restitue par conséquent à la vie générale, ci.	160,000
Ensemble. . . .	190,000 fr.

Ceci rendu à la société, il a droit au repos. Sa dot de vieillesse est sa propriété : elle lui reste, il en jouit.

Elle se compose foncièrement :

1° Des instruments de travail acquis pendant l'exercice	30,000 fr.
2° De la dot sociale	40,000
Ensemble. . . .	70,000 fr.

de cela et d'un peu de faiblesse. Elle n'a pas de fièvre, vaque à ses occupations et mange comme à son ordinaire.

La poitrine est découverte, et je trouve le mamelon droit un peu tuméfié, parsemé, jusqu'à sa base et en quelques points de l'aréole, de granulations et de petites plaques d'un blanc jaunâtre, d'une consistance caséeuse. La plupart ont la grosseur d'un grain de mil, et se voient dans les replis que forme la peau amincie du mamelon et à l'orifice des conduits galactophores. Elles adhèrent assez fortement, ne s'enlèvent pas par lambeaux, mais par parcelles isolées.

Le mamelon droit est douloureux au toucher, le gauche également; mais il offre à un moindre degré ce genre de productions. On distingue à son sommet cinq à six granulations blanches arrondies, et dans les sillons quelques traînées de points blancs plus ténus.

L'altération que j'avais sous les yeux était du muguet, d'autant plus facile à diagnostiquer que la bouche de l'enfant m'offrait un terme de comparaison. Une description plus longue serait inutile : j'en ai dit assez pour le faire reconnaître.

Je prescrivis l'emploi de lotions émollientes et de fréquents lavages des parties malades, aidés de douces frictions, pour détacher et entraîner les granulations, et une tisane rafraîchissante.

Le 3 août, le mamelon droit en était presque complétement débarrassé; mais le gauche en offrait davantage qu'à ma première visite, et je pus de nouveau constater leur caractère et vérifier l'exactitude de mon diagnostic.

On continua ce simple traitement, et quinze jours après, l'affection avait disparu.

Obs. II. — Jules Colas, fils de la précédente femme, m'est présenté en même temps qu'elle. Cet enfant, âgé de quinze jours, comme nous l'avons déjà dit, a été affaibli par une hémorrhagie du cordon ombilical survenue quelques heures après sa naissance. Il est, du reste, passablement constitué.

Il a bien tété pendant les premiers jours, et n'a rien offert d'anormal. Ses déjections, d'abord vertes et abondantes, se sont ralenties, et depuis huit jours il est constipé. Il ne paraît pas avoir eu de coliques.

Il y a quatre jours, un jour après s'être montrés sur les mamelons de la mère, que des points blancs de muguet ont paru sur sa langue, et il a cessé de vouloir prendre le sein, dont avant il était fort avide.

On ne lui a donné alors que de la tisane d'orge et de l'eau sucrée coupée avec du lait.

Je lui trouve la face grippée, la peau sèche et fraîche, quelques quintes de toux provenant de la gorge, mais le murmure respiratoire parfaitement pur.

Peu de fièvre, pouls à 108. La langue et la bouche sont sèches et douloureuses, et d'une rougeur assez vive. On aperçoit sur la langue, la voûte palatine, les lèvres et le voile du palais, des points de muguet disséminés sous forme de granulations et de petites plaques blanches.

Le pourtour de l'orifice rectal offre une rougeur érythémateuse peu étendue. Pas de coliques ni d'ulcérations aux malléoles.

Il s'agit, comme on le voit, d'un cas de muguet simplement local et sans réaction sur l'organisme.

J'ordonne de faire des lotions d'eau de guimauve dans la bouche, et, pour essayer d'un remède fort vanté à la campagne pour ces sortes de cas, de promener plusieurs fois par jour, à la surface des parties malades, une racine de persil trempée dans de l'eau miellée. Orge et lait coupé pour tisane.

Le 3 août, je revis cet enfant avec sa mère.

Les grains de muguet étaient moins nombreux, la langue un peu plus rouge et sèche. Il refusait toujours le sein, et paraissait plus abattu. Je prescrivis de continuer le traitement et de recommencer l'allaitement aussitôt qu'on le pourrait, les nouveau-nés en supportant très mal la privation.

Quelque temps après, on m'apprit sa guérison.

Obs. III. — Huit jours s'étant écoulés, le 5 août, je vis au petit village de Target, une petite fille, âgée de deux mois et demi, nommée Madeleine Ferrandon, qui, du 20 au 29 juillet, avait tété à diverses reprises la femme Marie Colas.

C'est un enfant parfaitement constitué, offrant, sauf un peu de pâleur, toutes les apparences de la santé.

Sa mère me dit que, pour obliger sa parente incommodée par l'abondance du lait, elle avait eu l'imprudence de permettre qu'elle donnât le sein à sa fille jusqu'au moment où celle-ci avait cessé de vouloir le prendre, à cause du muguet dont il était atteint.

Elle ajouta que depuis ce jour, le 29 juillet, elle avait continué à prendre son sein à elle, mais qu'elle criait et portait fréquemment les mains à sa bouche; que, depuis la veille, elle tétait moins et qu'enfin, aujourd'hui 5 août, elle y avait renoncé.

J'examine la bouche, et j'y découvre quelques granulations de muguet, petites et discrètes, sur la lèvre inférieure, les joues et la pointe de la langue. Autour il n'y a pas de rougeur.

Les gencives et la muqueuse buccale ne sont pas rouges non plus, excepté au milieu de la langue. A sa base, il y a un enduit blanchâtre assez épais et adhérent.

La salivation est abondante. L'enfant n'offre pas d'excoriations aux malléoles ni d'érythème aux fesses ou à l'anus. Il n'a pas de coliques ni de dévoiement; mais, depuis la veille, ses déjections ont une teinte verdâtre.

Il s'est toujours bien porté; mais son humeur a changé : il est devenu maussade. La peau est fraîche. Son agitation m'empêche de sentir le pouls.

Le traitement fut le même que pour Jules Colas, et la guérison ne se fit pas attendre plus de deux semaines.

Ces faits pourraient se passer de commentaires : il suffit

A sa mort, la rente s'éteint, et la caisse des retraites en dispose en faveur d'un survivant, s'il y a lieu.

Les instruments de travail étant usés et presque inutiles, il est bon de négliger cette somme.

D'où il résulte enfin qu'un médecin, sans autre providence que la sienne, pour réaliser le type que nous croyons le meilleur, devrait gagner 25 francs par jour; après trente ans, laisser à la société qui lui aurait fourni son apprentissage. . . . 30,000 fr.

A la société générale. 40,000

Il devrait économiser pour les instruments. . . 30,000

Consommer le reste 160,000

Avec ce mouvement, sa vie serait assurée.

Dans l'hypothèse d'une providence complète, le médecin devrait tout son temps, tout son travail, toute sa vie. Dès qu'il aurait cette somme assurée, il n'a rien à demander à personne.

La société ou les clients ont intérêt à fournir les instruments, s'ils veulent diminuer les frais; car si le médecin en a l'usufruit, il n'a plus qu'une modique somme de 100,000 francs à gagner pendant trente ans de travail, ce qui représente un gain annuel de 3 à 4000 francs pour sa nourriture et son entretien personnel.

Donc, 2000 personnes cotisant, dans le but d'avoir les instruments nécessaires au service médical, auraient à payer, par an, environ 5000 francs, soit, pour les soins du médecin, 2 f. 50 c. par personne; ajoutons pour l'imprévu 50 centimes, nous aurions un apport individuel de 3 francs, et au total une somme de 6000 fr. à demander pour les 2000 cotisants.

C'est le taux que nous avions proposé.

La pharmacie et les aides peuvent exiger à peu près autant, d'où il résulte qu'au moyen de cet impôt annuel de 6 francs, on peut, avec la plus grande facilité, doter un groupe de 2000 personnes d'un service médical complet.

Les frais, avec le temps ou avec un plus grand nombre de souscripteurs et d'aides, iraient en diminuant. La pratique nous a confirmé ces résultats, et, dès aujourd'hui, nous n'hésiterions pas à exercer la médecine dans ces conditions, pourvu qu'il nous fût permis de choisir nos clients, de les visiter à volonté, avant, pen-

d'en suivre l'ordre de succession, pour y reconnaître l'action d'un principe contagieux.

Deux enfants, placés en dehors de toutes les conditions capables de favoriser ou de produire le développement spontané du muguet, têtent successivement une femme dont les seins en sont recouverts, et au bout de quelques jours, temps nécessaire à l'incubation, leur bouche présente du muguet semblable à celui des seins.

La relation de cause à effet paraît ici bien évidente. Logiquement, il faut admettre la transmission de la maladie de la mère aux enfants, par suite du contact qui a eu lieu, ou bien prétendre qu'elle est due à d'autres causes, et qu'entre ces trois cas il n'y a eu qu'une coïncidence fortuite. Mais quelle autre cause invoquera-t-on? Ce ne peut être ni la viciation de l'air, ni l'humidité, ni l'entassement, ni l'emploi d'un régime ou d'agents irritants pour la membrane buccale, ni, en un mot, aucune des circonstances par lesquelles on croit souvent expliquer la fréquence du muguet dans les hospices ou les ménages pauvres.

Des dispositions toutes contraires existaient : habitation solitaire en pleine campagne, sur un lieu élevé ; air pur ; allaitement par une femme soigneuse, douée des qualités d'une bonne nourrice, et usage exclusif du lait et de l'eau sucrée.

D'un autre côté, rien n'accuse une prédisposition de la part des sujets : constitution satisfaisante, état de santé normal jusqu'au début de l'affection. Le premier n'a que quinze jours, et se trouve encore à cette période de la vie où le muguet a son maximum de fréquence ; mais le second, âgé de deux mois et demi, l'avait dépassée, ainsi qu'il ressort des relevés statistiques de M. le docteur Seux et des nôtres.

Sur 402 enfants atteints de muguet, Seux (*Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés*, 1856) n'en a pas rencontré un seul âgé de plus de deux mois, et 394 avaient une huitaine de jours.

Pour moi, qui ai recueilli les observations de tous les cas de muguet traités en 1848, au service de médecine des Enfants trouvés, j'en compte 113, dont 91 concernent des sujets âgés de moins de deux mois, et 22 des malades âgés de deux à onze mois. Ces derniers avaient, la plupart, pris, pour combattre une affection pulmonaire antérieure, des potions rendues irritantes par le kermès ou le tartre stibié.

Ainsi, nous avons passé en revue, excepté une seule, la série entière des causes occasionnelles ou prédisposantes assignées au muguet, sans pouvoir en faire l'application à nos jeunes malades ; il en reste encore une que nous avons laissée entrevoir, vers laquelle le raisonnement nous ramène par voie d'exclusion : c'est la contagion. Toutes les apparences sont en sa faveur. On suit directement ses traces dans les manifestations successives du même mal, d'abord sur le sein de la mère, puis dans la bouche des enfants allaités. Comme si elle craignait de n'être pas comprise, la nature a fait une double expérience, la seconde plus décisive encore que la première.

Chaque fois la maladie est demeurée locale, l'économie semblait indifférente à cet accident passager produit par une cause qui lui était étrangère, et chose remarquable, soigneusement notée par moi, chez le deuxième malade, le seul examiné au début, c'est sur les points de la bouche où l'acte de la succion rendait le contact possible avec le sein que le muguet a commencé, savoir la pointe de la langue, le pourtour des lèvres et les joues.

A ces preuves tirées des circonstances particulières du fait, l'analogie en ajoute d'autres.

Si l'on considère les affections caractérisées comme le muguet par une production de fausses membranes à la surface des muqueuses, ou de la peau dépouillée de son épiderme, on les voit douées de la propriété contagieuse. La stomatite couenneuse, l'angine et la laryngite de même nom, la diphthérite, sont dans ce cas, les pathologistes s'accordent à le reconnaître.

On doit en inférer que le muguet, constitué par des éléments presque identiques, possède la même faculté. Comment croire à une différence sur un point si essentiel en présence des analogies qu'il offre avec elles sous le rapport de la nature, du siége, de la marche et du produit. Ce serait une anomalie difficile à comprendre ; il est bien plus naturel de supposer qu'elle forme un des attributs communs à toutes les maladies du même genre.

Le raisonnement vient donc encore ici en aide à l'observation, il confirme l'interprétation que nous avons donnée aux accidents dont nos malades étaient affectés et indique celle qui convient aux faits suivants, tirés de la pratique de différents auteurs.

M. Bretonneau a vu plusieurs fois le mamelon de la nourrice couvert d'une exsudation plastique semblable à celle de la bouche du nourrisson.

M. le docteur Empis, notre ami (*Étude sur la diphthérite, Arch. de méd.*, 1850), dans un remarquable travail sur la diphthérite, parle d'un enfant qui communiqua au

---

dant et après leurs maladies, afin de prévenir les plus graves et d'éviter les *courses inutiles*.

Mais, s'il nous était donné d'édifier un dispensaire, une villa et des maisons de santé, nous pourrions faire beaucoup mieux encore.

La protection ainsi entendue nous semble supérieure à celle que donne le privilége ; elle est surtout plus *équitable* et plus facile à obtenir, plus sûre enfin : nous la choisissons.

— Un médecin des provinces du Midi, M. Cassagnau, a publié récemment un recueil de poésies patoises intitulé : *Mas Fantesios*. Voici comment M. le docteur A. Gaussail, dans le JOURNAL DE MÉDECINE DE TOULOUSE, parle de quelques-uns des morceaux de ce recueil.

« Les *Tribulatious d'un médécin de campagno* ont fourni à l'auteur un poëme en cinq chants. Ici, plus encore que dans les autres pièces, le poëte s'est inspiré de la réalité, et dans chacun de ces trois points principaux, le *Début*, les *Rhabilleurs*, la *Broço* (empirique femelle), les *Charlatans*, la *Fin*, il expose une série de scènes de mœurs qu'il anime le plus souvent par le dialogue. On s'assure aisément que M. Cassagnau voit et observe tous les jours par lui-même, et que par conséquent il ne peut être que fort pénétré de son sujet. Il y a peut-être dans ce poëme un peu de laisser-aller ; mais il y a aussi beaucoup de franchise et malheureusement trop de vérité.

Lé médécin et l'oli d'enduro, tel est le titre d'une fable dont le sujet est fort simple : Une dame de qualité est atteinte d'une fièvre typhoïde, à laquelle elle succombe malgré tous les remèdes employés. Un paysan, atteint du même mal refuse tout médicament ; il s'en tient à l'eau de la cruche, et guérit au grand étonnement de son médecin. La moralité, on devait s'y attendre, est l'apologie de l'expectation.

La preso miraculouso d'un ours per la bertut d'ou chluzoformo est un petit poëme qu'on lira avec intérêt.... Mais je m'arrête faute d'espace, en promettant plaisir et agréable délassement à ceux qui liront les *Fantaisies* de M. Cassagnau. J'ajoute seulement qu'elles ont été imprimées avec un soin et un luxe qui honorent une fois de plus MM. Forestié père et fils, de Montauban. »

mamelon et à l'aréole du sein de sa mère le muguet dont il était atteint.

Baum cite un cas de ce genre.

Berg (de Stockholm), dit M. Bouchut (*Traité des maladies des nouveau-nés*, chap. MUGUET), l'a transporté d'un enfant à un autre, en déposant sur la langue de celui-ci quelques granulations extraites de la bouche du premier.

Enfin, dans une autre série de citations empruntées à Dugès, Bretonneau, Hœnerkopf, Seux, etc., on voit des femmes dont un nourrisson a le muguet, transmettre sa maladie à un autre nourrisson sans que leur sein en soit atteint.

Ce dernier fait doit être assimilé au précédent; les seins ont, en cette circonstance, gardé en dépôt le germe du mal sans se l'approprier; ils lui ont servi de moyen de transport et la contagion s'est opérée.

Ainsi, les exemples rapportés par nous, en commençant, ne sont pas les seuls que possède la science; le défaut de publicité en cache un bien plus grand nombre encore.

S'il était permis de tenir compte des opinions du vulgaire en pareille matière, je dirais qu'à la campagne la croyance à la contagion du muguet est généralement répandue. Des femmes du peuple, des accoucheuses m'ont cité avec des détails très précis des cas analogues à celui que j'ai raconté. Gardons nous toutefois d'invoquer ce témoignage: ce serait nous rendre suspect aux yeux de nos adversaires. Sans nous montrer systématiquement dédaigneux pour ces inspirations irréfléchies, instinctives peut-être du sens populaire, mieux avisé quelquefois en fait de contagion que certains savants aussi enclins à la nier qu'il l'est à la supposer, et *tout en gardant* sur ce point *notre pensée de derrière*, suivant le mot de Pascal, sachons nous renfermer dans les étroites limites de l'observation scientifique.

La micrographie m'apporte une dernière preuve, j'hésite à l'employer. Elle repose sur des résultats si opposés à nos principes de physiologie pathologique, qu'on ne peut les accueillir qu'avec une grande réserve.

Ces grains de muguet regardés comme une substance amorphe, une exsudation pseudo-membraneuse, seraient, d'après les travaux de MM. Berg, Gruby et Charles Robin, une production organisée qui aurait sa place dans le règne végétal, un cryptogame se développant à la surface d'une membrane muqueuse.

Le végétal du muguet, que M. Gruby croit être l'analogue des *Sporotrichium*, et M. Robin l'*Oïdium albicans*, a des caractères qui ne se retrouvent dans aucune espèce de fausse membrane et que ce dernier a soigneusement décrits. (Robin, *Histoire naturelle des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivants*, 1853.)

Ce savant et habile micrographe ayant enlevé du muguet de la surface d'une muqueuse pour la mettre dans un flacon avec une petite quantité d'eau, a constaté que, séparé ainsi de la muqueuse, le muguet continuait à se développer conformément aux lois de son organisation.

Berg prétend qu'on peut semer le muguet sur la langue d'un individu sain et l'y voir pulluler avec rapidité, et il donne un exemple à l'appui de son assertion.

Le microscope a montré également à M. Empis, que la texture du muguet différait complétement de celle de la fausse membrane diphthéritique, l'une étant d'une nature végétale, l'autre de nature fibrineuse.

D'après cette manière de voir, le muguet aurait donc pour marque spéciale la présence d'un végétal parasite, de même que la teigne. Ce trait de ressemblance avec une maladie éminemment contagieuse suffirait à faire supposer qu'il l'est aussi : cette conséquence découle d'ailleurs forcément de la nouvelle doctrine.

En effet, si le muguet se développe par gemmation comme les cryptogames, il faut admettre que ses semences transportées sur un terrain semblable ou analogue à celui où elles ont poussé continueront à s'accroître et à y prospérer. Que ce transport s'effectue directement par l'application de la surface malade sur celle qui est susceptible de le devenir, ou au moyen de corps intermédiaires entre elles, tels que biberons, cuillers, bouts de seins, etc., on n'en aura pas moins affaire à une reproduction de la maladie par ensemencement, et toujours par voie de contagion.

Posée en ces termes, la question se résout évidemment dans un sens favorable à nos conclusions; mais il importe avant tout de se mettre d'accord sur ses premiers éléments; or, il existe à cet égard, entre les micrographes, des différences fondamentales.

Ainsi un habile observateur, M. le docteur Monneret a constaté que le muguet est bien véritablement constitué par des fausses membranes à la surface desquelles il se forme souvent, mais non pas nécessairement, des mucédinées.

D'après M. Grisolle (*Traité de pathologie*, art. MUGUET), un médecin non moins distingué, M. Gubler, a reconnu aussi que les mucédinées du muguet ne sont qu'un épiphénomène de la maladie et quelles se développent au milieu des détritus organiques lorsque les fluides de la bouche acquièrent des qualités acides.

Cette version, espèce de compromis entre l'ancienne théorie et la nouvelle, explique les divergences actuellement existantes. Elle permet de concilier une opinion très rationnelle avec des faits signalés par de savants et habiles expérimentateurs.

Elle nous paraît tout à la fois la plus médicale et la plus vraisemblable.

Voici, du reste, quelques remarques faites par moi sur l'ordre de propagation des grains de muguet, dont la place se trouve naturellement ici.

J'ai fréquemment observé que les plaques de muguet avaient une tendance à se développer successivement sur des points de la bouche en rapport de contiguïté les uns avec les autres. Si, par exemple, l'exsudation commençait par la pointe de la langue, on la voyait en second lieu poindre à la partie antérieure de la voûte palatine contre laquelle la langue en repos vient s'appliquer; avait-elle, au contraire, débuté vers sa base, les régions consécutivement envahies étaient les piliers du voile du palais et la partie postérieure de la voûte palatine.

La portion de muqueuse buccale, exposée pendant l'écartement des bords alvéolaires au contact de la langue, se recouvre de muguet avant celle que les gencives mettent à l'abri de ce contact. Enfin, il ne gagnait ordinairement le pharynx et l'œsophage placés sur le passage des liquides et des mucosités provenant de la bouche, qu'après avoir atteint celle-ci, et lorsque, par un traitement topique, nous avons pu détruire les premières concrétions, bornées encore à une petite étendue de la langue ou des joues; plusieurs fois le mal s'est arrêté comme si on en avait enlevé la semence ou le germe.

Quelle induction faut-il tirer de là? On peut en conclure que, dans ces circonstances, la fausse membrane du muguet, son cryptogame, d'après les micrographes, n'ont suivi cet

dre de progression que parce qu'ils avaient la propriété de communiquer par le contact ou de se transplanter.

Si, en effet, au lieu de se disséminer au hasard, ils ne ssent d'un point à un autre qu'autant que ce second point trouve en rapport avec le premier, c'est qu'il y a transission opérée entre eux.

Cette particularité, que personne n'a encore signalée, conrderait parfaitement avec les idées émises par MM. Robin Gruby sur la nature et le mode de génération du muguet; ais elle ne serait pas incompatible avec l'autre opinion; r la propriété contagieuse d'une fausse membrane peut tout ssi bien s'exercer entre deux points contigus de la bouche 'un même individu, qu'entre deux personnes différentes, de ème qu'une ulcération virulente a la faculté de reproduire utour d'elle, sur les surfaces situées à sa portée, des ulcérations semblables à elle.

Ainsi, la question, sous quelque face qu'on l'envisage, ne esse de se prêter à la doctrine de la contagion. Les preuves irectes et indirectes abondent également en sa faveur, et il a véritablement lieu de s'étonner qu'elle n'ait pas encore prévalu.

Examinons maintenant les objections qu'on lui adresse. Elles ne sont pas nombreuses: et se réduisent à dire que l'on n'a pas cité un seul cas avéré et incontestable de transmission du muguet par le contact, et que, dans beaucoup d'autres où elle aurait dû se faire, s'il était réellement contagieux, elle n'a pas eu lieu.

Les faits rapportés par nous au commencement de ce mémoire, recueillis à la campagne, en dehors de tout foyer de muguet, et d'autres encore, cités à la suite, répondent à la première objection; quant à la seconde, avant de la réfuter, je vais la reproduire avec les termes dont Billard (*Maladies des nouveau-nés*, article MUGUET) s'est servi: « Je ne crois pas, dit-il, que le muguet de la bouche soit contagieux. M. Baron rejette toute idée de contagion, parce qu'il a souvent vu des enfants qui n'étaient pas affectés de muguet boire avec la même cuiller que d'autres enfants qui en étaient atteints, sans contracter cette maladie. C'est un fait que j'ai moi-même observé. »

Billard n'expose ici que la moitié de la vérité; mais je puis suppléer à son silence. Placé quelques années après lui dans le service où il se livrait à ses observations, j'ai été témoin du fait indiqué plus haut; mais j'ai vu aussi un très grand nombre de sujets contracter le muguet dans la même circonstance, c'est-à-dire, après avoir bu avec la cuiller ou avec le verre dont, avant eux, s'étaient servis ceux qui en étaient affectés. Ces deux sortes de cas se présentent fréquemment à l'hospice des Enfants trouvés: là, en effet, les malades atteints d'affections différentes sont alités, sans distinction, les uns près des autres; à l'heure des repas et dans l'intervalle, pour leur distribuer le lait ou les tisanes, on emploie les mêmes vases, sans autre préoccupation que celle d'entretenir leur propreté par de fréquents lavages, mais non point dans le but d'éviter les effets de la contagion. Et alors il arrive souvent qu'avant d'être soumis à ce lavage, une cuiller ou un verre, en quittant une bouche couverte de muguet, sont présentés à une bouche encore saine et réciproquement. Le hasard en décide, et non l'intention. Plusieurs des enfants, ainsi exposés à la chance de gagner le muguet, s'il est contagieux, le contractent en effet, ainsi que je l'ai vu; d'autres en restent exempts, comme Billard l'a remarqué.

En présence de ces expériences contradictoires, il serait difficile de se former une conviction, si l'on n'avait que ce seul moyen de l'établir. Mais le doute doit cesser devant les preuves nombreuses déjà énumérées; l'interprétation est fixée par ce qui précède. De ces deux résultats de l'observation, l'un confirmatif de la contagion, l'autre en apparence négatif, le premier conserve toute sa valeur et devient à son tour un témoignage important puisqu'il se trouve en harmonie avec des faits analogues et la théorie; le second n'a pas d'autre signification que celle que l'on accorde aux exemples d'immunité de la syphilis, de la gale, de la petite vérole, etc., à la suite de rapports propres à les communiquer et restés infructueux. On raconte et chaque jour on voit pour toutes les maladies contagieuses, chez les individus qui s'exposent à leurs atteintes, de pareils cas d'exemptions, espèces de démentis opposés à la règle. On explique par l'inégalité des prédispositions individuelles, et celle des épreuves ou des circonstances, ces heureuses exceptions, mais sans songer à suspecter le principe. Cette explication convient aussi aux cas que Billard a signalés.

Nous avons encore à nous défendre d'une dernière et spécieuse objection, présentée dans un article dont les auteurs jouissent d'une grande et juste autorité en pareille matière. (*Dict. de méd.* en 30 vol., art. MUGUET, p.   )

« Le muguet ne paraît pas contagieux, disent MM. Guersant et Blache. M. Dugès prétend qu'il se propage aisément d'un enfant malade à un enfant bien portant, s'ils tètent la même nourrice; mais les faits observés par nous, ceux de M. Baron, ceux que Billard et Valleix ont mentionnés, sont contraires à cette assertion; *et si parfois le muguet du nourrisson se communique au sein de la nourrice*, ce n'est pas là une véritable contagion, mais l'effet d'une irritation directe et mécanique, qui détermine une inflammation locale de même nature, résultat comparable à l'irritation pseudo-membraneuse qui peut naître sur un doigt tourmenté par une succion continuelle. »

Je remarque, dans ces lignes, d'abord une dénégation qui ne saurait se maintenir désormais en présence des faits produits postérieurement à leur publication, puis pour échapper aux conséquences d'un aveu favorable à l'hypothèse que l'on veut combattre, une supposition habilement organisée, mais mal fondée, car elle repose sur une fausse comparaison. En effet, il est fréquent de voir, sous l'influence de la faim ou d'une irritation des gencives, des enfants sucer leurs doigts avec une sorte de fureur, de façon à le dépouiller de son épiderme, et cependant, sur ces organes tourmentés par une succion continuelle, on n'a jamais observé un grain de muguet.

La comparaison manque donc en ce point de justesse. De plus, ses auteurs n'ont pas songé que les enfants, atteints de muguet, touchent à peine le sein de leurs nourrices et s'en éloignent dès le début, avant même l'apparition des fausses membranes. Si la cause de la transmission était, comme ils le prétendent, une irritation directe et mécanique déterminée par une succion incessante, il n'y aurait pas de femmes plus exposées à le contracter que celles dont le nourrisson est bien portant et doué d'un appétit qui lui fait continuellement rechercher le sein de sa mère, ce qui reviendrait à dire que les enfants les plus propres à donner le muguet à leurs nourrices sont ceux qui ne l'ont pas.

Ainsi, pour éviter une explication toute naturelle et pleine de vraisemblance, MM. Guersant et Blache aboutissent à une contradiction.

Si, en cette circonstance, les hommes éminents que je

viens de citer pour les combattre se sont écartés de leur rigueur habituelle, il faut peut-être en accuser la rareté des observations particulières propres à mettre en évidence la propriété contagieuse du muguet. Depuis un certain nombre d'années, de nouveaux faits se sont produits, et la solution du problème est devenue plus facile. De mon côté, j'ai l'espoir d'avoir apporté, dans ce débat, une pièce assez claire pour le trancher définitivement, et je crois pouvoir conclure, en m'appuyant sur la double base de l'expérience et du raisonnement, que le muguet est une maladie douée de la faculté de se transmettre par contagion.

Il resterait à savoir quelle est la fréquence de cette transmission, comment et en quelles circonstances elle a lieu, par quels moyens on pourrait l'éviter. C'est ce que je me propose d'examiner en terminant.

Dans les hospices consacrés aux nouveau-nés, nul doute qu'elle n'ait de nombreuses occasions de s'opérer, si l'on ne met un soin rigoureux à empêcher entre les enfants sains et malades la communication de tous les objets propres à servir de véhicule au muguet. Ces objets sont : d'abord le sein des nourrices, puis les biberons, cuillers, verres, essuie-bouches, etc. Aux Enfants trouvés de Paris, où ce système prohibitif serait si nécessaire, mais où il n'existe pas, ainsi que je l'ai dit, je crois que la contagion contribue pour une large part à la fréquence des cas de muguet. Elle tient aussi à d'autres causes dont je suis loin de contester l'influence; je veux seulement indiquer celle-ci que l'on paraît avoir oubliée.

Je considérerai comme le devoir d'une sage administration de suivre, à cet égard, une autre voie. La question fût-elle douteuse, la prudence conseillerait d'adopter le plan de conduite le moins sujet à inconvénient en cas d'erreur, en un mot, d'agir comme si la propriété contagieuse du muguet était à redouter. De cette manière, on s'expose simplement, si l'on se trompe, à prendre quelques précautions inutiles ; tandis que le système contraire compromet et met en péril la santé des enfants. Il n'y a donc pas à hésiter, d'autant moins que ce doute, supposé possible, doit disparaître aujourd'hui devant l'évidence des faits et l'abondance des preuves.

Faut-il entrer dans le détail de toutes les mesures destinées à remplir le but que je propose? je ne le pense pas ; il suffit de l'indiquer. Il est facile de deviner comment on peut forcer des nourrices à n'allaiter qu'un seul enfant, et les empêcher de prêter leurs seins à d'autres qu'à leurs nourrissons, quels soins elles ont à prendre pour nettoyer et purifier le mamelon après une succion suspecte.

On comprend la nécessité de séparer de ceux qui ne l'ont pas les sujets affectés de muguet, et d'éviter entre eux toute espèce de rapports nuisibles au moyen des objets dont on se sert pour leur alimentation.

L'importance de ce traitement préservatif ne paraîtra pas exagérée, si l'on considère le nombre des victimes que cette maladie fait dans les hospices de nouveau-nés ; elle trouvera encore bien des occasions de se développer spontanément au milieu des circonstances fâcheuses où les place l'abandon de leurs parents, et l'emploi de l'allaitement artificiel qui en résulte au moins temporairement.

Dans la vie de famille, des conditions tout opposées rendent le muguet très rare, et la possibilité de sa transmission plus rare encore ; il faut, pour qu'elle s'opère d'un enfant à un autre, un concours d'éventualités pareil à celui qui s'est rencontré à Target.

Note sur l'application de l'auscultation au diagnostic des affections de l'organe de l'ouïe, par le docteur Camille Lauwers (de Courtrai).

La récente lecture de M. Ménière à l'Académie de médecine donne de l'à-propos à la note ci-dessous, empruntée aux Annales médicales de la Flandre occidentale (1857, 2e livraison). *On verra que M. Lauwers avait signalé avant l'honorable médecin de l'Institut des sourds-muets le peu de fondement des espérances conçues naguère au sujet de la stéthoscopie de l'oreille, et l'impossibilité physique des phénomènes qu'avait cru reconnaître M. Gendrin.*

A. D.

M. Gendrin a appliqué l'auscultation aux maladies internes de l'oreille ; je me permets de mettre en doute la valeur pratique de cette application, dans laquelle je ne vois mi... qu'une illusion d'acoustique. M. Gendrin — d'autres l'avaient d'ailleurs précédé dans cette voie — va écouter, à travers l'oreille de son malade, les bruits que font la respiration, l'action de siffler, de parler, de tousser, etc., et il n'entend rien, parce que la trompe d'Eustache est habituellement fermée.

C'est ce que tout le monde ne sait pas. Le canal de la trompe est aplati, sa paroi est en contact avec elle-même et il ne s'ouvre que de temps en temps, à l'occasion des mouvements du voile du palais. Les muscles péristaphylins, en effet, ont une insertion au cartilage de la trompe. Haller savait très bien qu'une des fonctions du péristaphylin externe est de dilater la trompe.

M. Gendrin dit : « Dans l'état physiologique, chaque expiration fait retentir dans l'oreille moyenne un bruit de souffle grave, doux, éloigné, qui s'éteint avant la fin du mouvement respiratoire » (Lettre adressée à l'Académie des sciences de Paris, séance du 1er septembre 1856). Si M. Gendrin entend cela, il doit s'en trouver bien gêné. (Je sais bien que l'auteur parle du sujet qu'il ausculte ; mais s'il entend des bruits physiologiques dans l'oreille d'autrui, à plus forte raison il doit entendre ces bruits dans ses propres organes.) Moi je l'entends aussi (j'entends l'inspiration et l'expiration), mais seulement quand, automatiquement ou volontairement, j'ouvre le canal de la trompe d'Eustache. Si au premier venu vous faites faire des mouvements d'inspiration et d'expiration pendant que vous lui tenez la bouche et le nez fermés, vous n'observez aucun mouvement dans le tympan ; ce qui prouve que la trompe est fermée aussi.

Pour ouvrir la trompe, il faut abaisser et tendre le voile du palais par la contraction du muscle péristaphylin externe. On obtient quelquefois cet effet en disant aux malades de se moucher pendant qu'ils tiennent les mâchoires largement écartées et la bouche ouverte ; mais la plupart ne parviennent pas à se moucher avec cette condition, parce qu'ils sont trop maladroits pour tendre et abaisser le voile du palais contre la base de la langue, ce qui est la condition de la double action de se moucher et d'ouvrir la trompe d'Eustache. Si le péristaphylin externe, d'accord avec ses congénères, n'abaisse le voile en le tendant, l'air expiré passe par la bouche ; et, sans la contraction de ce muscle, la trompe reste fermée.

La fonction du conduit qui fait communiquer l'oreille moyenne avec le pharynx, c'est d'équilibrer la pression de

air de la caisse avec celle de l'air extérieur. Or, comme la pression de l'air ne varie pas continuellement, cette fonction n'est mise en jeu que de temps en temps. Ah ! si la trompe était béante, comme notre voix retentirait inutilement dans notre propre tête ! Impossible de parler pendant que le péristaphylin externe reste contracté ; mais cette contraction n'empêche pas la production des bruits et des sons dans le larynx. Eh bien ! écoutez l'assourdissant bourdonnement de ces productions vocales.... De tout cela je conclus que M. Gendrin s'est tout bonnement fait illusion.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 4 MAI 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

ANATOMIE. — *Mémoire sur la structure et le développement des poumons*, par M. *Mandl* (nous publierons ce travail avec figures). *Renvoi à la commission du prix de Physiologie expérimentale.*)

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — *Recherches anatomiques et physiologiques sur les appareils musculaires et érectiles des glandes séminales des deux sexes*, par M. *Ch. Rouget*. — Le but de cette note complémentaire d'un mémoire présenté en décembre 1855, est surtout d'indiquer que l'enveloppe des deux glandes séminales et les cloisons qui pénètrent dans l'intérieur des glandes sont la continuation immédiate du système musculaire destiné, d'une part, à accomplir chez la femelle l'action de la ponte, et chez le mâle l'acte d'excrétion du produit de la glande séminale ; et d'autre part, à déterminer l'érection des appareils vasculaires connus sous le nom de *plexus pampiniformes ;* de plus, cette enveloppe et ces cloisons sont constituées essentiellement par des faisceaux de fibres lisses, à noyau, dont les caractères microscopiques sont ceux de ce tissu presque partout confondu avec le tissu cellulaire sous le nom de *tissu cellulaire contractile*, et décrit par M. Rouget sous le nom de *faisceau musculaire dartoïde*. La nature musculaire des tuniques albuginées du testicule et de l'ovaire, et des cloisons qui enferment les éléments de ces glandes, dévoile le mécanisme de l'expulsion de l'œuf hors des conduits étroits, mille fois contournés et dépourvus de tunique musculaire propre. (*Renvoyé à la commission de Physiologie expérimentale.*)

MÉDECINE. — *Recherches sur les paralysies symptomatiques de la compression intra-crânienne et sur leur signification*, par M. *E. Ancelet*. — Voici les principaux résultats des recherches exposées dans ce mémoire : — Les différentes variétés de paralysie symptomatique des affections cérébrales sont, dans l'immense majorité des cas, le résultat de la compression, et non de l'inflammation ou des déchirures du cerveau qui peuvent la compliquer. — Elles sont dues non à la compression de la substance cérébrale elle-même, mais à la compression médiate ou immédiate des parties nerveuses périphériques. — Cette explication, dit l'auteur, basée sur les faits, rend compte des phénomènes jusqu'ici inexpliqués : de l'absence de paralysie dans certains cas de compression notable du cerveau, des différences de nombre et de groupement de ces paralysies, des faits exceptionnels de non-entrecroisement de la paralysie et de la lésion qui la détermine. (*Comm. :* MM. Serres, Velpeau, J. Cloquet.)

M. *Rochard* présente des remarques sur la réponse qu'a faite M. *Sellier* à la réclamation qu'il avait adressée à l'occasion du mémoire sur le traitement de la couperose par l'iodure de chlorure mercureux. (*Commission nommée.*)

EMBRYOGÉNIE. — *Sur une tumeur considérable composée de dix poches embryonnaires contenues dans les ovaires d'une femme adulte*, par M. *Alquié*.

L'auteur, en terminant ce mémoire, en présente les conclusions dans les termes suivants :

1° La fécondation dans les vésicules de l'ovaire non rompues est possible même à travers les quatre membranes qui recouvrent le germe. — 2° La grossesse intra-ovarique peut donc se produire. — 3° Cette fécondation peut s'effectuer chez la même femme plusieurs fois et même dix fois à des époques différentes ; la superfétation de cette espèce, même multiple, est donc possible. — 4° L'éclosion de l'ovule ou la ponte n'est pas nécessairement liée à la menstruation. — 5° Les kystes développés dans l'ovaire, dans les environs ou dans les organes éloignés du bassin et qui renferment des cheveux ou des dents, sont des produits de conception. (*Comm. :* MM. Flourens, Velpeau, Coste.)

PHYSIOLOGIE. — *Sur la sensibilité des tendons*, extrait d'une lettre de M. *Linas* à M. Flourens. — Vous avez entrepris de mettre d'accord Haller et J.-L. Petit, sur la question de la sensibilité des tendons, et vous êtes parvenu à concilier les opinions en apparence contradictoires du grand physiologiste et du célèbre chirurgien, en démontrant que « les tendons, qui sont complétement insensibles » dans l'état normal, manifestent une sensibilité très vive à l'état » d'irritation ou d'inflammation. » J'ai eu, dernièrement, l'occasion de vérifier ce phénomène de la sensibilité pathologique des tendons, et j'ai l'honneur de vous communiquer le fait que je viens d'observer à la maison de santé de Charenton, à laquelle je suis attaché comme médecin interne.

Il y a quatre jours, une jeune fille de seize ans, ouvrière dans une filature de laine, à Gravelle (commune de Saint-Maurice), se laissa prendre étourdiment la peau de la face dorsale du pouce droit entre les dents d'un engrenage. Le tendon du muscle grand extenseur avait conservé ses insertions, mais il se montrait à nu au fond de la plaie, déchiré, meurtri dans une partie de son épaisseur, au niveau de la première phalange.

La jeune fille avait supporté cet accident avec un grand courage, et elle subit, sans sourciller, les manœuvres qu'exigeait l'exploration de la blessure, ainsi que la section des lambeaux de peau pratiquée dans le but d'en régulariser les bords. Mais elle changea de visage, et elle ne put s'empêcher de crier et de pleurer quand j'ébarbai avec les ciseaux les parties déchiquetées du tendon ; la patiente accusait encore de très vives douleurs toutes les fois que je tourmentais le tendon avec la pointe d'un stylet ou que je le serrais entre les mors d'une pince.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 12 MAI 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet une note sur une opération césarienne pratiquée à la maternité de Tulle et suivie de succès.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Tarn, en 1856. — *b*. Un rapport final de M. le docteur *Yvonneau* (de Blois), sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Thénay. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Un mémoire intitulé : *Recherches sur l'emploi des lits médico-chirurgicaux dans la pratique*, par M. le docteur *Damoiseau* (d'Alençon). (*Comm. :* MM. Davenne, Poiseuille et Larrey.) — *d*. La formule d'une dissolution de bromure d'iode, par M. le docteur *Bellanger* (de Senlis). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *e*. Une demande en autorisation d'exploitation des eaux minérales de Forges-les-Briis (Seine-et-Oise).

3° L'Académie reçoit : — *a*. Un rapport sur la vaccine et la petite vérole, dans le canton de Lavit (Tarn-et-Garonne), en 1856, par M. le docteur *Laforêt*. (*Commission de vaccine.*) — *b*. Un mémoire sur l'usage du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde, par M. le docteur *Vincenzo Castellani*. (*Comm. :* M. Grisolle.) — *c*. Une lettre de M. *Maneuti*, de Gatti di Vivario (Corse), ex-chirurgien de marine, contenant le résumé de quelques remarques sur le choléra. (*Commission du choléra de 1854.*) — *d*. Un mémoire sur le délire dans les maladies aiguës et son traitement par l'opium à haute dose, par M. le docteur *Limousin*. (*Comm. :* M. Bouillaud.) — *e*. Note relative à un perfectionnement apporté au forceps, par M. le docteur *Aurelio Finizio*, professeur

adjoint de clinique d'accouchements à Naples. M. Depaul, *rapporteur*. — *f.* Une note de M. le docteur *Leroy* (d'Étiolles), sur un muscle décrit par Vésale, connu aujourd'hui sous le nom de muscle de Wilson, et sur le rôle qu'on lui attribue dans la production des spasmes de l'urèthre. (*Comm.* : M. Robert.) — *g* Une deuxième note de M. le docteur *Leroy* (d'Étiolles), relative à une modification qu'il a apportée au conducteur des lithotomes cachés. (M. Malgaigne, *rapporteur*.)

Lectures et Rapports.

CHIMIE APPLIQUÉE. — M. *Poggiale*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Caventou* et *Lecanu*, donne lecture d'un rapport sur un travail de M. *Jeannel* (de Bordeaux), ayant pour titre : *Recherches comparatives sur les alcalis et les carbonates alcalins considérés comme agents destructeurs de la glycose.* M. Poggiale rappelle que, dans un mémoire présenté à l'Académie vers la fin de 1855, il a examiné lui-même l'action des alcalis, des carbonates et des bicarbonates alcalins sur la glycose, en dehors de l'organisation ; et plusieurs expériences lui ont démontré que, dans le laboratoire, comme dans l'économie animale, le carbonate de soude n'agit pas sur la glycose, et qu'il faut élever la température du mélange à environ 95 degrés pour que l'action ait lieu.

M. Jeannel a continué cette étude dans le mémoire qu'il a adressé à l'Académie.

Dans une première série d'expériences, l'auteur a reconnu qu'à poids égaux la soude caustique a sensiblement plus d'action sur la glycose que la potasse caustique ; le contraire a lieu si l'on emploie ces alcalis dans le rapport de leurs équivalents chimiques. L'intervention de l'air n'est pas nécessaire pour la destruction de la glycose par les alcalis en excès, mais elle la favorise.

M. Jeannel a reconnu que le carbonate de soude n'agit sur la glycose qu'à la température de 90 à 95 degrés centigrades. Le carbonate de potasse attaque la glycose à la température de 55 degrés environ.

M. Jeannel admet, cependant, avec d'autres médecins, que, dans l'organisme vivant, les bicarbonates alcalins diminuent la proportion de sucre contenue dans les urines des diabétiques. Mais cette assertion n'est pas appuyée sur des observations cliniques.

La commission propose d'adresser des remercîments à M Jeannel et de déposer son mémoire aux archives. (*Adopté.*)

MÉDECINE. — M. *Bouillaud* donne lecture d'un *Rapport sur une observation* de M. le docteur *Delmotte*, *relative à un calcul biliaire expulsé spontanément par les selles.*

Il s'agit d'une femme de soixante-quatre ans, d'un tempérament bilieux, qui, ayant éprouvé une dysentérie à l'âge de quinze à seize ans, resta sujette à des tiraillements dans l'hypochondre droit, qu'on attribua à une hernie. A la suite d'un sixième accouchement, la malade fut sujette, à des époques indéterminées, à des douleurs dans la région hépatique, accompagnées de fièvre, et souvent de vomissements, de constipation, d'une coloration blanc grisâtre des matières stercorales, d'ictère général avec couleur safranée des urines.

Le 1er avril 1839, elle rendit par l'anus un calcul fusiforme, long de 6 centimètres (M. Bouillaud le dépose sur le bureau). A partir de cette époque, cette femme jouit d'une très bonne santé.

L'auteur de l'observation pense que ce calcul est tombé dans le duodénum après avoir distendu les canaux biliaires. Il regrette d'ailleurs que l'incertitude du diagnostic avant l'expulsion du calcul ait rendu cette observation incomplète.

M. Bouillaud fait remarquer que, grâce aux progrès du diagnostic différentiel, de pareilles incertitudes ne seraient plus possibles, et que, si le ralentissement constant du pouls dans l'ictère eût été connu du temps de Stoll, il n'eût pas manqué d'embarrasser ce chef d'école, à propos du rôle considérable qu'il faisait jouer à la bile dans la production de certaines phlegmasies.

Le rapporteur termine en proposant à l'Académie de remercier M. le docteur Delmotte, et de mentionner son observation au *Bulletin.*

M. *Caventou* rappelle qu'il y a vingt ans environ il a eu l'occasion d'analyser un calcul du même genre qu'il avait trouvé entièrement formé de cholestérine.

M. *Cloquet* n'admet pas que le calcul présenté par M. Bo[illegible] puisse être un entérolithe : sa forme, sa couleur, sa légèreté [illegible] quent suffisamment un calcul biliaire.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

M. *Bouillaud* lit encore un rapport sur un travail de M. le [illegible] teur *Delotz*, de Saint-Flour, ayant pour titre : *De l'état pu[illegible] comme cause d'endocardite.*

Le rapporteur expose le résumé de cinq observations [illegible] M. Delotz publie en faveur de cette idée, que souvent l'endoca[illegible] est liée à l'état puerpéral.

A propos de la première observation, il fait remarquer la [illegible] rence qui existe entre cette espèce d'endocardite et celle [illegible] présente à la suite de certaines fièvres (telles que celles [illegible] appelait autrefois fièvres primitives, essentielles), ou des [illegible] éruptives.

Il ne suffit pas, dit le rapporteur, d'un aussi petit nom[illegible] faits pour établir une règle générale; mais les observati[illegible] M. Delotz n'en méritent pas moins une sérieuse attention. T[illegible] fois il faudrait commencer par démontrer que, chez les acc[illegible] dont il s'agit, il n'existait pas quelque autre des éléments [illegible] giques de l'endocardite, savoir : rhumatisme articulaire [illegible] phlegmasies de la plèvre ou des poumons, ou même fièvres [illegible] nues, spéciales ou spécifiques, pouvant produire l'endocardite. [illegible] nouvelles accouchées sont d'ailleurs sujettes à ces affections, [illegible] trouvent, en conséquence, plus exposées que les autres suj[illegible] causes ordinaires d'inflammation de la membrane interne du c[illegible]

Il faudrait, pour résoudre le problème posé par M. Delotz, [illegible] résoudre préalablement un autre, à savoir : en quoi consiste, [illegible] manière précise, la cause première et essentielle de l'état p[illegible] péral.

En résumé, sans conclure que l'état puerpéral soit sans in[illegible] sur l'endocardite, le rapporteur pense que cette propositi[illegible] M. Delotz n'est pas suffisamment étayée par les faits qu'il a obser[illegible]

Remercîments à l'auteur et dépôt aux archives. (*Adopté.*)

ANESTHÉSIQUES. — M. *Robert*, au nom d'une commission [illegible] fait partie avec MM. *Velpeau* et *Malgaigne*, donne lectu[illegible] *Rapport sur une note de M. le docteur Debout, relative à l'*[illegible] *et à la valeur de l'amylène, considéré comme agent anesthési*[illegible]

M. Robert rappelle que l'amylène, découvert par M. Ba[illegible] 1844, a été employé, pour la première fois, comme anesthé[illegible] dans le mois de novembre 1856, par le docteur Snow, qui com[illegible] niqua le résultat de ses observations à la Société royale de Lo[illegible] le 20 janvier de cette année. Peu de jours après, M. Girald[illegible] Paris, l'employait avec succès à l'hôpital des Enfants trouv[illegible] 3 mars, M. le professeur Tourdes, de Strasbourg, faisait par[illegible] à l'Académie un mémoire sur le nouvel anesthésique ; enfin, [illegible] jours plus tard, M. Debout donnait lecture du travail qui fait l'o[illegible] de ce rapport.

M. le rapporteur, après quelques remarques sur l'influ[illegible] qu'exerce le mode de préparation de l'amylène sur les qualités [illegible] cet agent, insiste sur l'importance qu'on doit attacher à se procur[illegible] cet agent à un haut degré de pureté. Celui dont M. Debout s'est servi, et dont M. Robert a fait usage à son tour, a été préparé [illegible] la maison Ménier. Il bout de 28 à 35 degrés ; il est très volatil, [illegible] présente une odeur assez marquée d'huile de naphte.

Suivant M. Robert, d'accord en cela avec M. Debout, la gr[illegible] volatilité de l'amylène rend nécessaire l'emploi d'un ap[illegible] d'inhalation, qui, s'appliquant exactement sur le nez et la bou[illegible] prévienne toute déperdition des vapeurs. M. Robert pense que c'est pour avoir omis cette précaution, et pour s'être contentés d'un simple cornet muni d'une éponge, que plusieurs chirurgiens ont échoué.

Les faits contenus dans la note de M. Debout, ajoute le rapp[illegible] teur, n'offrent rien de nouveau : ils confirment ceux que MM. Sn[illegible] Giraldès et Tourdes ont publiés relativement à la promptitude de l'anesthésie par l'amylène, à ses effets sur les organes de la respi[illegible] ration et de la circulation, et, se fondant sur le peu de réaction qu[illegible] provoque le nouvel agent, l'auteur de la note conclut à ce q[illegible]

l'amylène soit inscrit au nombre des agents médicamenteux utiles.

M. Robert a eu l'occasion de recourir aussi à l'amylène, 44 fois, sur des adultes, hommes et femmes, et pour des opérations très variées. Il n'a jamais observé de signes d'irritation de la membrane muqueuse, de la bouche ou des bronches, si ce n'est chez un tuberculeux, qui a toussé pendant une partie de la durée de l'amylénisation. En général, les malades sont devenus insensibles au bout d'une à trois minutes, rarement après six ou sept. Trois d'entre eux ont été réfractaires. L'anesthésie s'est établie chez les autres sans être précédée des symptômes d'agitation que provoque souvent le chloroforme; puis M. Robert signale la coloration du visage, l'ouverture des paupières, la fixité des yeux, qui sont ordinairement portés en haut; le renversement de la tête en arrière; quelquefois la roideur des membres; la fréquence du pouls, qui, dans un seul cas, est devenu intermittent et filiforme; la liberté des mouvements respiratoires; jamais ce resserrement spasmodique des mâchoires, avec menace de suffocation, qu'excite parfois le chloroforme. Un fait important, déjà noté, c'est que l'amylène ne donne pas lieu à la résolution musculaire, et que l'immobilité qu'il produit serait de courte durée si l'on n'avait le soin de l'entretenir en versant toutes les cinq ou six secondes de petites quantités d'anesthésique dans l'appareil. L'opération terminée, le réveil est prompt, et les malades, revenus à eux-mêmes, ne conservent aucun malaise. Pourtant, M. Robert rapporte trois cas dans lesquels l'amylène provoqua une espèce de délire singulier, de quelques minutes seulement, et accompagné, chez deux jeunes filles, de cris, de rêves, de sanglots et de mouvements convulsifs violents. Le chloroforme excita d'ailleurs les mêmes effets chez l'une de ces opérées.

L'amylène peut-il être employé sans danger? On l'avait espéré d'abord. Mais, malheureusement, un cas de mort arrivé tout récemment entre les mains de M. Snow lui-même est venu atténuer l'excellente opinion qu'on avait conçue de cet anesthésique.

Le rapporteur raconte avec détail l'observation recueillie par M. Snow, et relative à un gentleman âgé de trente-trois ans, atteint de fistule à l'anus, et qui succomba, après quelques minutes d'inhalation, dans un état syncopal (faiblesse, puis absence du pouls, lividité des traits, résolution musculaire, immobilité générale, embarras, puis cessation de la respiration), et qui présenta, à l'autopsie, une apparence emphysémateuse des poumons, un peu d'hypertrophie du cœur, avec contraction excessive du ventricule droit; de la congestion hépatique.

M. Robert, se livrant à l'interprétation de ce fait, reconnaît, avec M. Snow d'ailleurs, que la mort est bien due à l'amylène; mais considérant l'habileté du chirurgien anglais, son expérience spéciale dans le maniement des anesthésiques et les précautions extrêmes qui avaient été prises dans ce cas particulier, le rapporteur admet que la mort est survenue, ici, par suite d'une prédisposition inconnue de l'organisme, plutôt que par l'administration intempestive ou excessive des vapeurs anesthésiques.

L'amylène offre-t-il moins de danger que l'éther ou le chloroforme?

M. Debout, dans son travail, s'est occupé de ce problème et en a fait l'objet d'expériences comparatives sur les animaux.

M. Robert a répété les recherches de M. Debout sur des volatiles et des lapins, et il en a institué d'autres sur des chiens, mais en plaçant ces animaux dans les conditions où se trouvent les malades soumis aux inhalations. Avec le chloroforme, les animaux ont toujours succombé en 30 ou 40 minutes, par le ralentissement progressif et la cessation des mouvements respiratoires. Avec l'amylène, mêmes phénomènes que chez l'homme En continuant l'expérience, dans le but de faire périr les animaux, M. Robert a vu qu'ils s'habituaient à l'action de l'amylène et recouvraient même une partie de leur sensibilité après une heure d'inhalation.

Un dernier chien, auquel M. Robert laissa, pendant plus d'un quart d'heure, la tête entière plongée dans une atmosphère d'amylène, mourut après avoir présenté des contractions dans les membres, des convulsions, puis de la résolution musculaire et une diminution progressive des mouvements respiratoires.

Ces expériences prouvent que l'amylène est toxique, mais qu'il a beaucoup moins d'activité que le chloroforme. D'après M. Robert, c'est dans l'anesthésie même que gît le danger, dans l'anesthésie qui, suivant une expression heureuse de M. Tourdes, est une diminution de la vie et un pas fait vers la mort.

Le rapporteur pense que l'amylène mérite néanmoins d'être conservé dans la pratique au même titre que l'éther et le chloroforme; puis il pose les indications et les contre-indications de son emploi.

La promptitude de son action, la courte durée de ses effets, rendent l'amylène préférable aux autres anesthésiques pour des opérations très courtes, lorsqu'on se propose seulement d'annihiler la douleur ou simplement de l'émousser. La propriété qu'il a de n'exercer aucune irritation sur la muqueuse respiratoire, de n'exciter ni nausées ni vomissements, le feront plus particulièrement employer pour les enfants et les malades atteints de quelque affection des voies aériennes.

L'amylène devra être rejeté dans les opérations longues et pénibles, surtout dans celles où il est nécessaire d'anéantir la contraction des muscles (réduction des luxations et des hernies).

M. Robert repousse le conseil donné par M. Tourdes de continuer l'inhalation jusqu'à la résolution des muscles: car, outre l'inconvénient de faire absorber des quantités considérables d'amylène, il n'est pas démontré que l'on puisse produire sûrement la résolution complète par la multiplication des doses. Les expériences de M. Robert tendent même à démontrer que l'action de l'amylène finit par s'émousser, à moins que les doses n'en soient élevées à un degré excessif; et dans ce cas, si l'on parvient à obtenir la résolution musculaire, c'est peu d'instants avant que les animaux succombent.

Le rapporteur, au nom de la commission, propose : 1° d'adresser des remercîments à M. le docteur Debout; 2° de déposer son travail dans les archives de l'Académie.

M. *Velpeau*. Quoique je sois membre de la commission qui avait à prononcer sur le travail de M. Debout, et bien que j'aie signé le rapport qui vient de vous être lu, je déclare que je ne suis pas grand partisan de l'amylène. Je l'ai quelquefois essayé dans mon service, à la Charité; et franchement je ne crois pas qu'on ait encore trouvé le successeur du chloroforme, qui, jusqu'à nouvel ordre, est, à mon avis, le meilleur des anesthésiques. Je reproche à l'amylène son odeur détestable, aussi incommode pour les assistants que pour l'opéré, le peu de certitude et de constance de son action, la trop courte durée de ses effets, et la nécessité où l'on est, en l'employant, de faire usage d'un appareil spécial d'inhalation. Enfin, l'accident arrivé à M. Snow, et rappelé par M. Robert, détruit les espérances qu'on avait fondées sur son innocuité.

Quant au chloroforme, je ne le dis pas entièrement inoffensif; mais je crois qu'on a singulièrement grossi les dangers de son emploi; je dirai même assez volontiers qu'on l'a calomnié. Depuis une dizaine d'années j'ai bien employé le chloroforme cinq à six mille fois, pour des opérations diverses et sur des personnes d'âge et de sexe différents : jamais je n'ai eu à déplorer aucun accident. Je ne suis pas le seul dans ce cas parmi les chirurgiens de Paris. Je ne sache pas qu'il y ait jamais eu beaucoup de malheurs par le chloroforme dans tous nos grands hôpitaux. D'ailleurs, quand la mort survient pendant ou après une opération chirurgicale, est-il juste, dans tous les cas, d'en accuser l'agent anesthésique? M. Robert a perdu, je crois, un amputé de la cuisse auquel il avait fait inhaler le chloroforme. On s'en est pris au chloroforme; je ne suis pas sûr qu'on ait eu raison. Je pense que cet anesthésique n'est pas plus dangereux que l'amylène, si on l'emploie avec toutes les précautions convenables. Il a sur son rival l'avantage de ne pas répandre une odeur infecte, de pouvoir se manier facilement et sans le secours d'un appareil spécial. Il suffit d'en répandre quelques grammes sur une éponge, une compresse ou un plumasseau de charpie. Son action est ordinairement assez prompte et toujours durable; d'ailleurs, on peut sans inconvénient prolonger l'inhalation : le degré de l'anesthésie doit donner la mesure de la dose qu'il

convient d'employer. Le réveil qui succède aux effets du chloroforme est généralement assez prompt.

Je me résume, en disant que l'amylène peut être introduit dans la pratique, mais qu'il ne mérite pas d'être substitué au chloroforme, qui demeure encore le plus puissant et le plus sûr des anesthésiques.

M. *Hervez de Chégoin* exprime, en peu de mots, une opinion conforme à celle de M. Velpeau.

M. *J. Cloquet*. Le masque décrit par M. Robert pour l'inhalation de l'amylène ne diffère guère de celui que j'avais imaginé, il y a cinq ou six ans, pour l'inhalation du chloroforme. Depuis que j'ai vu qu'on pouvait administrer cet anesthésique sans le secours d'un instrument particulier, j'ai pensé que mon appareil, en y adaptant de longs tuyaux qui prendraient l'air au dehors, pourrait servir plus utilement aux ouvriers exposés à respirer des gaz méphitiques.

M. *Larrey* rappelle les avantages que M. Giraldès a retirés de l'emploi de l'amylène sur les enfants. Il regrette de n'avoir pas encore eu lui-même l'occasion de l'employer. Il partage, d'ailleurs, les sages réserves faites par M. Velpeau.

M. *Gibert* estime que le chloroforme, dans les cas malheureux, n'est point la cause de la mort, qu'il n'en est que l'occasion. L'opéré meurt de syncope ; seulement les effets de celle-ci sont plus prompts, parce qu'il y a peu d'air respirable dans les poumons. Il ne faut donc pas exagérer les dangers que peut présenter l'administration de cet anesthésique.

M. *Robert* insiste sur les avantages que l'amylène présente sur le chloroforme dans la pratique des opérations de très courte durée, comme les incisions, les ouvertures d'abcès, etc.

M. *Velpeau* ne partage point cette opinion, et ne peut, d'ailleurs, pardonner à l'amylène son odeur repoussante.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 17 AVRIL 1857. — PRÉSIDENCE DE M. GÉRY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La Société a reçu à sa correspondance :

Un bulletin de la Société des hôpitaux.

De l'exercice illégal de la médecine, par le docteur *Levrat*.

Du *Bittera*, succédané du quinquina, par le docteur *Delioux*.

CONTAGIOSITÉ DU MUGUET.

M. *Briquet* lit le rapport suivant, sur un travail du docteur *Mignot*, relatif à la propriété contagieuse du muguet chez les enfants. (Voir aux *Travaux originaux*.)

L'étude des maladies contagieuses a, comme toutes choses de ce monde, subi l'influence des dispositions variables des esprits, et des circonstances diverses qui se sont présentées.

Inconnue aux anciens, la propriété qu'ont certaines maladies de pouvoir se transmettre par voie de contagion ne fut connue que vers le XV[e] siècle. A cette époque, de graves fléaux venaient de faire invasion : la peste, la variole, la syphilis, venaient d'effrayer le monde par la rapidité avec laquelle ces maladies s'étaient étendues. Leur propagation avait été si rapide, la maladie s'était si promptement généralisée, que l'idée de leur transmission par voie de contagion dut naturellement se présenter à la pensée, et trouver facilement créance parmi les observateurs.

Bientôt les rapports de propagation qu'on crut trouver entre ces maladies, et certaines autres qui, d'abord locales, se généralisaient assez volontiers, firent appliquer également à ces dernières les idées de transmission par contagion, et alors le nombre des maladies contagieuses augmenta rapidement.

Au commencement de ce siècle, où la méthode expérimentale avait pris faveur, et où l'on n'admettait plus les faits qu'après les avoir soigneusement constatés, l'opinion de la transmission des maladies par voie de contagion fut soumise au contrôle de l'expérimentation, et comme celle-ci parle lentement, et comme il est assez difficile de constater la communication par la voie de contagion, celle-ci perdit du terrain, et le nombre des maladies contagieuses alla graduellement en diminuant.

Puis, plus tard, l'expérimentation ayant fini par parler, la contagion reprit faveur, et le nombre des maladies réputées contagieuses augmenta notablement.

La maladie appelée muguet des enfants a subi les péripéties dont je viens de faire mention.

D'abord regardée comme susceptible de se transmettre par voie de communication par De Haen, par Doublet et par les auteurs qui l'ont les premiers étudiée, on la voit, au commencement de ce siècle, ne plus être regardée comme communicable par voie de contagion ; et les médecins des hôpitaux d'enfants, Guersant, Baron, Billard, Valleix, lui refusent la propriété contagieuse.

Puis M. Bretonneau fait connaître la diphthérite, le muguet se trouve tout naturellement classé parmi les maladies diphthéritiques, et comme cet état pathologique est contagieux, le muguet se trouve réintégré parmi les maladies communicables par contagion, et l'on trouve au nombre des noms recommandables qui admettent ce mode de communication ceux de MM. Trousseau, Bouchut, Barthez et Delpech.

M. Mignot, ancien élève interne à l'hôpital des Enfants, adopte cette dernière opinion, et le travail qu'il a présenté a pour but la soutenir par des preuves expérimentales. Ce médecin, qui habite une petite ville, insiste sur l'avantage qu'offre l'observation de cette maladie dans les petites localités, où l'on peut suivre avec plus de facilité que dans les hôpitaux, la filiation de la maladie.

Il rapporte le fait suivant, qu'il a observé dans sa pratique.

Une femme de la campagne, accouchée récemment, et bien portante, allaite son enfant ; celui-ci, quoique faible, est bien portant, mais il tette mal, le sein de sa mère se tuméfie, les bouts des seins deviennent douloureux, se couvrent de muguet, et le jour d'après l'apparition du muguet, on remarque une semblable éruption dans la bouche de l'enfant ; ainsi pris, celui-ci tette encore plus mal, le sein de la mère se gonfle, distendu par un lait surabondant. Une voisine, qui avait un enfant bien portant, lui fait teter le sein engorgé, et dont le bout est malade ; au bout de quelques jours ce second enfant est pris du muguet, sans éprouver aucun autre dérangement de sa santé.

Tel est le fait bien simple que présente M. Mignot, et il en conclut que, dans ce double cas, il y a eu communication, de la part de la mère, du muguet qu'elle avait à son sein, aux deux enfants qui l'ont teté.

Le village dans lequel le fait a eu lieu est très salubre, et il n'y avait pas alors d'enfants malades. L'accouchée se portait bien ; son enfant, quoique faible, se portait bien ; il n'était, à la vérité, âgé que de quinze jours, et par conséquent se trouvait dans la catégorie de ceux qui contractent facilement cette maladie ; mais l'autre enfant, qui se portait très bien, avait plus de deux mois, et M. Mignot rappelle que, d'après M. Seux, et d'après les recherches qu'il a faites lui-même à l'hôpital des Enfants, cette maladie affecte de préférence les enfants âgés de quelques semaines.

D'après M. Seux, sur 402 enfants atteints du muguet, pas un n'était âgé de plus d'un mois, et 344 n'avaient qu'une semaine.

M. Mignot avait observé des faits semblables ; il avait vu que sur 113 enfants atteints de cette maladie, 91 étaient âgés de moins de deux mois.

Il n'y avait donc qu'à choisir, pour interpréter ce fait, entre l'admission d'une coïncidence très singulière et la supposition d'une communication par voie de contagion.

Or M. Mignot rappelle que la diphthérite, qui se rapproche tant du muguet, est regardée par M. Bretonneau comme contagieuse ; que M. Empis, dans un remarquable travail sur cette maladie, a rapporté un fait de communication de la maladie de la bouche de l'enfant au sein de sa mère ; que Baum cite un fait semblable.

L'auteur du mémoire fait observer que les micrographes, et entre autres MM. Gruby, Berg et Ch. Robin, ont constaté que le muguet contenait un végétal parasite, l'*oidium albicans*, qui est doué de la propriété de se reproduire.

Ainsi M. Robin a trouvé que ce parasite, mis dans l'eau, continuait à se développer suivant les lois de son organisation, et M. Berg prétend qu'on peut semer en quelque sorte le muguet sur la bouche d'un enfant.

Ainsi doué de la propriété de se reproduire, il suffit qu'il soit porté d'une manière quelconque sur la muqueuse buccale pour produire ses effets; mais ils se produisent d'autant mieux que le sujet est plus jeune et plus détérioré.

M. Mignot fait observer que les parties de la bouche qui sont le plus facilement prises du muguet sont celles qui sont le plus souvent en contact, soit avec la langue de l'enfant lui-même, soit avec le mamelon de sa mère.

Il fait encore remarquer qu'en détruisant dans la bouche d'un enfant les premières traces du muguet, on est souvent assez heureux pour l'empêcher de s'étendre; accident qui arrive si souvent et qui indique dans la maladie une sorte de tendance à la propagation par voie de voisinage, tendance qui corrobore fortement la doctrine de la contagion directe.

Comment se fait-il que des idées si simples et que des faits si faciles à constater aient échappé à l'investigation des anciens observateurs placés dans les hôpitaux d'enfants? Tout simplement parce que la maladie est si commune dans ces établissements, qu'il est difficile d'y suivre la marche de la contagion au milieu des nombreuses causes de production du muguet, et parce qu'il est souvent arrivé que, malgré des circonstances favorables, la communication n'a pas eu lieu; fait qui cependant trouve si fréquemment ses analogues dans les autres maladies contagieuses, qu'il est étonnant qu'on l'ait pris pour argument.

Maintenant devra-t-on conclure de la transmission par contact direct la nécessité de la transmission par l'intermédiaire de l'atmosphère; ce serait pousser les données théoriques au delà de leur véritable portée. Pour admettre une semblable transmission, il faut des faits précis; or jusqu'à présent ils manquent, et la théorie ne peut suppléer à leur silence.

Bornons-nous donc à considérer le muguet comme susceptible de se transmettre seulement par le contact direct, et rappelons-nous qu'heureusement, pour que ce contact soit délétère, il faut le plus souvent une condition essentielle, celle du très jeune âge et de la détérioration du sujet.

En considérant les choses de ce point de vue, on se trouve entraîné à la généralité suivante : que quand un être organisé perd les conditions de sa vitalité, il trouve, pour le faire disparaître de la surface du sol, la putréfaction, les champignons et les acares, les trois grands agents dissolvateurs des ensembles organisés.

Le travail de M. Mignot indique un esprit juste et scrutateur, qui ne peut qu'être une bonne acquisition pour notre Société; M. Mignot est en outre médecin d'un hôpital, et il jouit dans sa ville d'une considération méritée. Je propose donc de le remercier de son mémoire, et de l'inscrire au nombre de nos membres correspondants.

A la suite de cette lecture, plusieurs membres présentent quelques observations.

M. *Cazeaux*. Il est vrai que le muguet est beaucoup plus commun dans la première semaine qu'à toute autre époque. Mais on en rencontre plus tard : ainsi, je vois en ce moment un enfant pris de muguet et qui a dépassé le deuxième mois. Bien que je croie à la contagion de cette maladie, je n'ai jamais vu le muguet se développer du mamelon de la nourrice à la bouche de l'enfant, tandis que les exemples de la communication inverse sont assez communs.

Valleix a singulièrement exagéré le pronostic de cette affection. Pour moi, le muguet m'effraie si peu, que je suis encore à constater un accident qui en provienne.

M. *Camus*. Je partage entièrement l'opinion que vient d'émettre en dernier lieu M. Cazeaux. Le muguet n'est pas dangereux pour les petits enfants. Seulement dans les affections graves et qui rendent la mort imminente, une des dernières apparitions morbides est le muguet. C'est dans ce sens qu'on peut dire que chez les petits enfants le muguet peut avoir une signification funeste.

Quelques membres parlent dans le même sens.

La séance est levée à cinq heures.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 15 MAI 1857.

Suite de la discussion sur le *spina-bifida*.

Considérations sur l'inhalation respiratoire des eaux minérales de Pierrefonds, par M. SALES-GIRONS.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Oblitération du col utérin par suite de l'emploi défectueux du caustique; par M. RIGBY.

Cette observation, d'ailleurs signée d'un nom qui éloigne toute idée de méprise, fait ressortir les graves conséquences possibles d'une opération admise par beaucoup de praticiens au nombre de ces remèdes banaux auxquels doit, selon eux, s'appliquer l'adage : S'il ne fait pas de bien il ne fait pas de mal!

OBS. — Une jeune dame, âgée de vingt-quatre ans, douée de tous les avantages d'une situation sociale et d'une éducation distinguées, avait offert, avec une leucorrhée, les symptômes qui naissent du relâchement et de la perte de ton des organes intra-pelviens. Son médecin vit ou crut voir une ulcération du col utérin, et, après quelques applications de nitrate d'argent, il en fit une dernière avec un acide très fort. Une violente inflammation s'ensuivit.

Dix mois après, elle consulta M. Rigby : elle se croyait enceinte; et, en effet, le ventre était gonflé, mais plutôt tendu que douloureux. Les règles n'avaient paru qu'à intervalles irréguliers, en petite quantité, et accompagnées de beaucoup de douleur. Il y avait leucorrhée, affaiblissement progressif de la constitution.

L'orifice utérin fut trouvé dur, comme noueux; le col très court; l'utérus augmenté de volume, globuleux, dur. Le vagin offrait plusieurs cicatrices.

Du 28 mai au 15 juillet, M. Rigby s'occupa de restaurer la constitution à l'aide des toniques et des sédatifs. Alors, l'état local étant demeuré le même, il introduisit dans le col utérin une sonde dilatatrice.

Trois jours après, les règles parurent avec plus d'abondance et beaucoup moins de souffrances que jusque-là. Il sortit une quantité considérable d'un fluide de couleur brunâtre foncée, ressemblant à du sang menstruel retenu.

A partir de ce moment, les douleurs qui la tourmentaient, notamment depuis trois ou quatre mois, cessèrent tout à fait, les périodes cataméniales se régularisèrent, et la santé générale fut recouvrée.

Pourtant, en décembre, les époques commencèrent à redevenir douloureuses, et les forces ainsi que l'embonpoint à se perdre de nouveau. On constata que la sonde utérine ne s'introduisait qu'avec difficulté.

M. Rigby se décida alors, en février suivant, à inciser le col, en commençant par son orifice interne, et en rendant l'incision de plus en plus profonde à mesure que l'instrument descendait; de cette manière, la moitié au moins de la paroi du col fut divisée à la partie inférieure. L'instrument avait agi sur la ligne médiane de la face antérieure du col. Deux jours après, on introduisit un dilatateur métallique, qui fut laissé douze jours en place.

La santé gagna considérablement et immédiatement à la suite de cette opération. L'appétit devint féroce, tel qu'il n'avait pas été depuis des années. Après une menstruation fort régulière, cette dame devint enceinte, mais avorta à dix semaines.

L'ayant examinée peu de temps après, on reconnut que le col, encore un peu sensible à une pression subite, offrait quelques signes d'irritation; un écoulement albumineux s'en échappait (quatre sangsues à l'anus).

Depuis lors, état de santé très bon. Elle est redevenue enceinte, et a accouché à terme et heureusement.

Malgré les longs détails (abrégés dans notre analyse) de cette observation, il importe d'insister sur ce que l'exactitude de cette

relation minutieuse exposerait à faire perdre de vue, savoir sur l'amélioration instantanée qui a suivi une première dilatation d'abord, puis l'incision du col. L'écoulement du sang retenu et la régularisation ultérieure de la fonction menstruelle prouvent bien que les symptômes graves et persistants ne reconnaissaient d'autre cause que le rétrécissement du col, dû lui-même indubitablement à l'action inopportune et immodérée d'un caustique trop puissant et introduit trop profondément. (*Medical Times and Gazette*, 13 septembre 1856, p. 257.)

Dilatation du phimosis par les bougies et par le gland;
par M. LARGHI.

L'auteur, connu dans la science par des recherches fort intéressantes sur les applications, au système osseux, de la méthode sous-cutanée, n'a-t-il pas, dans le présent travail, fait preuve d'une ingéniosité peut-être excessive? C'est ce que nous aurons à examiner après en avoir rendu compte.

Pour lui, le prépuce est la paupière du gland avant le complet développement de celui-ci. Plus tard, il est l'appendice de l'urèthre. On doit appliquer à ses rétrécissements les mêmes moyens qu'on emploie contre ceux de l'urèthre.

L'anatomie fine de cette affection n'a peut-être pas été assez étudiée. Peut-être existe-t-il, à l'instar des muscles des paupières et des lèvres de l'anus, un muscle orbiculaire constricteur du prépuce, appareil qui pourrait être moins développé dans les cas de phimosis, comme les jumeaux et le soléaire sont moins développés dans le pied bot.

Lorsqu'on peut passer des instruments à deux et à trois branches dans l'orifice resserré du prépuce, on peut bien y introduire des corps dilatants; et l'art qui triomphe des strictures uréthrales les plus étroites et les plus profondes ne doit pas reculer devant la dilatation mécanique d'une ouverture située à l'extérieur, et dont le contour est formé de parties très souples.

Le moyen dilatant consiste dans l'introduction de bougies coniques poussées jusque dans l'urèthre, et qui, à plus forte raison, agissent sur le prépuce. Mais la nature fournit un corps dilatant souverainement approprié à cet usage. Si l'on tire le prépuce en arrière contre le sommet du gland, il n'y a pas d'agent de dilatation plus actif, plus naturel que celui-ci.

M. Larghi, passant à l'exposé de ses résultats cliniques, raconte qu'il a eu à opérer un calculeux affecté de phimosis considérable. Dans ce cas, « la délicatesse l'engagea à employer les bougies coniques pendant quelques jours, au lieu de maintenir le prépuce tiré en arrière sur le gland; » car « la chirurgie opératoire, remarque-t-il, ne peut, ne doit jamais offenser la pudeur. » En augmentant rapidement le volume des bougies, on obtint vite la dilatation du méat, et le gland put sortir. Au moment ou il écrit, M. Larghi vient d'opérer de la même façon un jeune homme affecté de rétrécissement du prépuce. (*Giornale delle scienze mediche di Torino*, 30 septembre 1856, p. 131.)

— Deux faits, dont l'un seulement commencé, c'est peu pour faire juger une méthode. Heureusement la critique est en mesure de fournir à la théorie le supplément dont celle-ci a besoin. Nous avons nous-même maintes fois eu l'occasion d'essayer la dilatation préputiale que nous pratiquions avec deux ou trois cônes mousses de racine de gentiane, laissés une ou deux heures entre le prépuce et le gland. Mais malgré toute notre persévérance, ce moyen si actif échouait contre le phimosis naturel; malgré toute la douceur apportée dans son emploi, il suscitait souvent dans le phimosis, suite de chancres ou de balanite eczémateuse, un retour de l'inflammation.

Quant à l'action du gland, sur lequel on force tous les jours le prépuce à se dilater, comme une botte sur l'embauchoir, comme le gant sur les doigts, c'est effectivement un excellent moyen que nous employons journellement depuis quinze ans, mais sans croire ni prétendre l'avoir inventé. Il est trop naturel pour ne pas s'être offert à la pensée des premiers chirurgiens qui eurent à traiter un phimosis acquis. Il est trop simple et trop efficace pour qu'on renonce à en profiter, fût-ce même pour *ménager la pudeur* [illegible] *calculeux*.

Séparation traumatique de la trachée d'avec le larynx;
par M. J.-R. ROBERTSON.

OBS. — Un artilleur reçut un coup de pied de son cheval, au[illegible] on lavait les sabots. Le coup avait porté vers l'angle de la mâchoire, où l'on ne constata qu'une solution de continuité insignifiante de la p[illegible]; cependant, immédiatement, le blessé se plaignit de suffocation. Il [illegible] que du sang déposé à l'endroit frappé l'empêchait de respirer. Saignée [illegible] sangsues n'apportèrent aucun soulagement. La face ainsi que le c[illegible] vinrent le siége d'un emphysème énorme; le blessé succomba une [illegible] et demie environ après l'accident.

L'autopsie révéla une séparation à peu près complète du larynx [illegible] la trachée. La ligne de séparation était au-dessous du cartilage cr[illegible], lequel, ainsi que le thyroïde et les aryténoïdes, n'avait souffert aucune lésion. Il ne restait que le tiers environ d'intact de la membrane qu[illegible] le larynx à la trachée. Plusieurs des anneaux et des ligaments de [illegible] dernier conduit étaient rompus ou déchirés; du sang coagulé remplissait sa cavité.

L'auteur dit avec raison que, si la mort eût été moins prom[illegible], on aurait pu essayer la trachéotomie; mais que le succès, av[illegible] si graves lésions, n'eût probablement été que temporaire. N[illegible]moins, nous croyons, nous, que l'indication était formelle; les r[illegible]seignements précis donnés par le blessé lui même la pos[illegible], ce semble, nettement au praticien.

On enseigne, en chirurgie théorique, que, sous l'effet d'un [illegible], les parties flexibles résistent, tandis que les dures se brisent [illegible] nous voyons au contraire des membranes se rompre, les cartila[illegible] contigus restant intacts. Et même, parmi ces derniers, ce so[illegible] plus souples, ce sont les *demi-anneaux* de la trachée-artère, [illegible] l'autopsie montre en fragments, pendant qu'à côté d'eux le cer[illegible] entier que constitue le cricoïde était sain. (*The Lancet*, 6 [illegible]tembre 1856, p. 277.)

V.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

ANNUAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES pour 1857. Résumé [illegible]vaux pratiques les plus importants, publiés en France et à l'Étranger, pendant [illegible] 1856, par MM. les docteurs *Jamain* et *Wahu*. 1 vol. gr. in-32 de 320 pa[illegible] Paris, Germer Baillière. 1 fr [illegible]

ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE, DE MATIÈRE MÉDICALE, DE PHARMACIE ET DE [illegible]COLOGIE pour 1857, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et [illegible]ques publiés en 1856, et les formules des médicaments nouveaux; [illegible] mémoire sur l'*oligurie*, avec des considérations sur la *polyurie*, par M. le pr[illegible] *Bouchardat*. 1 vol. gr. in-32 de 320 pages. Paris, Germer Baillière. 1 f[illegible]

ÉLÉMENTS DE PHYSIOLOGIE DE L'HOMME ET DES PRINCIPAUX VERTÉBRÉS, r[illegible] à toutes les questions physiologiques du programme des examens de fin d'ann[illegible] M. le docteur *Béraud*, revus par M. *Ch. Robin*. 2 vol. gr. in-18 de 1441 p[illegible] Paris, Germer Baillière. 12 [illegible]

LEÇONS D'HYDROTHÉRAPIE professées à l'École pratique de médecine de l[illegible] M. le docteur *Macario*. 1 vol. in-18. Paris, Germer Baillière. [illegible]

NOTICES SUR HYÈRES ET CANNES, par le docteur *Edwin Lee*, suivies d'observa[illegible] l'influence du climat dans la phthisie pulmonaire. 1 vol. in-18. Paris, Ger[illegible] Baillière. 1 fr [illegible]

ALLGEMEINE PATHOLOGIE UND THERAPIE BESONDERS VOM STANDPUNCTE DER [illegible]TURHEILMETHODE AUS ENTWORFEN (Pathologie et thérapeutique générales par[illegible]lièrement au point de vue de la méthode expectante), par *E.-H.-B. Britscher* [illegible] Hambourg, chez Hoffmann et Campe. [illegible]

C'est par erreur que dans le dernier numéro de la GAZETTE HEBDOMADAIRE [illegible] *a annoncé au prix de 1 fr. 50 la brochure intitulée :* Recherches sur la compo[illegible] chimique de l'eau minérale de Neyrac (Ardèche), *par M.* Lefort. 1 vol. in-8° [illegible] 60 *pages. Paris, Germer Baillière. Ce mémoire, extrait des Annales de la* [illegible] *d'hydrologie médicale de Paris, n'est pas dans le commerce.*

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'instruction publique

...r les départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr. ...r l'étranger. ...ns et du suivant ...le mois.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

...ne de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 22 MAI 1857. — N° 21.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 21 mai 1857.

TRAVAUX ORIGINAUX.

...re sur la formation physiologique du sucre dans l'économie animale; par M. le professeur Bérard. — ... à l'Académie impériale de médecine dans la séance ... 19 mai 1857.

...ssieurs, ce n'est point au nom d'une commission que je ...e en ce moment à la tribune. Je viens faire à l'Acadé...une simple communication. Ce n'est pas que les faits ...je vais l'entretenir n'aient dû être l'objet d'un rapport. ...n'avez point oublié qu'indépendamment de son travail ...absorption des matières grasses, M. Colin en avait com...un second qui avait pour objet la GLYCOGÉNIE. Ces deux ...oires avaient été renvoyés à la même commission. Celle-...avait choisi, ou du moins accepté, pour rendre compte de l'un et de l'autre. Mais, vous le savez, Messieurs, il n'existe plus aujourd'hui ni commissaires ni rapporteur. Mon imprudence a mis fin à leur mission. J'avais cru que rarement un rapport était une œuvre collective, et que ceux qui y apposaient leur signature ignoraient parfois ce qu'il contenait. C'était une erreur profonde : on me l'a bien fait voir.

Mais, en disloquant la commission, je ne pense pas qu'on ait eu l'intention de supprimer le problème plein d'intérêt dont l'Académie était saisie. Ce problème, je vais le traiter devant elle, si elle ne m'a pas retiré sa bienveillance.

Ce n'est pas du pancréas qu'il sera question aujourd'hui. Comme il n'a pas encore été produit une seule objection à notre premier travail relatif à l'absorption de la graisse sans le concours du suc pancréatique, chez les grands ruminants, nous pouvons mettre à profit le sursis qu'on nous accorde, et faire une petite excursion dans le domaine de la glycogénie. Je n'aborderai qu'un des points de cette question complexe.

Dans une thèse soutenue le 17 mars 1853, devant la Fa-

FEUILLETON.

...médecine et les médecins, par Louis PEISSE (1).
...des biographiques pour servir à l'histoire des sciences, ...r Paul-Antoine CAP (2).
...teries of Medical Life, par G. ALLARTON (3).
...sician and Physic, par JAMES Y. SIMPSON (4).

...nous faut d'abord prémunir le lecteur contre la fausse idée ...pourrait prendre de l'objet de plusieurs de ces opuscules ...ès leurs titres. M. Peisse s'occupe assurément beaucoup de ...édecine et des médecins, mais aussi *de quibusdam aliis*, ou du ...s de matières qui ne sont afférentes qu'indirectement à la ...ce, à l'art, ou à la profession médicales. Lui-même en fait la confession dans les premières lignes de l'Avertissement, renvoyant la responsabilité du fait à l'éditeur et se donnant à lui-même l'absolution au nom de cette formule : *Cuique in sua arte credendum.* Il n'est pas besoin de dire que nous tenons la raison pour bonne. M. Simpson, pas plus que M. Peisse, ne parle du Congo; il ne trompe personne en promettant sur la couverture quelque chose qui ait trait aux médecins et à la médecine (Physician and Physic); seulement, ce qui concerne l'un et l'autre se borne à trois discours : l'un sur *les devoirs des jeunes médecins*, prononcé en 1842 à l'assemblée annuelle du sénat académique de l'Université d'Édimbourg; l'autre, relatif à l'avenir des jeunes médecins, lu à la même Université en 1855; le troisième enfin, qui a pour sujet *les progrès modernes de la médecine*, et qui est une sorte de bienvenue payée par l'auteur à la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg, en prenant possession du fauteuil présidentiel. Quant au tableau que M. Allarton trace de la *vie médicale*, il n'a rien qui ressemble au *mystère* (mysterie), rien qui révèle au lecteur des aspects inexplorés et ténébreux de la profession médicale; c'est une suite de

(1) 2 vol. grand in-18, chez J.-B. Baillière et fils.
(2) 1 vol. grand in-18, chez Victor Masson.
(3) Londres, 1 vol. in-18, chez H. Baillière.
(4) Edimburgh, 1 vol. in-18, chez Adam et Charles Black.

culté des sciences, l'expérimentateur habile, l'auteur ingénieux de la doctrine de la glycogénie écrit, page 34, en lettres italiques : « LE FOIE DE L'HOMME, *à l'exception de tous les autres tissus du corps, renferme de la matière sucrée.* »

Considérant, toutefois, qu'on lui a déjà objecté, et prévoyant qu'on lui objectera encore, qu'on trouve du sucre dans le sang de la veine porte et dans celui de la circulation générale, M. Bernard fait remarquer que la sécrétion du sucre est tellement activée quelques heures après le repas, qu'il en est alors versé dans le sang plus que l'économie n'en consomme. Mais bientôt tout rentre dans l'ordre, et le sucre n'est plus apparent dans la circulation générale.

« Cette espèce de débordement sucré, dit M. Bernard, se » manifeste également avec les alimentations animales ou » féculentes, et il dure environ trois à quatre heures. Ce » n'est que six ou sept heures après le repas que l'excès du » sucre dans le sang commence à disparaître, et que l'équi» libre entre la production et la destruction du sucre tend à » se rétablir. » (Page 68.)

Cette explication n'a point satisfait les contradicteurs. Ils ont soutenu que ce n'était pas après la digestion seulement, mais à toute heure, et même pendant l'abstinence, que la masse du sang contenait du sucre ; que ce principe immédiat n'avait pas le foie pour source unique dans l'économie (1).

Quelques-uns allèrent même jusqu'à voir dans cet organe une sorte de condensateur de la matière sucrée, plutôt qu'une glande préposée à sa sécrétion.

La fin de l'année 1854 et toute l'année 1855 s'écoulèrent dans ces débats. Le terrain sur lequel on luttait était circonscrit, et pourtant la discussion n'était pas près de finir.

Comparer au sang d'une veine sus-hépatique celui de la veine porte ou celui de la circulation générale ne paraît point chose exempte de difficulté pour qui connaît la rapidité du mouvement circulaire de ce liquide. Les expériences de Héring montrent qu'en moins de vingt-cinq secondes telle molécule de sang qui faisait partie de la masse contenue dans l'une des grosses veines afférentes au cœur peut avoir été transportée dans le train postérieur d'un grand quadrupède. Les expériences de Blake renchérissent encore sur celles de Héring.

C'était cependant sur un parallèle entre le sang qui arrive au foie et celui qui en sort, c'était dans la comparaison de celui-ci au sang de la circulation générale que tournait la discussion, lorsque M. Colin imagina de rechercher si, par hasard, le chyle n'introduisait pas de sucre dans le torrent circulatoire. Bientôt il ne conserva plus le moindre doute à cet égard, et le 1er avril 1856, dix mois après avoir fait une lecture sur le même sujet à l'Académie des sciences, il rendait compte d'expériences dans lesquelles il avait pu constater l'existence de la glycose dans le canal thoracique d'animaux mis au régime exclusif de la viande.

Quelque temps après, M. Chauveau, qui remplit à l'École vétérinaire de Lyon les mêmes fonctions que l'École d'Alfort confie à M. Colin, venait faire à cette tribune une lecture d'expériences qui confirmaient celles de M. Colin, mais dont il tirait des conclusions différentes de celles que le chef des travaux anatomiques d'Alfort avait cru pouvoir placer à la fin de son mémoire.

J'ai pensé, messieurs, qu'avant de servir de base à la discussion, des faits de cette importance devaient être mis hors de toute contestation.

Disons donc en premier lieu ce que l'expérimentation nous a appris ; nous verrons ensuite ce qu'on en peut légitimement induire.

Tous les ruminants qu'on avait amenés à Alfort pour la session opératoire de 1857 n'avaient pas été sacrifiés ; un taureau, entre autres, survivait, et nous l'avions destiné à nos expériences sur la glycogénie. Je dois, avant d'aller plus loin, rectifier une légère inexactitude qui vient de m'échapper dans la désignation de l'animal sur lequel nous avons expérimenté. Il est bien vrai que ce fut un taureau qu'on livra aux jeunes opérateurs d'Alfort, mais ces messieurs nous rendirent un bœuf !

Au reste, la perte que le pauvre animal avait faite n'est ici, d'aucune importance : je serais même tenté de croire qu'elle l'avait rendu plus docile, car, ainsi que le dit ... en parlant des effets de certaine opération : « *Taurus animal ferocissimum et perpetuò iracundum ... mum et patientissimum bovem abit.* »

Ce fut donc chose facile que de pratiquer à notre ... taureau une ouverture à la panse.

Pourquoi cette ouverture ? Je vais l'expliquer.

Notre but, messieurs, était de voir si les chylifères charriaient du sucre. L'examen du liquide extrait du canal thoracique d'un taureau ou d'un bœuf, tenu à son régime ordinaire, n'eût rien prouvé dans la question, puisque certaines substances végétales apportent du sucre avec elles, et que d'autres, les féculents par exemple, se convertissent en ...

(1) Nous faisons abstraction ici du produit de la digestion des féculents.

---

crayons où le médecin est représenté dans les situations et attitudes variées que lui donnent son genre d'éducation, son caractère, ses aptitudes propres, son âge, son degré de fortune, les préjugés du monde, etc. Il n'y a dans ces diverses publications que celle de M. Cap dont le contenu répond exactement à l'étiquette. Ce sont bien de simples *études* biographiques, des croquis plutôt que des portraits finis, la plupart consacrés, par une prédilection qu'explique naturellement la position de l'auteur, à des naturalistes, à des chimistes et à des pharmaciens ; néanmoins nous y trouvons des figures médicales de connaissance : Paracelse, Van-Helmont, Robert Bayle, Nicolas Lémery, J.-R. Spielmann, Dupasquier. Quant à l'esprit qui respire dans ces œuvres, il est loin d'être identique. M. Peisse est surtout le philosophe et un peu le persifleur de la médecine ; M. Simpson en est le moraliste et le croyant, presque l'apôtre ; M. Cap l'historien sérieux ; M. Allarton le chroniqueur, chroniqueur assez gai, médiocrement malicieux, paraissant prendre peu de chagrin du mal professionnel qu'il raconte et encore moins de souci du remède.

Voilà pour la caractéristique générale des livres et des auteurs. Entrons maintenant dans les particularités, en nous attachant de préférence à celles qui feront le mieux ressortir les dissemblances que nous venons d'indiquer, et constitueront, pour ainsi dire, les traits de physionomie.

L'auteur de LA MÉDECINE ET LES MÉDECINS n'est pas médecin lui-même ; mais il ne s'en faut que de l'épaisseur d'un parchemin, et il n'est besoin ici assurément d'aucune cérémonie pour ... un *dignus intrare*. Ceux mêmes qui ont suivi avec le plus de distraction et d'indifférence le mouvement de la littérature médicale contemporaine depuis vingt-cinq ans, ne peuvent ignorer le rôle supérieur qu'y a rempli et y remplit encore, à de trop longs intervalles, notre excellent collègue et ami. Questions de métaphysique, questions d'école, questions de doctrine, questions de haute science, questions professionnelles, genre sérieux, genre plaisant, bon esprit, logique, finesse de vues, vigueur de pensée, fermeté de style, abondance de tours, précision de la forme, justesse des mots, il a été en tout un exemple et un modèle pour notre génération

cose dans le tube digestif. Il fallait donc, au préalable, faire un carnivore de notre grand ruminant. Une semblable transformation n'est pas impossible, et elle cesse de nous étonner depuis que la chimie moderne nous a appris que les principes immédiats fondamentaux des êtres organisés, l'albumine, la caséine, la fibrine, existent dans les végétaux comme dans les animaux.

Chose curieuse! cette analogie avait été entrevue dès le milieu du dernier siècle, bien que, à cette époque, la chimie organique n'existât pas encore.

Haller nous avertit que Beccari a signalé dans la farine des céréales deux substances : l'une pulvérulente, amylacée, qui tient de la nature végétale et donne, en se décomposant, des produits acides; l'autre, qui participe de la nature animale et pourrit à la manière d'un cadavre : « *Pars glutinosa ad animalem indolem accedit et ad cadaveris modum putrescit.* »

La nature n'a donc pas imprimé si profondément dans chaque animal sa destination à se nourrir de chair ou de plantes qu'on ne puisse peu à peu changer son régime, convertir un herbivore en carnivore, et nourrir un carnassier de végétaux. Des vaches, des brebis, des chevaux, sont devenus ichthyophages entre les mains de l'homme. Les autorités qui établissent ces faits sont importantes; je les ai citées dans mon livre d'après Haller. Des chevaux arabes ont été mis au régime de la chair, et des pigeons que Spallanzani avait nourris de viande ne voulaient plus accepter de graines. Sans aller chercher des exemples dans un autre siècle et loin de nous, je dirai qu'on peut voir en ce moment à Alfort un bélier qui prélève chaque jour une ration (et ce n'est pas la plus mince) sur la chair crue destinée aux chiens de l'établissement. Je vous parlerai peut-être quelque jour de ce bélier.

Mais je ne vous ai pas encore dit pourquoi on avait pratiqué une fenêtre à la panse de notre animal. C'est que nous n'étions pas d'humeur à attendre qu'il se mît de lui-même à manger de la viande : il nous suffisait qu'il en digérât et qu'on ne lui permît pas de digérer autre chose. Or, un trou fait à la panse permettait l'introduction directe de la viande dans ce premier estomac, tandis qu'une muselière très exactement appliquée interdisait l'accès à tout autre matière alimentaire, voire même aux brins de paille de la litière que l'animal eût peut-être essayé d'avaler.

Pour établir la fistule, il n'est pas difficile de tomber sur la panse, qui occupe presque tout l'abdomen. On fait l'incision à la partie supérieure de la région lombaire gauche: on réunit par la suture les bords de la division de la panse à ceux de la division abdominale : l'adhérence s'effectue, et la face interne de l'estomac se trouve mise en libre communication avec l'extérieur. C'est par cette ouverture, toujours béante, qu'on introduisait chaque jour 12 kilogrammes environ de bonne viande de cheval cuite, coupée en petits morceaux et arrosée d'une dizaine de litres de bouillon fait avec la chair du même animal.

L'odeur de ce bouillon était assez réjouissante. A moins d'en avoir été témoin, on se ferait difficilement une idée de ce que peut absorber cet immense gouffre qu'on appelle la panse ou le rumen. L'animal joignait quelquefois à sa nourriture liquide quelques seaux d'eau qu'on lui permettait de boire. Dans l'intervalle des repas, un tampon, convenablement assujetti, obturait l'ouverture.

Le taureau fut soumis à ce régime pendant trois semaines. Je passerai rapidement sur les observations auxquelles il donna lieu durant cette période; elles nous éloigneraient de notre sujet. On n'a pas vu l'animal ruminer une seule fois. Sans doute la saveur du contenu de son estomac n'était pas pour lui assez appétissante pour l'exciter à le faire. Mais si la viande introduite dans son estomac ne remontait pas entre ses mâchoires, elle trouvait un agent suffisant d'atténuation dans les contractions vigoureuses de la panse.

Nous pouvions observer ces contractions pendant chaque repas que nous faisions faire à l'animal. Nous voyions le flot de la masse alimentaire poussé tantôt en avant, tantôt en arrière; parfois cette masse se déchirait profondément sous nos yeux, comme si une partie eût été sollicitée dans un sens et l'autre en sens inverse. Telle était l'énergie des contractions du rumen, qu'elles changeaient la forme et jusqu'à la situation de l'ouverture accidentelle. Ces mouvements mériteraient une étude spéciale.

Il ne serait pas moins intéressant de déterminer si tout se borne, dans le premier estomac, à des phénomènes mécaniques et d'imbibition. Vous savez que la caillette seule est considérée comme le véritable estomac sécrétant le suc gastrique acide. En reproduisant dans mon livre l'opinion générale, j'ai montré qu'il était difficile de la concilier avec les expériences de Spallanzani.

Je vois, en effet, que parmi ses digestions artificielles il en est qu'il dit avoir obtenues avec le liquide pris dans les deux premiers estomacs du mouton.

Or, d'une part, le souvenir de ces expériences de Spallan-

---

médicale. Comment donc ne le saluerions-nous pas du titre de confrère?... Et pourtant, en ceci, ne faisons-nous pas preuve d'un caractère accommodant? Et lui-même sera-t-il bien flatté de cette affiliation? Chacun, après avoir ouvert le tome Ier, au chapitre : *De la superstition scientifique et des sciences occultes*, pourra prononcer sur cette question impertinente, que, pour notre compte propre, nous aimons mieux poser que résoudre. Dans ce chapitre, et aussi en maint endroit de ses écrits, M. Peisse laisse voir qu'il n'admet comme démontrés en médecine pratique que de rares faits particuliers, accidentels, dépendant des circonstances de lieu, de temps, d'individu, sans enchaînement logique, partant sans possibilité de prévoir par l'événement d'hier l'événement de demain, et de tirer une règle de conduite; sans même cet enseignement et cette garantie purement empiriques, qui, dans les sciences physiques, résultent de la répétition indéfinie d'un même phénomène sous des influences et des conditions identiquement reproduites. Cette mauvaise opinion, il n'en poursuit pas seulement la médecine des anciens jours, dans laquelle les esprits vitaux et les humeurs peccantes jouaient un si beau rôle, ou la médecine plus purement hippocratique et attentive surtout à l'évolution des maladies, c'est-à-dire à la *succession* de leurs symptômes; il l'étend, en la renforçant encore, à la médecine moderne, à celle qui, par l'étude plus approfondie, plus délicate des phénomènes, demande au microscope et aux lumières les plus certaines de la physique et de la chimie précisément ce qui peut constituer une science, à savoir, les procédés par lesquels s'accomplissent certaines fonctions (la fonction digestive, par exemple), les causes qui peuvent empêcher et empêchent ces fonctions de s'accomplir, le moyen de les rétablir quand elles se dérangent; en un mot, la notion formelle et vraiment scientifique de l'organisme en santé et en maladie. D'où vient une incrédulité aussi invétérée? M. Peisse a-t-il des raisons personnelles d'avoir la médecine en suspicion? Dans ce cas, il agirait au rebours d'Argan, qui, pour mieux soigner sa santé, tenait absolument à avoir un médecin dans sa famille. Mais non, son incrédulité procède de plus haut; elle se lie à des dispositions et à des habitudes d'esprit qui, si elles

zani, et, d'une autre part, l'aspect que je voyais prendre, dans la panse, à ces matières animales réduites en bouillie m'avaient fait soupçonner qu'il pouvait y avoir là intervention d'un véritable suc gastrique. Des papiers de tournesol, plongés à diverses reprises dans cette bouillie stomacale, en avaient été retirés bien manifestement rougis; mais je dois avouer que, quelquefois aussi, le contenu de l'estomac était bien décidément alcalin, et que M. Wurtz n'a pas trouvé une grande quantité de matières animales en dissolution dans le liquide extrait de l'estomac que je l'avais prié d'analyser.

Reprenons maintenant la suite de l'expérience. Il ne nous reste plus qu'à recueillir du chyle et à y rechercher le sucre. Le 10 mai fut choisi pour cette opération. On mit à découvert la terminaison du canal thoracique suivant le procédé ordinaire. M. Colin me fit remarquer que le canal était décomposé en trois branches. Un tube d'argent fut placé dans la plus grosse. On reçut du chyle pendant toute la journée et une partie de la nuit. A minuit on mit fin à cette partie de l'expérience.

Du liquide recueilli on avait fait deux parts : l'une destinée à nos recherches sur la *Glycogénie;* l'autre réservée à notre collègue, M. Wurtz, qui devait y faire une découverte que j'exposerai dans un moment; mais il faut dire chaque chose en son lieu.

Parlons d'abord de la recherche de la *Glycose*.

Nous pourrions être bref sur ce sujet et dire, par exemple, que notre chyle a réduit l'oxyde de cuivre dans la liqueur cupro-potassique, et que, mis en contact avec la levûre de bière, il a fermenté. Mais l'Académie ne serait peut-être pas suffisamment édifiée : nous voulons la faire assister, en quelque sorte, aux expériences.

Comme le sucre se détruit avec facilité dans le chyle, nous avions eu soin de lui donner plus de stabilité en y ajoutant une très minime quantité d'acide acétique d'après le conseil de M. Figuier qui, ce jour-là, était venu à Alfort (1). Ainsi acidulé, le chyle, dont on avait, au préalable, enlevé le caillot fibrineux, fut chauffé jusqu'à coagulation de son albumine. On le sépara de cette dernière par le filtre. Le liquide ainsi obtenu produisait des réductions si promptes, si nettes, que rarement en voit-on de plus belles quand on emploie le sérum du sang des veines sus-hépatiques. M. Wurtz a fait les mêmes observations à la Faculté en expérimentant sur quelques échantillons de ce chyle.

Mais quelques-uns de vous, Messieurs, ont peut-être présentes à la pensée les remarquables paroles qu'a prononcées M. Dumas dans le rapport qu'il a fait à l'Académie des sciences le 18 juin 1855 :

« Tous ces phénomènes de coloration, de réduction, produits par des matières organiques, sont, dit-il, trompeurs et incertains. Lorsqu'on ne peut pas isoler le sucre en nature, il faut au moins s'assurer de sa présence par l'action du ferment et par le développement d'acide carbonique que la fermentation produit, etc. »

Pour établir cette épreuve importante de la fermentation, nous procédâmes de la manière suivante : Une éprouvette presque pleine du sérum du chyle préparé comme il a été dit plus haut, chyle auquel on avait ajouté du ferment, fut renversée sur le mercure. L'appareil ne contenait pas une bulle d'air. Le mercure montait de 7 ou 8 centimètres dans l'éprouvette. A côté de cette éprouvette on en disposa une autre contenant simplement de l'eau et du ferment. Elle était, comme la précédente, renversée sur le mercure. Toutes deux furent maintenues à une température très douce.

Au bout de 25 minutes, de fines bulles de gaz commencèrent à monter dans l'éprouvette contenant le chyle; bientôt ce phénomène si caractérisque de la fermentation fut en pleine activité, et le gaz, se ressemblant dans le haut de l'éprouvette, fit de plus en plus baisser le liquide.

(1) Le procédé qui a été employé dans cette circonstance pour éliminer la plus grande partie des matières étrangères contenues dans le chyle, sans altérer le sucre, a été imaginé par M. Figuier. Il a l'avantage de permettre d'éviter l'emploi de l'alcool, dont on faisait usage précédemment pour retirer du chyle le glycose. Il abrége extrêmement les opérations, tout en assurant, en raison de l'acidité des liqueurs, la conservation du sucre.

Ce procédé consiste à laisser le chyle se coaguler spontanément; à jeter sur un linge ce chyle coagulé, et à passer, avec expression, pour séparer le coagulum fibrineux. Au sérum clair on ajoute quelques gouttes d'acide acétique, de manière à lui donner une réaction légèrement acide au papier bleu de tournesol. On porte alors ce liquide à l'ébullition dans une capsule, ce qui coagule l'albumine. Cette masse coagulée étant passée à travers un linge, on obtient un liquide trouble, que l'on concentre, et que l'on filtre après un certain temps de concentration, pour le séparer d'un dépôt d'albumine coagulée qui a continué de se produire pendant l'évaporation. Si le chyle sur lequel on a opéré contient du sucre, ce liquide filtré renferme ce produit séparé de la plus grande partie des matières étrangères. Le glycose y est facilement appréciable par l'extrême intensité de la réduction qu'il exerce sur le réactif cupro-potassique, et la facilité avec laquelle il subit la fermentation alcoolique sous l'influence de la levûre de bière.

Étant évaporé avec précaution jusqu'à siccité, ce liquide fournit un résidu de couleur jaune ambré, déliquescent à l'air, et qui renferme toutes les matières solubles du sérum du chyle, sauf l'albumine. A. D.

---

ne sont pas de nature à le recommander spécialement auprès des malades, sont pourtant de celles qu'on ne saurait trop priser. Doué d'un sens philosophique des plus développés, familiarisé avec les problèmes les plus ardus de la psychologie, plus particulièrement encore adonné à la spéculation ontologique, M. Peisse, qu'il s'agisse des faits les plus extraordinaires ou des effets d'une évacuation sanguine, prend la question du même point de vue, y applique le même procédé de vérification, pèse dans la même balance la légitimité de l'induction, et arrive parfois de cette manière à contester très logiquement, du moins en apparence, la réalité. C'est ainsi, par exemple, qu'il place à peu près sur la même ligne la crédibilité à l'action efficace de sangsues appliquées sur l'abdomen dans la phlegmasie d'une partie du tube digestif et la crédibilité à la guérison de la lèpre par les caresses des serpents. De même, il plaide si bien contre ceux qui répugnent *à priori*, et par inspiration du sens commun, à croire à la lucidité somnambulique, à la vue par le front ou par la nuque; il démontre si magistralement l'inanité de toute prétention tendant à assigner un terme au possible *in natura rerum*, que lorsqu'il vient, armé d'expériences concluantes que nous avons eu le plaisir d'entreprendre avec lui, démontrer la supercherie de mademoiselle Prudence ou de Calixte, et la bonhomie du docteur Frappart, on est fondé à demander, si ces expériences sont bien instructives. Car si les faits de cet ordre, ou prétendus tels, ont les mêmes droits devant l'esprit humain que les faits ordinaires, la fausseté démontrée d'un premier fait n'explique nullement la fausseté d'un second, ni la fausseté du second celle d'un troisième; et ainsi, il y aurait, radicalement et à tout jamais, impossibilité de décider si le somnambulisme est une supercherie ou une vérité.

La thèse que défend avec talent et profondeur notre excellent ami soulève une question de psychologie sur laquelle il en sait certainement plus que nous et que nous voulons pourtant lui opposer. Ce n'est que par exception que la raison humaine demande les motifs de son jugement à la logique; elle s'éclaire surtout, et presque toujours, d'une lumière supérieure, qui ne pâlit que devant la foi religieuse, et qui illumine la logique elle-même;

Une deuxième expérience fut disposée comme la précédente. L'éprouvette était en place depuis 15 minutes tout au plus, qu'un des assistants, M. Goubaux, professeur à Alfort, qui se pique, avec raison je pense, de jouir d'une bonne vue, nous dit qu'il apercevait déjà des bulles monter dans le liquide. Peu de temps après, tout le monde put les voir. Le phénomène continuant dans l'une et l'autre éprouvette, elles continrent bientôt, l'une 15 centimètres cubes de gaz, l'autre 17 centimètres cubes. Ce gaz ne venait pas du ferment, car il ne s'en était pas dégagé une seule bulle dans le tube qui ne contenait que de l'eau avec ce ferment. Nous avons voulu, Messieurs, mettre l'expérience sous vos yeux, et c'est pour ce motif que nous n'avons pas procédé à la distillation pour obtenir l'alcool.

Je ne sais quelle cause d'erreur aurait pu se glisser dans l'expérience dont je viens d'exposer les détails avec tant de fidélité. J'avoue que je n'en vois aucune, et je me crois autorisé à dire que le chyle contient du sucre.

Quelle que soit donc l'opinion que l'on se forme relativement au siége de la *glycogénie* (et vous me trouverez plus réservé sur ce point que vous ne le soupçonnez, peut-être, messieurs), il faut reconnaître qu'on a eu tort d'affirmer que le sucre n'était pas présent dans le s ystème lymphatique et chylifère. Il est dit, par exemple, à la page 55 de la Thèse que j'ai déjà citée : « Les ganglions lymphatiques, *de même* » *que le chyle* et le sang qui sortent de l'intestin, ne m'ont » jamais offert les caractères du sucre. »

Que M. Bernard n'ait jamais trouvé du sucre dans le chyle, je le crois, puisqu'il le dit; mais nous venons de voir que nous avons été plus heureux, ce qui tient, sans doute, à ce que nous avons cherché sur un grand ruminant ce que l'habile professeur du collége de France n'avait pu trouver sur le chien.

Admettant, cependant, qu'on a, parfois, rencontré du sucre dans le liquide du canal thoracique, M. Bernard n'en dérive pas moins du foie ce principe immédiat. Ce sont, suivant lui, les vaisseaux lymphatiques du foie qui ont versé dans le canal thoracique une lymphe sucrée.

Pour réfuter cette explication, je vais, au préalable, faire connaître un fait sur lequel se taisent les ouvrages d'anatomie des vétérinaires, et dont ne disent rien les traités d'anatomie comparée; fait indiqué, pourtant, par Haller : C'est que, chez les ruminants, les chylifères se réunissent en un gros tronc couché sur l'artère mésentérique supérieure, et qui aboutit au canal thoracique beaucoup plus bas, c'est-à-dire plus en arrière, que les lymphatiques du foie. Sur cette belle pièce, préparée par M. Colin, on voit que cette branche est aussi volumineuse que le canal thoracique de l'homme. On peut recueillir à part le liquide de ce gros chylifère et s'assurer qu'il contient du sucre, bien qu'il ne reçoive pas le plus petit rameau des lymphatiques du foie, lesquels, comme je l'ai dit, aboutissent beaucoup plus en avant à un autre rameau qui porte le nom de *rameau gastrique* et qui réunit les lymphatiques des quatre estomacs en même temps que ceux du foie. Sur cette autre pièce, due encore à M. Colin, vous pouvez juger de son volume et de sa position. Il est, d'ailleurs, une réfutation, plus convaincante encore, de l'opinion que tout le sucre du système lymphatique viendrait du foie en ligne directe, c'est que la lymphe prise au cou renferme du sucre, fait démontré par M. Colin d'abord, ensuite par M. Chauveau.

Où se forme donc, en définitive, le sucre que l'on retire du canal thoracique? Vous allez juger de mon impartialité par ma réponse, Messieurs. On pourrait, à la rigueur, soutenir encore qu'il se forme dans le foie, lequel resterait le seul organe producteur de ce principe immédiat (1).

Mais alors il ne faudrait pas conduire le sucre dans le système lymphatique par la route directe qu'a imaginée M. Bernard. Voici ce qu'il faudrait admettre : Sécrété dans le foie, et incessamment emporté par le courant sanguin, le sucre n'y serait pas aussi complétement détruit que le suppose l'auteur de la glycogénie hépatique. Une partie transsuderait des extrémités des artères dans les radicules lymphatiques, et reviendrait au cœur par le canal thoracique. Je dis *transsuderait*, parce qu'il n'y a pas d'anastomoses entre les artères et les lymphatiques.

En méditant sur cette explication que développe M. Chauveau, et dans laquelle on sacrifie une partie accessoire de la doctrine pour en sauver une plus importante, j'y trouve une difficulté sérieuse. Si telle était, en effet, la source unique du sucre charrié dans le système lymphatique, le chyle devrait en contenir à peine, car, de quoi se compose le chyle avant d'être mélangé au liquide du canal thoracique? Il se compose : 1° de l'humeur qui est versée dans les radicules des chylifères comme dans les radicules de tous les autres vaisseaux lymphatiques; 2° de l'humeur que les chylifères puisent dans la cavité des intestins. La première seule de

(1) Nous faisons toujours abstraction de la glycose provenant d'une alimentation purement végétale.

---

c'est le bon sens. Le syllogisme sans le bon sens peut ne conduire qu'à l'erreur et à l'extravagance, puisque le syllogisme suppose un principe fixe, une vérité première, et que les vérités premières ne sont souvent révélées à l'homme que par le sens commun. A côté des certitudes vulgaires ou des certitudes mathématiques qui s'imposent de soi, il y a — et M. Peisse lui-même l'établit, nous ne craignons pas de le dire, admirablement dans le chapitre consacré à la méthode numérique, — il y a des croyances, des notions, qui sont le fruit de l'expérience journalière, et qui dirigent aussi légitimement la pratique médicale que l'opinion publique ou la conduite dans les affaires de la vie. Ces notions, nous le disons volontiers avec M. Peisse, ne gagneraient rien à être appuyées sur des chiffres, mais nous ajoutons avec lui qu'elles ne resteraient pas debout si on les livrait aux rigueurs d'une logique inflexible. Cette puissance de l'esprit humain, cette sorte d'élection pour le vrai, qui s'appelle inspiration quand elle *découvre* en se passant absolument d'expérience et de raisonnement, c'est, nous le répétons, dans l'ordre des notions acquises, ce qui fait, sous le titre de bon sens, le fondement ordinaire des convictions, et ce sont les différents degrés de cette qualité précieuse qui différencient ce qu'on nomme, au sens pratique, la raison.

Et, pour revenir à notre sujet, c'est en se montrant moins difficile sur les états de service de la médecine, que M. Simpson, dans la troisième partie de son livre, fait toucher du doigt les progrès accomplis dans cette science depuis une vingtaine d'années. Il démontre avec complaisance, mais sans exagération, les conquêtes faites dans les domaines de l'hygiène, de la pathologie, de la thérapeutique, de la médecine pratique proprement dite, de l'anatomie morbide, de l'histologie, de la chirurgie; en sorte qu'un simple discours de circonstance, composé pour la prise de possession du fauteuil présidentiel à une société de médecine, est devenu un tableau rapide, bien rempli, quoique ne visant pas à être précisément complet, du moderne mouvement des sciences médicales. En le lisant, on se laisse aller à croire que les Facultés, les amphithéâtres, ne sont pas absolument, dans l'institution sociale, une superfétation.

A. DECHAMBRE.

ces deux humeurs devrait contenir du sucre: or elle est au plus à la seconde, en quantité, comme 1 est à 100. D'où je conclus qu'on ne pourrait pas même découvrir le sucre dans le chyle avant le mélange de celui-ci avec le liquide du canal thoracique. Eh bien! nous nous sommes assurés que non-seulement le chyle retiré du canal chylifère qui accompagne l'artère mésentérique contenait du sucre, mais encore qu'il en contenait une quantité supérieure à celle qu'on trouve dans la lymphe pure.

Tous ces faits sont difficiles à concilier avec l'admission d'un siége unique de glycogénie. Vous examinerez, messieurs, si, *indépendamment de la glycogénie hépatique, il ne serait pas rationnel d'admettre que, dans toutes les parties du corps, il y a incessamment production de glycose, qui retourne, par le système lymphatique, au centre circulatoire; et si, à cette glycogénie permanente, la digestion n'en ajoute pas une autre intermittente, mais beaucoup plus active.*

Vous n'ignorez pas, Messieurs, que, chez un animal exclusivement nourri de chair, on ne trouve pas de sucre dans la cavité intestinale et que, cependant, on démontre la présence du sucre dans le chyle de cet animal. Où s'est donc formé ce sucre? C'est dans l'épaisseur de la paroi vasculaire, c'est au moment même où le produit de la digestion pénètre les villosités. Je ne crée pas là une théorie pour la circonstance: j'énonce une proposition élémentaire en bonne physiologie, et je suis convaincu que M. Adelon y applaudit de toutes ses forces. Ce n'est point dans la cavité des vaisseaux, mais dans l'épaisseur même des tissus que prennent naissance toutes les métamorphoses de la matière organique.

Il me reste à vous entretenir de la découverte faite par M. Wurtz. Ce n'est pas le hasard qui la lui a présentée. Sa sagacité avait prévu le fait, et nous avons eu le bonheur de lui fournir les moyens de vérifier ses conjectures.

Sachant avec quelle facilité se détruisait la substance que M. Wurtz allait chercher dans le chyle, j'avais pris la précaution suivante en recueillant ce liquide: un grand vase de verre avait été rempli à moitié d'alcool; ce fut dans ce vase qu'on fit tomber directement le chyle qui sortait du canal thoracique. Lorsqu'il y eut parties égales d'alcool et de chyle, on remplit de ce mélange une grande bouteille d'un litre et demi de capacité environ. Elle fut bouchée, cachetée, et le lendemain, je la remettais à M. Wurtz dans le laboratoire de la Faculté. Je revins le surlendemain à l'École, et je trouvai M. Wurtz dans un de ces accès de joie qui ne sont connus peut-être que des travailleurs: « Voyez, me dit-il, quelle » quantité d'*urée* j'ai retirée du liquide que vous m'avez re» mis! Regardez, au travers de cette loupe, ces cristallisa» tions caractéristiques! Je vais faire sous vos yeux du nitrate » d'urée!..., etc. » M. Wurtz n'avait pas retiré de la bouteille de chyle qui lui avait été remise moins d'un gramme d'urée cristallisée, quantité qui paraîtra énorme si l'on se rappelle que, pour démontrer la préexistence de l'urée dans le sang, MM. Prévost et Dumas furent obligés de recourir à l'expérience ingénieuse qui consistait à extirper les reins d'un animal vivant.

On serait dans l'erreur si l'on croyait que l'urée retirée du liquide mixte du canal thoracique appartient au chyle. Non! Elle fait partie de la lymphe qui ramène les produits du mouvement de décomposition du corps. Sans nous être concertés, M. Wurtz et moi, je suis certain que nous dirions sur ce sujet les mêmes choses; mais je lui laisserai le plaisir de les dire le premier. M. Wurtz nous demande aujourd'hui de la lymphe pure: je sais bien pourquoi. J'espère que M. Colin lui en donnera. J'avertirai cependant mon collègue, en terminant cette longue communication, de ne pas oublier que s'il a trouvé une si grande quantité d'urée dans le chyle de notre taureau, cela tenait à ce que, depuis trois semaines, ce taureau ne recevait que de la viande. L'urine du même animal, analysée par M. Wurtz à notre prière, a donné proportionnellement autant d'urée que celle de l'homme et pas d'acide hippurique. Or, les urines comme le chyle se ressentaient de ce régime exceptionnel.

Permettez-moi, Messieurs, un mot d'oraison funèbre sur notre pauvre taureau. Notre dessein était de le guérir et de le remettre en possession de ses prérogatives d'herbivore et de ruminant. Mais voilà qu'au moment où en enlevait la ligature placée vers la terminaison du canal thoracique, l'air fit, par ce canal, une irruption violente vers le cœur. L'animal tomba dans un état syncopal dont il ne put se relever, concourant ainsi par sa mort aux progrès de la science chirurgicale, de même qu'il avait servi, de son vivant, à l'élucidation d'un des points les plus controversés de la physiologie.

De la mélanose de l'œil. Extrait d'une livraison inédite de l'Iconographie ophthalmologique, par le docteur Sichel.

1. *De la mélanose en général.* — Beaucoup de médecins regardent la mélanose comme étant toujours un véritable cancer mélanique, c'est-à-dire comme une forme particulière du cancer caractérisée par sa couleur noirâtre. Bien que cette opinion soit soutenue par des hommes d'une grande autorité, je ne puis y souscrire d'une manière absolue. Pour moi, la mélanose n'est autre chose qu'une sécrétion anormale, plus ou moins abondante, d'une matière colorante particulière, dans l'œil du pigment choroïdien, dans les autres organes d'une matière analogue, également très carbonée et renfermant une petite proportion de fer. Par conséquent, à part l'altération de couleur extérieure toujours fâcheuse, elle n'agit sur les tissus et sur leurs fonctions que par la compression qu'elle exerce. On ne peut redouter d'autres dangers de la mélanose simple, qui n'envahit pas les tissus comme le font le cancer et la mélanose cancéreuse.

La matière mélanique à l'état solide se développe dans les cavités ainsi que dans les interstices de la trame organique; à l'état liquide elle s'infiltre dans cette trame. De même qu'on la rencontre par amas solides dans le foie, le cerveau, la peau et d'autres organes, de même on la voit disposée par stries, par taches, par nappes, à la surface du derme, du péritoine, des membranes séreuses en général. Elle peut se former dans tous les tissus normaux et se déposer dans tous les tissus accidentels, soit homœomorphes, soit hétéromorphes. Dans les premiers, elle constitue la *mélanose simple*, dont l'élément anatomique est la matière noirâtre, composée de cellules pigmentaires contenant des molécules de pigment semblables aux molécules de celui de la choroïde. Dans les derniers, comme par exemple dans le cancer et le tubercule, elle donne lieu à la *mélanose compliquée*. En général nous nous servons du terme de *mélanose* pour désigner la mélanose simple, et des mots de *mélanose cancéreuse* pour celle compliquée de cancer, dans laquelle on trouve l'élément cancéreux caractéristique, la cellule cancéreuse (voy. mon *Iconog*-

phie ophthalmologique, pl. LV, fig. 2, 3, 5, 6, 8 à 10), s autres symptômes du cancer.

. *De la mélanose de l'œil.* — Dans l'œil, l'élément anaique de la mélanose simple est beaucoup plus analogue illeurs à la cellule pigmentaire, au pigment choroïdien, dans la plupart des cas, est constitué par cette cellule e ou par des granules pigmenteux, sans développement ltané de cellules cancéreuses. Cette analogie et cette tité sont encore fortifiées par ce fait que, lorsque la mée siége dans l'intérieur du globe, elle débute presque urs à la face concave de la choroïde, c'est-à-dire à la re du pigment choroïdien, et peut être regardée comme supersécrétion de ce pigment. Elle se développe peu à entre la choroïde et la rétine, déplace et comprime -ci, comme dans les épanchements sous-choroïdiens, et it la vision de la même manière. L'altération des tissus niquement causée par la compression; ni la rétine, ni une autre partie de l'œil n'est envahie par la mélanose, siége uniquement à la face concave de la choroïde, entre et la rétine, et dans les interstices des tissus normaux. te espèce, que nous appelons *mélanose simple*, et dans lelle on ne trouve pas de cellules cancéreuses, mais seuent des granules ou globules du pigment (voy. mon *Icoraphie*, pl. LV, fig. 7) ou des cellules pigmenteuses ; cellules entièrement brunes de la fig. 9 de la même nche, cette espèce, dans l'œil, peut donc être considérée mme une forme particulière des épanchements sous-choidiens. A l'autre espèce, compliquée de cancer, nous réserls, avons-nous dit, le nom de *mélanose cancéreuse* ou ncer *mélanique*. Dans celle-ci on trouve, comme élément atomique, la cellule cancéreuse associée aux éléments pigenteux (*Iconographie*, pl. LV, fig. 5, 6, obs. 199; fig. 8,); la production morbide envahit les tissus eux-mêmes les entraîne dans la dégénérescence cancéreuse, sans rester mitée à leurs interstices, ni se borner à les déplacer et à nener leur résorption par la compression.

Nous allons rapporter quelques exemples des espèces et es variétés de la mélanose oculaire. Nous ne donnons ici u'un extrait ou plutôt un sommaire d'une monographie édite détaillée, préparée depuis longtemps pour la publition.

3. Nous divisons la mélanose du globe oculaire en *externe interne*.

La *mélanose oculaire externe* siége dans la conjonctive, tissu cellulaire sous-conjonctival ou la sclérotique. Dans conjonctive elle peut être simple ou cancéreuse. Dans la lérotique, bien entendu quand cette membrane est affectée ule et primitivement, je ne l'ai jusqu'ici vue que simple. 'observation suivante en fournit un exemple, curieux en ce le, malgré la formation de masses mélaniques dans le cerau, les viscères abdominaux et l'œil droit, la mélanose, ns l'œil gauche, s'est maintenue à l'état de tache bleuâtre s superficielle de la sclérotique et d'infiltration peu conérable, également bleuâtre, de la gaîne fibreuse du nerf tique.

OBS. I. — ***Mélanose superficielle de la sclérotique coexistant avec s tumeurs mélaniques volumineuses du cerveau et d'autres ornes.*** — Une jeune fille de quinze ans me fut présentée à ma clique, au commencement de septembre 1833, pour une affection l'œil gauche, lequel, depuis plusieurs jours, était dévié en dehors ne pouvait être ramené qu'avec de grands efforts vers le côté interne, en s'arrêtant toujours au milieu de l'orbite sans le dépasser. Le diagnostic ne pouvait être douteux un instant ; tous les symptômes de la paralysie du nerf de la troisième paire existaient d'une manière très prononcée : rotation du globe en dehors, impossibilité de le tourner en dedans, en haut et en bas; abaissement de la paupière supérieure qui ne pouvait se relever; dilatation et immobilité complètes de la pupille ; trouble de la vue de cet œil, cessant par l'emploi de lunettes à mydriasis ou d'une carte percée d'un trou ; diplopie lorsqu'on relevait la paupière, surtout lorsque la malade tournait l'œil droit à droite. En même temps mon attention fut attirée par des taches mélanotiques bleuâtres superficielles de la sclérotique de cet œil, qui me firent supposer que la paralysie du nerf de la troisième paire pouvait être causée par la pression qu'un tubercule mélanique exerçait sur le cerveau et sur les origines cérébrales de ce nerf. Je ne vis la malade que cette seule fois, sans avoir le temps d'examiner l'état général de sa santé ; j'appris plus tard, par mes auditeurs, qu'elle était entrée, le 11 décembre, à l'hôpital Saint-Louis. Voici un extrait de l'observation recueillie par l'un d'eux.

La jeune fille était affectée de mélanose générale. Des tumeurs noirâtres, depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'un œuf de pigeon, étaient visibles plus ou moins distinctement et en très grand nombre, les unes sous le derme, les autres sous l'épiderme. Six mois auparavant, elle avait éprouvé des accès épileptiques, après lesquels on s'aperçut, pour la première fois, de l'apparition de ces tumeurs. Avec l'affection de la vue coexistait une dureté de l'ouïe et un embarras de la langue. Après avoir eu de nouveaux accès épileptiques vers le milieu de décembre et une entérite au commencement de janvier 1834, elle mourut apoplectique le 30 du même mois.

A l'*autopsie*, on trouva dans le cerveau douze tumeurs mélano, tiques, dont la plus volumineuse, située dans l'hémisphère droit, avait un diamètre de 4 centimètres et demi. Autour de cette tumeur, la substance du cerveau était complétement ramollie et d'une couleur blanc sale ou grisâtre. Par suite de la pression exercée par ces tumeurs, les ventricules latéraux étaient comprimés de haut en bas et presque effacés. La substance du cerveau en général était plus molle qu'à l'état normal ; la moelle allongée, au contraire, était très dure.

Dans la cavité thoracique on ne trouva pas de traces de mélanose. Le foie, la rate, les reins, l'utérus, les ovaires, la vessie urinaire présentaient des tubercules mélaniques, et les membranes séreuses des taches de coloration de même nature. Les tumeurs mélaniques étaient nettement limitées, quelquefois entourées d'une espèce de capsule ; nulle part elles n'étaient en continuité avec les tissus environnants ; dans le cerveau, par exemple, on pouvait les énucléer facilement. On ne rencontra dans ces mélanoses cérébrales aucun élément cancéreux ; je n'ai point appris qu'on en ait trouvé dans celles des autres organes. L'œil droit contenait dans son intérieur une masse mélanique.

L'œil gauche et une des mélanoses cérébrales me furent apportés. Après en avoir fait prendre les dessins, voici ce que j'y trouvai :

La face externe de la sclérotique présente plusieurs taches mélaniques bleuâtres pâles, très superficielles, mais pénétrant intimement la substance de la membrane et ne se laissant enlever ni par le lavage ni par le grattage. Elles ont résisté à l'action de l'alcool dans lequel l'œil est resté longtemps plongé, circonstance d'ailleurs peu remarquable, puisqu'il est bien constaté que la matière mélanée est insoluble dans ce liquide. Les taches existent à la surface de la sclérotique, immédiatement au-dessous de la conjonctive, mais ne se continuent pas dans la profondeur du tissu sclérien. Elles traversent, au contraire, toute l'épaisseur de la gaîne fibreuse du nerf optique ; cette gaîne, fendue, disséquée et renversée en dehors, montre à sa face interne la même coloration bleuâtre que sa surface externe a offerte. Les taches de la sclérotique sont de formes différentes, les unes linéaires, les autres arrondies ; une autre enfin est digitée ou comme arborescente, mais toutes sont lisses, d'un bleu pâle s'atténuant et se perdant vers leur circonférence. Le microscope n'y montre que le

tissu fibreux de la sclérotique et des granules d'un pigment brun. Ce n'est donc là qu'un dépôt de matière colorante, épanchée à la surface de la sclérotique et dans une partie de son tissu, mais ne pouvant en aucune façon être regardée comme une dégénérescence comparable à celle qui caractérise les affections cancéreuses.

L'un des noyaux mélaniques du cerveau, d'un brun foncé, légèrement lobulé et presque lisse à sa surface, a le volume d'une grosse aveline. Divisé en deux parties égales, il offre dans sa coupe le même aspect; son tissu a tous les caractères de la matière mélanique: couleur brune plus ou moins foncée; aspect pointillé ou plutôt finement granulé, dû à des molécules brunâtres semblables à celles du pigment choroïdien; absence complète de tissu cellulaire ou d'autre substance organique homœomorphe ou hétéromorphe et surtout de tout élément cancéreux. On voit seulement çà et là des points rougeâtres, formés par quelques gouttelettes de sang épanché intimement mêlé à la masse et n'en différant que par leur coloration. Enfin, ce noyau mélanique est une simple agglomération de matière pigmenteuse, parfaitement semblable à celle qui tapisse la choroïde. A l'aide d'un instrument mousse, on en détache facilement de petites portions granulées et inégales, qui, desséchées, se laissent écraser sous le doigt en une poudre brun rougeâtre et impalpable. Cette matière se dissout promptement dans l'eau, et lui communique une couleur brun de bistre. En traitant cette dissolution à froid par l'alcool à 33 degrés, il se forme aussitôt un précipité, qui n'est autre chose que la matière mélanique elle-même, insoluble dans l'alcool, laquelle apparaît avec sa couleur première et dans un état de division extrême.

En résumé, chez cette jeune fille le siége principal de la maladie était dans la substance cérébrale et les viscères abdominaux. A l'œil gauche il y avait infiltration de la matière mélanique dans l'enveloppe fibreuse du nerf optique, et un simple dépôt superficiel de cette même matière sur la sclérotique, sans interposition entre les fibres profondes. Je regrette de n'avoir pas vu l'œil droit, qui semble avoir été affecté de mélanose interne simple.

4. *Mélanose oculaire interne.* — C'est de celle-ci que nous avons déjà donné plus haut (2) les caractères pathognomoniques. Pour simplifier son étude nous établissons trois périodes.

5. *Première période: La matière mélanique n'occupe encore que le fond de l'œil.* — On distingue à travers la pupille, qui même peut rester normale, mais qui, le plus ordinairement, se dilate et devient irrégulière, d'abord une teinte brunâtre, puis une surface un peu mamelonnée et de la même couleur, et enfin une opacité brunâtre et élevée plus étendue. On peut quelquefois diagnostiquer la mélanose au premier degré (obs. II); mais c'est le plus souvent difficile ou impossible, surtout lorsque la formation du dépôt mélanique commence dans les parties latérales et non dans le centre du globe.

6. *Deuxième période: La matière mélanique s'étend jusqu'à la face postérieure de la cornée ou de la sclérotique.* — Après un temps plus ou moins long, on voit la tumeur brunâtre s'agrandir peu à peu, se porter d'arrière en avant et présenter une surface irrégulière. Plus tard la substance mélanique, prenant la place du corps vitré et du cristallin qu'elle pousse devant elle, et qui se résorbent insensiblement après que le cristallin a d'ordinaire perdu sa transparence, vient s'appliquer contre l'iris, passer même par la pupille et toucher la cornée, qui se trouble bientôt, puis s'opacifie. Cette marche de la maladie est rare. Plus souvent le dépôt mélanique s'accroît moins rapidement dans le milieu que dans l'une des parties latérales du globe; alors la sclérotique devient amincie, bosselée, bleuâtre, ardoisée ou noirâtre dans un ou plusieurs points de sa surface.

7. *Troisième période: La matière mélanique traverse les membranes externes.* — Les fibres de la sclérotique, lorsque la mélanose s'est développée davantage vers les parties latérales du globe, s'écartent ou sont résorbées par suite de la pression; la lacune livre passage à la substance mélanique, qui peut venir se loger à la face externe de la sclérotique sous la conjonctive. Parfois la tumeur ainsi formée présente l'aspect d'un staphylôme de la choroïde, et s'en distingue à peine par une consistance plus dure et une couleur plus foncée. Dans le cas où la mélanose, plus développée d'arrière en avant que latéralement, exerce sa principale pression sur la cornée, elle en produit la rupture pour se faire jour au dehors.

Lorsque la tumeur apparaît à l'extérieur, elle est encore recouverte çà et là de certaines parties des membranes externes de l'œil, surtout de la conjonctive, qui s'enflamme, s'ulcère et pousse des bourgeons charnus. On sait que la conjonctive ulcérée, lorsque l'œil est désorganisé, produit rapidement des bourgeons qui dégénèrent. Bientôt les tissus se confondent. Le contact de l'air extérieur accélère la marche de l'ulcération et de la dégénérescence.

C'est dans cette période que la matière mélanique, lorsqu'elle n'a pu se développer au dehors en traversant la cornée ou la sclérotique, remplit peu à peu tout l'espace entre la choroïde et la rétine (obs. III), en refoulant cette dernière en avant et en finissant même par l'arracher de la papille optique, comme dans les épanchements sous-choroïdiens, notamment dans ceux de consistance ferme.

Dans la mélanose simple, la marche est régulière: peu à peu le globe se remplit de matière mélanique déposée entre la choroïde et la rétine (obs. III). Dans la mélanose cancéreuse, la marche est généralement irrégulière; la maladie peut débuter ailleurs que dans la choroïde, rester limitée à la région où elle a pris naissance, sans remplir toute la cavité du globe, traverser néanmoins les membranes externes et finir par entraîner les autres parties de l'organe dans la dégénérescence.

Obs. II. — *Mélanose commençante de l'intérieur du globe oculaire gauche, visible à travers l'ouverture pupillaire.* — Madame T..., femme d'un notaire, âgée de trente-sept ans, brune, d'une constitution lymphatique, assez faible, ayant le teint pâle, se présente à ma consultation le 14 octobre 1834, pour être traitée d'une affection amaurotique de l'œil gauche. La rareté et l'irrégularité des menstrues, à la suite desquelles s'étaient manifestés des étourdissements et des maux de tête violents, me font regarder l'amaurose comme congestive et causée ou entretenue par la dysménorrhée. Rien n'est changé dans les conditions physiques du globe oculaire; le trouble considérable de la vue, joint aux symptômes de congestion cérébrale, constitue l'affection tout entière, quant à ses rapports avec l'organe de la vision. Un traitement antiphlogistique, dérivatif et emménagogue était donc indiqué. (Bains de pieds irritants; ventouses scarifiées aux cuisses, appliquées immédiatement après les règles; purgatifs; pilules emménagogues: poudre de feuilles de sabine, extrait de sabine, de chaque 1 gramme, gomme ammoniaque 5 grammes, en 50 pilules, 2 à 5 matin et soir; de temps à autre y substituer les suivantes, à la même dose: gomme ammoniaque 5 grammes, aloès succotrin 1 gramme, en 50 pilules; emplâtre de poix aiguisé d'un huitième d'emplâtre vésicatoire de Janin, posé à la région lombaire; ventouses sèches appliquées aux cuisses

une fois par semaine ; petit-lait nitré pour boisson ; régime modérément nourrissant et très végétal.)

Le 22 novembre suivant, il y a de l'amélioration. La vue est un peu plus nette ; l'œil droit, qui dans le principe menaçait de participer à l'affection, est dans un état parfait. On remarque seulement que la pupille gauche est plus dilatée et se meut avec lenteur sous l'influence de la lumière. Les douleurs de tête persistent, surtout dans la région frontale. Tous ces détails nous sont fournis par une lettre du médecin ordinaire de madame T..., qui, depuis un mois, est repartie pour sa ville natale. (Continuer le premier traitement. Y faire succéder, lorsque les douleurs de tête et les autres symptômes de congestion auront disparu, des frictions douces sur le front et les tempes avec un liniment composé d'huile de cajeput 1 gramme et éther acétique 30 grammes.) Trois mois s'écoulent sans autres nouvelles. La malade revient nous voir à la fin du mois de mars 1835. L'affection a pris à cette époque un tout autre caractère. On aperçoit une opacité vague derrière la pupille, et, après la dilatation artificielle de cette ouverture, on peut voir distinctement dans la chambre postérieure, au point qui correspond à la partie antérieure et inférieure du corps vitré, une élévation opaque, un peu inégale, d'un brun grisâtre, tachetée de noir et sillonnée de petites stries rougeâtres. Des deux côtés de l'élévation, on remarque un pli blanchâtre assez large formé par la rétine. On reconnaît les caractères d'une mélanose qui se développe entre la choroïde et la rétine, et sur laquelle se dessinent les vaisseaux de celle-ci ; mais le volume encore modéré de la tumeur, l'absence complète de douleur et de gonflement du globe, la persistance d'un certain degré de vision, la mobilité très grande de l'iris, quand cette membrane n'est pas sous l'influence d'un agent mydriatique, nous font espérer que l'affection pourra être enrayée dans sa marche, de manière à se terminer par l'atrophie du globe oculaire. Il n'y a plus d'espoir de conserver la vue de cet œil, et, sans la continuation d'un traitement rationnel, l'extension de la maladie soit à l'œil droit, soit à d'autres organes, est à craindre. Nous prescrivons un cautère au bras gauche, et nous insistons beaucoup sur l'emploi des pilules emménagogues formulées, alternativement avec celui des ferrugineux, à cause de la pâleur extrême de la face, du facile essoufflement de la malade, ainsi que d'autres symptômes d'un état chloro-anémique compliquant la dysménorrhée et forçant de renoncer aux émissions sanguines.

Sur ces entrefaites, madame T... consulta deux autres médecins, qui prescrivirent l'un une saignée de trois palettes, l'ipécacuanha stibié et la strychnine, l'autre un séton à la nuque et des fumigations de carbonate d'ammoniaque. Le séton fut appliqué, mais sans aucun résultat. Les mois de mai et de juin s'écoulèrent sans aucune circonstance digne d'être notée. Au mois de juillet, une ophthalmie intense se déclare ; la conjonctive est boursouflée et présente une injection confluente ; les paupières, considérablement tuméfiées, ne peuvent être ouvertes, et des douleurs très vives se manifestent au fond de l'œil. Des cataplasmes émollients, et plus tard un collyre avec l'acétate de plomb, dissipent le gonflement des paupières, mais l'ophthalmie persiste. L'élévation que l'on observait derrière la pupille augmente de volume et paraît plus foncée ; la vision du côté droit commence à perdre de sa netteté. Tous ces détails me parviennent dans une lettre, où se peint l'alarme de la malade et de son médecin ordinaire. En effet, le mal a fait des progrès effrayants ; le dépôt de matière mélanée produit déjà une ophthalmie interne ; il est impossible de prévoir où s'arrêtera la désorganisation de l'organe ; à peine nous est-il permis d'espérer que l'œil droit lui-même ne sera pas bientôt atteint. Nous devons agir avec la même énergie et d'après les mêmes indications rationnelles. Les emménagogues et les ferrugineux sont continués alternativement. On revient aux sangsues appliquées après l'époque menstruelle à la partie supérieure des cuisses, les symptômes chloro-anémiques ayant cédé au traitement, et ceux d'ophthalmie interne, causée par la pression qu'exerce la tumeur mélanique, dominant actuellement. Je prescris des onctions sur le front avec l'onguent napolitain laudanisé et la suppression du séton que je remplace par les frictions sur la nuque avec la pommade stibiée. Mes conseils furent suivis ; les symptômes alarmants se calmèrent, et l'on ne m'écrivit plus.

Madame T... est revenue me consulter en 1839. Le traitement avait été continué avec des avantages très marqués pour la santé générale. L'œil aussi s'en était ressenti ; car la mélanose, dont la marche n'est d'ordinaire enrayée par rien, s'était terminée par une cataracte lenticulaire, une opacité notable de la partie inférieure de la cornée, en face de la moitié inférieure de la pupille, et finalement l'atrophie commençante du globe, avec cessation de toute sensation douloureuse. La malade m'exprima le plus grand contentement.

C'est le seul cas, dans ma pratique, où un traitement rationnel et persévérant ait amené la terminaison de la mélanose oculaire interne en atrophie définitive de l'organe, terminaison que j'ai obtenue plus fréquemment dans l'encéphaloïde de la rétine. Cela tient sans doute à ce qu'il est plus rare d'observer celle-là dans sa première période.

(La fin prochainement.)

II.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 11 MAI 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

PHYSIOLOGIE. — *De la moelle épinière considérée comme voie de transmission des impressions sensitives*, par M. *A. Chauveau*. — Les observations de l'auteur ont été faites sur plus de cent mammifères adultes auxquels il avait coupé l'axe encéphalo-médullaire vers l'articulation altoïdo-occipitale, et dont la respiration était suppléée par l'insufflation pulmonaire.

Après avoir indiqué sommairement les résultats obtenus, M. Chauveau résume ce qui est relatif à la sensibilité dans les conclusions suivantes :

1° Dans les animaux mammifères, la section des cordons postérieurs n'empêche pas la conduction des impressions sensitives. Mais il y a des raisons pour penser qu'il n'en serait pas absolument de même chez l'homme, où les cordons postérieurs constituent, surtout dans la région cervicale, la masse principale de l'axe médullaire, tandis que, chez les animaux, ces cordons sont fort petits relativement au volume des autres faisceaux.

2° Cette transmission n'est pas empêchée non plus par la destruction de la substance grise dans un point limité de la moelle.

3° On doit donc reconnaître qu'elle s'effectue par les cordons antéro-latéraux. Je dirai plus tard par quelle partie de ces faisceaux.

4° Les impressions sensitives, pour gagner l'encéphale, suivent dans la moelle le côté par lequel elles sont arrivées. Aussi la section d'une moitié latérale de l'axe médullaire, loin d'augmenter la sensibilité dans le côté correspondant du corps, la fait entièrement disparaître. Mais l'exagération apparente de l'excitabilité réflexe, qui se manifeste alors constamment, et souvent avec des proportions extraordinaires, peut être prise pour de l'hyperesthésie, confusion plus facile encore à commettre quand il se manifeste des symptômes de *sensibilité récurrente*, provoqués par les contractions involontaires que l'excitation du côté paralysé fait naître dans les muscles du côté non paralysé.

5° Toutes les blessures légères de la moelle, surtout quand elles n'intéressent pas les cordons latéraux, déterminent de l'hyperesthésie réelle, non-seulement au delà du point lésé, mais souvent en deçà ; l'ouverture seule du canal rachidien amène ce résultat, que s'explique par l'irritation des fibres chargées de conduire les impressions sensitives.

6° Les cordons postérieurs ne semblent pas sensibles. Pour déterminer la douleur en piquant la substance propre de la moelle, il faut que l'excitation porte sur les cordons latéraux, à proximité

de la ligne d'émergence des racines sensitives. Quand on pique dans l'intervalle des deux sillons collatéraux postérieurs, on ne provoque que des mouvements réflexes, et parfois aussi des phénomènes de sensibilité récurrente.

7° Les faisceaux postérieurs et la substance grise constituent donc, dans la moelle, un système indépendant préposé à l'exercice des phénomènes réflexes : les cordons postérieurs, comme prolongement des fibres centripètes chargées d'apporter à la substance grise les excitations qui doivent être réfléchies ; la substance grise, comme foyer d'irradiation *de ces mêmes* excitations. (*Comm.* : MM. Serres, Flourens, Cl. Bernard.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Recherches sur la dégénérescence graisseuse*, par M. *Mandl*. — L'auteur entend sous ce nom l'apparition de gouttelettes de graisse, libre sous forme de gouttelettes, ou saponifiée dans les éléments qui, à leur état normal, en sont privés. Restreinte aux tissus soustraits à l'influence de la nutrition, la dégénérescence graisseuse s'opère dans les fibres et dans les cellules.

M. Mandl l'a observée sur les muscles intrinsèques du larynx, à gauche, chez un chien auquel il avait extirpé le nerf récurrent de ce côté ; sur le bout périphérique d'un nerf divisé ou exposé à l'action de la potasse ; sur les vaisseaux capillaires, sur les cellules épithéliales des reins, dans la maladie de Bright, sur les cellules granulées de l'inflammation, sur les cellules du cancer et du pus, et dans la matière tuberculeuse. (*Comm.* : MM. Serres, Flourens, de Quatrefages.)

ANATOMIE. — *Développement des éléments nerveux*. — M. *Mandl* communique, à ce sujet, un second travail qu'il résume ainsi : — 1° Les fibres nerveuses se développent d'après le type des tissus fibrillaires ; les corpuscules (cellules) ganglionnaires, d'après celui des cellules. — 2° Les corpuscules des ganglions (grand sympathique) sont pâles, chez l'homme, dans la jeunesse ; ils deviennent d'une couleur foncée dans la vieillesse, par le dépôt de granules d'une matière colorante rouge brunâtre. — 3° La portion centrale du système nerveux se compose d'éléments embryonnaires par rapport à ceux des parties périphériques. — 4° En effet, la substance grise du cerveau renferme, dans une substance fondamentale amorphe, des corpuscules qui présentent tous les caractères des noyaux des corpuscules ganglionnaires. On en trouve de toutes les dimensions, depuis 5 millimètres jusqu'à 1 centimètre et même 1 centimètre et demi. Les plus petits sont dépourvus de nucléoles ; les grands en possèdent un ou deux. — 5° Ainsi donc la substance grise du cerveau et de la moelle épinière nous représente, dans sa majeure partie, des éléments embryonnaires, que nous reconnaissons tels, si nous les comparons à ceux de la portion grise périphérique du système nerveux, c'est-à-dire aux ganglions. — 6° Il en est de même pour la substance blanche des centres nerveux. On y trouve toutes les transitions des fibres les plus fines, à simple contour, aux fibres les plus grosses, à double contour. Les premières constituent presque exclusivement la substance blanche cérébrale, les dernières les nerfs cérébro-spinaux. — 7° Les différentes parties du système nerveux montrent donc, même chez l'adulte, suivant les régions d'où elles proviennent, des éléments divers, qui sont autant de degrés de développement auxquels persistent ces éléments pendant toute leur existence. (*Même commission.*)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 19 MAI 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. L'ampliation d'un arrêté en date du 30 avril 1857, portant approbation de la formule présentée par MM. *Laboureur* et *Fontaine* pour la préparation du valérianate d'ammoniaque. — *b*. Un envoi d'échantillons des eaux thermales d'Alet (Aude) avec demande d'analyse et d'avis. — *c*. Un rapport de M. le docteur *Sibille*, sur le service médical des eaux de Plombières, pendant l'année 1855. (*Commission des eaux minérales.*) — *d*. Un rapport sur les maladies épidémiques qui ont régné, en 1855, dans le département du Doubs. (*Commission des épidémies.*) — *e*. Les tableaux des vaccinations pratiquées, en 1855, dans les départements des Deux-Sèvres et des Vosges. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : — *a*. Un mémoire de M. le docteur *Rouault* (de Rennes), sur l'emploi du sulfate de cuivre en nature dans le traitement de certaines ophthalmies chroniques. (*Comm.* : MM. Velpeau et Larrey.) — *b*. Un mémoire sur le traitement et la guérison de l'endocardite rhumatismale chronique par les eaux thermales de Bagnols (Lozère), par M. le docteur *Dufresse de Chassaigne*. (*Comm.* : MM. Joly, Mêlier, Bouillaud.) — *c*. Un travail de M. *Morel-Lavallée*, ayant pour titre : *Addition à mon mémoire sur un nouvel appareil pour les fractures des mâchoires*. (*Comm.* : MM. Robert et Velpeau.) — *d*. Une lettre de M. le docteur *Ancelet*, de Vailly (Aisne), sur un cas de luxation fémoro-tibiale latérale externe. (M. Malgaigne, *rapporteur*.) — *e*. Un mémoire de M. le docteur *Bertherand*, intitulé : *La variole dans le nord de l'Afrique*. (*Commission de vaccine.*) — *f*. Un pli cacheté adressé par M. le docteur *De Larue* (de Bergerac). (*Accepté.*) — *g*. Une note de M. *Mathieu*, fabricant d'instruments, sur un perfectionnement qu'il vient d'apporter à son irrigateur à douche.

M. le *président* annonce que M. le docteur *Négrier*, membre correspondant à Angers, et M. le docteur *Hubert*, correspondant à Laval, assistent à la séance.

Lectures et Rapports.

DONATION. — M. *Civiale* donne lecture d'une *Note sur l'organisation du service des calculeux dans les hôpitaux de Paris*.

Ayant acquis la certitude que le service spécial, fondé à l'hôpital Necker, en 1829, pour le traitement des malades atteints de la pierre et d'autres affections des organes génito-urinaires, devait être supprimé après lui, M. Civiale a considéré comme un devoir de faire tous ses efforts et les sacrifices personnels qui seraient nécessaires pour venir en aide à l'administration et la mettre à même non-seulement de conserver l'institution qui existe, mais encore de l'améliorer, de la perfectionner, de lui imprimer un caractère de perpétuité qui assure à la science de la lithotritie en France, où elle est née, un établissement permanent dans lequel les indigents continueront à être admis et traités d'après les procédés que l'auteur de la communication a fait connaître.

« Mes vœux ont été accomplis, dit M. Civiale ; un acte régulier de donation perpétuelle que j'ai faite à l'administration de l'assistance publique, et qui a été acceptée par elle, a levé les difficultés financières, en assurant un traitement de 1,500 fr. aux chirurgiens qui me succéderont dans les fonctions que je remplis gratuitement depuis près de trente années.

» Ainsi se trouve définitivement assurée une création qui, au triple point de vue des malades, de la connaissance pratique de la lithotritie, des principales méthodes usitées contre les maladies des voies urinaires, et de l'instruction des jeunes chirurgiens, promet de rendre de notables service à l'art et à l'humanité. »

Cette communication est accueillie par des marques d'approbation.

M. *Michel Lévy*, président, remercie M. Civiale, au nom de l'Académie, de lui avoir fait connaître une mesure qui intéresse à un si haut degré la science et l'humanité.

PHYSIOLOGIE. — M. *Bérard* donne lecture d'un *Mémoire sur la formation physiologique du sucre dans l'économie animale*. (Voir aux TRAVAUX ORIGINAUX.)

PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — M. *Delafond* lit un travail intitulé : *Observations sur certains phénomènes physiologiques se rattachant à la parturition et à l'allaitement chez les chiennes qui n'ont pas été fécondées au moment du rut ou des chaleurs.*

Les faits constatant que les glandes mammaires peuvent sécréter du lait chez les très jeunes enfants des deux sexes, chez les hommes et les animaux mâles, adultes, chez les jeunes filles vierges et les femelles domestiques n'ayant pas encore reçu le mâle, ne sont pas rares. M. Delafond rappelle sommairement les principaux faits de ce genre consignés dans la science, afin de démontrer qu'ils ne sont pas de l'ordre de ceux dont il va parler, et qu'il a étudiés avec la plus sérieuse attention depuis déjà longtemps.

Dans les cas qui ont fixé l'attention de M. Delafond, il s'agit de

iennes plus ou moins âgées, n'ayant pas encore reçu le mâle ou ant déjà été fécondées et qui, pendant l'existence du rut ou des aleurs, étant restées sans être satisfaites, ont, à l'époque où la rturition à terme aurait dû s'effectuer, si elles avaient été fécones, manifesté tous les phénomènes physiologiques qui précèdent, compagnent et suivent la parturition, moins l'expulsion des fœtus l'utérus

M. Delafond rapporte deux observations curieuses citées l'une par rvey, l'autre par Buffon, et dans lesquelles il est question du rut ne lapine et d'une chienne, de l'absence de l'approche du mâle, is de la tuméfaction des mamelles, de la sécrétion du lait et enfin l'allaitement, par ces femelles, de très jeunes lapins, de petits iens et de petits chats étrangers.

Puis l'auteur expose la série des phénomènes qu'il a eu l'occan d'observer lui-même.

La chienne qui a éprouvé des chaleurs et qui n'a pas reçu le lle commence à présenter, du 45e au 50e jour, un gonflement à sensible des deux paires de glandes mammaires postérieures. 56e au 60e jour toutes les mamelles sont fermes, pendantes et uvent fournir du lait par la pression.

Du 59e au 60e jour, c'est-à-dire juste à l'époque où la chienne vrait mettre bas, si elle avait été fécondée, les bords de la vulve ossissent et son ouverture s'élargit; la muqueuse vaginale est uge et sécrète un liquide visqueux. La chienne prépare avec le us grand soin un véritable nid pour y déposer des petits qu'elle tend, mais en vain. Ces occupations durent douze à vingt-quatre eures.

Le lieu destiné à la mise bas étant convenablement disposé, la hienne y séjourne, s'y complaît, et semble attendre avec la plus ive impatience le moment d'une délivrance qui n'arrivera point.

Lorsque ce temps s'est écoulé, c'est-à-dire du 60e au 63e jour, a chienne qui n'a pas été satisfaite éprouve une véritable fièvre e lait; les mamelles se gonflent encore plus, les mamelons s'alongent et donnent, par une faible pression, du lait en abonlance.

Si un chien nouveau-né est confié à cette nourrice, elle le reearde d'abord avec surprise; elle le flaire, puis elle le lèche, le rapproche de son ventre, l'entoure de ses pattes, et, à partir de ce moment, le considère comme son propre chien.

M. Delafond ayant fait analyser le lait d'une chienne de ce genre par M. Clément, chef du service de chimie à Alfort, a pu constater que ce lait était riche en matière grasse, en caséine et en lactine, et par conséquent très nutritif. Aussi le nourrisson confié à cette chienne avait-il acquis, en vingt-quatre jours, le poids de 1 *kil. 600 gr.*

(M. Delafond met sous les yeux de l'Académie la chienne et le nourrisson qui font le sujet de cette communication.)

Des faits qu'il a observés et de ceux qui ont été publiés par Harvey et Buffon, M. Delafond croit pouvoir conclure :

1° Que chez certaines chiennes qui n'ont pas encore reçu le mâle ou qui déjà ont mis bas une ou plusieurs fois, et qui, pendant le rut ou les chaleurs, n'ont pas été satisfaites dix à douze jours avant le terme normal où la parturition devrait s'opérer si la bête avait été fécondée, les mamelles se tuméfient et commencent à sécréter du lait;

2° Que, juste au moment du terme de la mise bas dévolu par la nature, ou après 60 à 63 jours, la chienne manifeste toute la série des actes physiologiques qui précèdent, accompagnent et suivent la parturition, moins l'expulsion des produits de la conception;

3° Qu'elle éprouve les symptômes qui caractérisent la fièvre de lait, que ses mamelles se gonflent, se gorgent d'un lait abondant et de bonne qualité, qu'alors elle adopte les petits chiens étrangers qu'on lui présente, les nourrit, les approprie, les protége et les élève avec la plus grande tendresse, ainsi qu'elle le fait pour ses propres chiens.

L'auteur reconnaît, en terminant, que les faits de la nature de ceux qu'il a rapportés sont encore trop peu nombreux pour faire loi. Il ne les a cités que comme des exemples pouvant contribuer un jour à la solution de la difficile question de la fécondation.

M. *Leblanc*, M. *Roche* et M. *Moreau* rapportent des observations qui se rapprochent beaucoup des faits que vient de raconter M. Dulafond.

ANESTHÉSIQUES. — M. le docteur *Giraldès*, chirurgien des hôpitaux, donne lecture d'un mémoire intitulé : *Études cliniques sur l'amylène.*

Ce travail renferme le résumé de 79 cas d'anesthésie avec l'amylène observés à l'hôpital des Enfants trouvés. Le but de l'auteur est de décider dans quelle mesure l'amylène est moins dangereux ou plus dangereux que le chloroforme, et d'établir les indications propres à l'un ou à l'autre de ces agents.

M. Giraldès a successivement employé de l'amylène préparé par MM. Rousseau frères (bouillant entre 38 et 56°); par M. Ménier (bouillant entre 38 et 56°); par M. Bulloch, de Londres (bouillant entre 38 et 42°); par M. Hepp, de Strasbourg (bouillant entre 38 et 40°).

L'odeur de l'amylène est d'autant plus intense que le produit est plus pur.

La quantité de cet agent, nécessaire pour produire l'anesthésie, varie avec le degré de pureté du produit et les diverses dispositions individuelles. A l'exception de trois cas, dans lesquels il a fallu employer 10, 12 et 25 grammes d'amylène, M. Giraldès n'a jamais dépassé, chez les enfants, la dose de 8 grammes.

M. Giraldès reconnaît la nécessité de se servir d'un appareil spécial pour administrer l'amylène : celui qu'il préfère se compose simplement d'un ballon de verre à deux tubulures, l'une pour l'entrée de l'air, l'autre destinée à s'adapter à un tube en caoutchouc se terminant par un bout en forme d'entonnoir, garni de soupapes pour l'expiration.

Au moyen de cet appareil, l'auteur a toujours produit l'anesthésie sur des chiens, en cinq à dix minutes, avec 10 grammes d'amylène.

L'expérience lui a démontré que le temps nécessaire pour obtenir l'anesthésie chez les enfants est très variable, non-seulement sur des individus différents, mais encore sur le même sujet. Sur 79 essais, l'anesthésie s'est fait attendre une fois 20 minutes, une autre fois 15 minutes; presque toujours elle a été obtenue dans un laps de temps dont la durée *maximum* a été de 6 minutes, et la durée moyenne de 1 à 3 minutes.

L'âge des enfants soumis par M. Giraldès à l'amylénisation varie depuis un jusqu'à quatorze ans. Ce chirurgien n'a jamais eu un seul accident à déplorer de l'emploi de l'amylène.

Chez les enfants qu'il a observés, l'anesthésie s'est toujours produite sans réaction, sans mouvements convulsifs, sans agitation. Dans quelques cas rares, elle s'est accompagnée de roideur, de tension musculaire dans les membres et le cou. M. Giraldès a constaté ces phénomènes huit fois. Aussitôt qu'ils apparaissent, il est prudent de suspendre les inhalations, de faire respirer largement les enfants, avant de reprendre l'administration de l'amylène. Six fois seulement, M. Giraldès a vu l'amylène provoquer des vomissements.

L'anesthésie dure très peu de temps; néanmoins jusqu'à huit à dix minutes. D'ailleurs il est facile de l'entretenir.

Suivant M. Giraldès, il est incontestable que le chloroforme est plus puissant que l'amylène; mais il est aussi plus dangereux. Il peut jeter les enfants débiles dans un état de résolution cadavérique; très souvent l'anesthésie qu'il produit se prolonge si longtemps qu'il y a péril pour la vie. D'autres fois il provoque le resserrement spasmodique des mâchoires, la roideur des muscles du cou et du thorax, et tous les symptômes de l'asphyxie, de sorte qu'on s'est vu, parfois, obligé de pratiquer la respiration artificielle. Le plus souvent il donne lieu à des vomissements et à d'autres signes d'irritation des voies digestives.

L'amylène, au contraire, ne produit aucun de ces funestes effets. La sensibilité reparaît vite; les enfants n'en paraissent pas affectés. On peut l'employer peu de temps après le repas, et chez les

enfants épuisés, pour qui le chloroforme est d'un emploi très dangereux.

Encouragé par les 79 cas dans lesquels il a eu l'occasion de se servir heureusement de l'amylène, M. Giraldès termine sa note en disant que l'amylène, comme le chloroforme, a ses indications spéciales, et que, dans beaucoup de cas, il offre des avantages incontestables. (*Comm.* : MM. Larrey, Robert, Jobert de Lamballe.)

La séance est levée à cinq heures.

III.

REVUE DES JOURNAUX.

Cas de peau bronzée chez la vache, par M. DUPONT. — **Deux autres cas de la même maladie chez l'homme**, par M. KENT SPENDER et M. CHEVANDIER.

Nous avons cessé de relever tous les cas de peau bronzée dont les journaux de médecine continuent la relation; il nous a paru que, au point où cette question est arrivée, il fallait laisser au temps le soin de prononcer sur le vrai mérite de la découverte de M. Addison. Nous disons la *découverte*, parce que, quoi qu'il arrive, ce médecin aura eu l'honneur de signaler une forme nosologique entièrement nouvelle. On peut douter aujourd'hui encore que les symptômes de cette maladie se lient essentiellement à une lésion organique des capsules surrénales ou des reins eux-mêmes; on peut se demander si les lésions observées dans ces organes n'étaient pas de beaucoup antérieures ou postérieures à la manifestation des symptômes qu'on veut y rattacher; mais on ne peut nier qu'il n'existe une affection spéciale, caractérisée par la couleur bronzée de la peau, une faiblesse et une émaciation progressives; affection grave ordinairement, sinon toujours mortelle, et que personne n'avait décrite avant M. Addison.

Nous nous contenterons de signaler à ceux qui désireraient connaître les éléments les plus importants de la question, une nouvelle observation de peau bronzée publiée par M. John Kent Spender dans BRITISH MEDICAL JOURNAL (4 avril 1857). Tous les caractères de la maladie y étaient accentués, notamment la coloration noirâtre de la peau. La capsule surrénale droite, fortement adhérente au péritoine, était très développée; le volume de la gauche était moindre, mais encore anormal. Toutes deux contenaient du pus, et le microscope y faisait reconnaître un grand nombre de corpuscules graisseux.

Nous profiterons aussi de l'occasion pour donner des nouvelles du sujet dont il a été question dans un des derniers numéros (GAZETTE HEBDOMADAIRE, n° 17, p. 294). On se rappelle que ce malade, après avoir présenté les signes de la peau bronzée, avait subi dans sa santé une amélioration qui pouvait faire espérer la guérison. Mais il a été pris récemment d'une pneumonie du côté gauche, à laquelle il a succombé en cinq jours. Malheureusement, l'autopsie n'a pu être pratiquée, en sorte que cette observation ne peut être d'aucun secours dans la question. Le fait même de la guérison est d'autant plus douteux que la coloration noire de la peau avait repris toute son intensité pendant la durée de la pneumonie. (*Gazette des hôpitaux*, n° 52.)

Mais le principal objet de cette note est d'appeler l'attention sur deux cas de peau bronzée chez la vache, les seuls, si nous ne nous trompons, qui aient été publiés en médecine vétérinaire. On les doit à M. Dupont. Ces deux observations sont de nature à justifier les remarques que nous présentions à l'instant sur la séparation qu'il convient d'établir, jusqu'à plus ample informé, entre la forme nosologique et les caractères anatomiques de la maladie; remarques sur lesquelles insiste également M. Dupont. On va voir, en effet, que si le dépôt de pigmentum paraît bien semblable à celui qu'on rencontre dans la maladie d'Addison, néanmoins les capsules surrénales n'offraient aucune altération sensible, à l'exception de taches noires semblables à celles du tégument externe et de beaucoup d'autres tissus de l'économie. Toutefois nous ferons remarquer que la partie symptomatologique de l'observation, recueillie après coup, n'a pas à un degré évident les caractères de la vraie maladie d'Addison et que la nature de cette affection se déduit plutôt de la nigritie que des accidents généraux. Nous transcrivons la description de l'auteur :

OBS. I. — Le 23 septembre 1856, je fus appelé à l'Abattoir de Bordeaux pour prononcer sur les qualités alimentaires d'une vache qui avait été abattue le jour même, et dont l'état général avait éveillé les susceptibilités des agents préposés à l'inspection des viandes.

La vache était suspendue, divisée en deux parts égales suivant la longueur de la colonne vertébrale. La tête était détachée du tronc, les cavités splanchniques vides.

Ce qui frappait le plus à l'aspect de ces deux moitiés de cadavre, c'était une ligne très noire, dessinant exactement le canal médullaire. A première vue, on aurait dit un mastic noir placé dans ce canal pour remplir le vide ou en indiquer le trajet. Cette ligne s'étendait du trou occipital à la réunion des cordons nerveux, désignée sous le nom de *queue de cheval*. Examinée de près, elle avait des proportions uniformes et ne rayonnait pas, durant son trajet, dans les sens latéraux. Après avoir enlevé des enveloppes et la moelle, respectée en grande partie par le couperet qui avait divisé les vertèbres, cette ligne noire paraissait comme une partie intégrante du canal, et le périoste était, d'un bout de la cavité à l'autre, comme tapissé par du pigment. Au-dessous du périoste enlevé au moyen d'un couteau, le tissu osseux n'était point altéré.

Les enveloppes de la moelle étaient d'une couleur identique avec celle du périoste, d'un très beau noir; elles possédaient, d'ailleurs, leur épaisseur et leur densité normales. La moelle, partout où elle a pu être exactement appréciée, présentait une teinte plombée et un peu de ramollissement.

La tête était intacte, la vache ayant été tuée par exsanguification, je pratiquai l'ouverture avec soin.

Cervelet. — J'enlevai la table osseuse, et mis à découvert la table encéphalique. La dure-mère était noire à la base du cervelet, à sa face inférieure à l'origine de la moelle épinière, et irrégulièrement mouchetée sur ses hémisphères, jusqu'à la tente du cervelet. L'arachnoïde et la pie-mère ressemblaient à une fine dentelle tout à fait noire.

Le cervelet était injecté et ramolli à sa base, la matière grise pointillée.

Cerveau. — La méninge avait à peu près sa coloration normale. L'arachnoïde, la pie-mère, la toile choroïdienne, les plexus choroïdes, étaient littéralement imprégnés de pigment noir; les hémisphères cérébraux d'une couleur gris rougeâtre, légèrement ramollis à leur base, à substance corticale pointillée.

Les ventricules latéraux, pointillés, renfermaient un caillot sanguin assez volumineux, d'un rouge noir, et un peu de sérosité sanguinolente.

État général. — Amaigrissement très avancé du sujet, plus sensible dans les régions postérieures du cœur. Sur le carré des lombes, à sa face externe, on voyait deux grandes taches noires; elles paraissaient avoir leur siége dans la couche superficielle du tissu cellulaire, adipeux et aponévrotique, qui recouvrent les muscles de cette région.

Ces muscles présentaient quelques altérations remarquables, notamment dans les parties correspondantes au dépôt pigmentaire du tissu cellulaire ou adipeux. La viande était rouge pâle, ramollie, comme si elle avait subi un commencement de venaison ou de cuisson. Sous une pression ordinaire du doigt, elle se réduisait en pâte. Dans les autres parties de la région lombo-sacrée, le ramollissement était moins sensible; partout le système musculaire général était rouge pâle et flasque.

On voyait d'autres taches noires, superficielles, sur les faces internes des jarrets et des bras. Ici encore les tissus cellulaire ou aponévrotique, dans leurs couches supérieures, étaient le siége du dépôt pigmentaire. On aurait dit des lambeaux de festons à l'encre.

Au-dessus des jarrets, sur chaque membre, la veine sous-cutanée antérieure présentait une teinte noire très prononcée jusqu'au tronc crural; on voyait, dans les tissus environnants, quelques rares vestiges de pigment. La coloration du canal veineux cessait brusquement au-dessous des jarrets et au delà du tronc crural.

Cavités splanchniques. — Le foie avait des proportions à peu près normales; il était de couleur jaune-rouge, un peu ramolli et friable, la vésicule biliaire, pleine; la bile, sans caractères particuliers.

La rate n'offrait rien de spécial.

Les reins et les capsules surrénales étaient à peine recouverts d'une très mince couche de tissu adipeux, mais caillé, humide, entièrement tacheté de noir. Le volume des reins était presque normal. La substance corticale présentait une coloration violet pâle; la tubuleuse, une couleur brune assez tranchée, surtout vers ses bassinets, la scissure rénale et

infundibulum de l'uretère. La dimension des capsules surrénales était à peu près normale; leur couleur gris noir était plus foncée à l'extérieur qu'à l'intérieur. La densité des reins et des capsules surrénales était à peine altérée. Comparée avec celle des mêmes organes, pris sur des animaux maigres et sains, nous n'avons constaté que de très petites différences; c'est dans la couleur seule que paraissaient résider les modifications essentielles.

Les organes de la digestion, de la circulation et de la respiration ne présentaient d'autres lésions que celles qui sont propres aux affections générales, de nature cachectique, et à forme très lente. Nous avons trouvé dans les poumons quelques tubercules à l'état de crudité.

Peau. — La couleur normale de la peau était pie avec une prédominance de poils blancs. Examinée à sa face extérieure, elle présentait: 1° dans la région lombaire, de chaque côté de la ligne vertébrale, et séparée par elle, deux taches très noires occupant une superficie de 3 centimètres de large sur 22 de long. La couleur de ces taches tranchait profondément sur les taches noires de la robe qui leur correspondent en partie; 2° dans la région des jarrets, des grassets et des coudes, plusieurs petites taches de même nature, très perceptibles aussi sur les poils blancs du derme.

Examinée du côté interne, la peau présentait des taches noires plus prononcées et un peu plus étendues dans les mêmes régions.

L'examen nécroscopique fait par M. Denucé et moi a confirmé l'existence du pigment dans tous les tissus colorés et dans les caillots sanguins, trouvés dans les ventricules du cerveau.

Renseignements. — Il nous a été transmis, sur les derniers mois de l'existence de cette vache, les détails suivants: Dans le courant du mois de mars 1856, elle donnait, à peine âgée de douze ans, et après deux mois de lactation, 12 litres de lait environ par jour. Elle perdit presque instantanément ses facultés lactifères, sans qu'il fût possible de rattacher ce fait à une cause appréciable. Le propriétaire l'avait fait saillir, et, la supposant pleine, la plaça dans un pacage, d'où il ne la fit rentrer que vers l'époque présumée de sa mise bas. Elle resta dans l'étable, durant un mois entier, soumise à d'excellents soins et recevant une nourriture copieuse et substantielle. Soins perdus, l'animal dépérissait à vue d'œil; cependant les fonctions digestives s'accomplissaient d'une manière satisfaisante.

Le jour où elle fut vendue pour la boucherie, elle accomplit un trajet de plus de 10 kilomètres assez péniblement.

Obs. II. — J'ai observé aussi le deuxième fait à l'Abattoir de Bordeaux, et dans des circonstances analogues au premier. La vache était âgée, de la race laitière du pays, vendue pour la basse boucherie, à cause d'un amaigrissement progressif que les soins les plus attentifs et les plus prodigues n'avaient pu n i arrêter ni vaincre, depuis plus de trois mois.

Je vais, très sommairement, exposer les lésions nécroscopiques que me présenta son cadavre.

État général. — Maigreur très avancée, décoloration des masses musculaires; fort peu de tissu adipeux à la région des reins, mais parsemé de taches pigmentaires superficielles; taches noires sur la région lombo-sacrée, irrégulières, n'intéressant que le tissu cellulaire; ramollissement des muscles de cette région.

Canal médullaire. — Les enveloppes de la moelle sont noires; le périoste du canal rachidien est parsemé de taches pigmentaires nombreuses vers les premières vertèbres cervicales et dans la région lombaire, plus isolées ailleurs.

Cervelet. — A la base du cervelet et à l'origine de la moelle, la méninge est brune; l'arachnoïde et la pie-mère sont colorées en noir; les hémisphères sont ramollis.

Cerveau. — La méninge est plus pâle; l'arachnoïde, la pie-mère, la toile choroïdienne, les plexus choroïdes sont injectés et nuancés d'une couleur ardoisée; les hémisphères cérébraux sont pâles; les ventricules renferment un petit caillot sanguin et de la sérosité sanguinolente; leurs parois sont pointillées.

Cavités splanchniques. — Les viscères présentent les caractères et les lésions des affections anémiques et cachectiques.

Reins et capsules surrénales. — Modification de la couleur normale, surtout des capsules, sans lésions organiques sensibles; les dimensions, la consistance, la densité de ces organes ne paraissent pas altérées; les capsules surrénales étaient notablement plus brunes à l'extérieur qu'à l'intérieur.

Au-dessous de ces organes, les muscles psoas étaient décolorés, mous au toucher, plus friables à la pression que les muscles de la région lombo-sacrée supérieure.

Système veineux. — Absence complète de dépôt pigmentaire dans le trajet des veines.

Peau. — Elle présentait de nombreuses macules très foncées dans la partie correspondant au carré des lombes; quelques traces de dépôt pigmentaire, comme de gros grains de plomb, derrière la tête (occiput) et aux ars.

Le microscope nous a révélé, dans cette seconde nécropsie, l'existence du pigment dans les tissus tachés de noir.

Deux observations sur des accidents qui compliquent le diabète, par M. Dionis des Carrières.

Nous avons mentionné dans le tome III de la Gazette hebdomadaire (1856, p. 868), l'exemple, emprunté à notre propre pratique, d'une gangrène des pieds, liée vraisemblablement au diabète. Nous n'avions pas sous la main les éléments nécessaires pour rédiger l'observation de ce malade, qui habite la province, et que nous n'avons vu qu'à titre de consultant; mais un médecin distingué d'Auxerre, qui lui a donné également des soins, vient de publier une relation détaillée du fait; et, comme la question de savoir s'il y a corrélation étiologique entre le diabète et certaines gangrènes qu'on a coutume de rapporter à la gangrène sénile ou à la gangrène aiguë intéresse au plus haut degré la pratique, et doit même fournir la règle principale du traitement, nous résumerons l'observation de M. Dionis. Nous publierons également un autre cas, dont les détails lui ont été fournis par le docteur Tortera.

Obs. — M. X..., âgé de soixante sept ans, ancien notaire, avait eu pendant son enfance une teigne faveuse dont il fut guéri par le moyen de la *calotte*. Vers l'âge de cinquante-cinq ans, il commença à éprouver quelques douleurs passagères revenant par intervalle dans les membres et dans les lombes. En même temps, la soif augmenta sensiblement. Le docteur Villepigue fut appelé à lui donner des soins, en 1846, pour un trouble du côté de la vision. M. X... s'était aperçu à son réveil qu'il appréciait mal la distance des objets, lesquels lui semblaient être à sa gauche et à demi-renversés. L'œil droit et la peau du front autour du sourcil du même côté étaient le siége d'une douleur peu vive qui augmentait à la pression; il y avait quelque dérangement du côté des voies digestives. Depuis l'apparition de ces troubles visuels, les douleurs des membres et des lombes avaient disparu, et il y eut à plusieurs reprises une alternance entre ces deux ordres de phénomènes. Comme à cette époque la soif se faisait déjà sentir, M. X..., sur le conseil de son médecin, goûta son urine pour savoir si elle était sucrée, il n'y trouva aucun goût particulier. On s'en tint à cette exploration. Après deux ou trois mois d'un traitement qui consista dans l'emploi d'un purgatif, d'un vomitif, de bains de vapeur, d'eau de Seltz et d'eau de Vichy, les fonctions visuelles se rétablirent et la soif diminua.

Vers le milieu de l'année 1853, les deux premiers orteils de chaque pied perdirent de leur sensibilité et de leur chaleur; il semblait au malade qu'il marchait sur un tissu de petites cordes à larges mailles. Vers la fin de cette même année, à son retour d'un voyage de Paris et après un froid assez vif aux pieds, il remarqua à l'extrémité des deux premiers orteils du pied gauche et au gros orteil du pied droit de petites phlyctènes remplies d'un liquide roussâtre. Ces ampoules furent remplacées par de petites eschares, et la guérison eut lieu assez rapidement.

Le 26 janvier 1854, accès de fièvre, douleurs générales. Le lendemain, nouvelle phlyctène à la face dorsale du deuxième orteil du pied droit. Vive douleur, œdème de la jambe, dont la moitié inférieure devient comme érysipélateuse. La plaie de l'orteil suppura abondamment et, en introduisant un stylet, on constata une nécrose. Au mois d'avril, nouvel accès de fièvre, abcès à la base de l'orteil. Cet abcès s'est ouvert à la face plantaire et à la face dorsale; deux petits séquestres furent extraits.

Dans le courant des mois de juillet et août, M. X..., qui avait eu précédemment une phlébite de la saphène, éprouva des frissons intenses et irréguliers; de nombreux abcès se formèrent, comme à l'époque de la phlébite.

C'est à cette époque qu'il réclama les soins de M. Dionis; celui-ci constata au pied droit une nécrose d'un métatarsien et des phalanges de deux orteils, et pratiqua une contre-ouverture. En raison de la persistance de la soif, il analysa les urines et y trouva une notable quantité de sucre. *Pansement méthodique, eau de Vichy, opium, vin, toniques, carbonate d'ammoniaque.*

Au mois de novembre, M. Dionis revit le malade; le pus était très abondant, il fusait depuis l'orteil jusqu'au talon qui était très douloureux, ainsi que le bas de la jambe. Fièvre, émaciation. Il n'est pas rendu plus de deux à trois litres d'urine par jour. On y constate encore la présence du sucre.

A partir de ce moment, M. Dionis ne revit plus le malade, mais M. le

docteur Villepigue lui a transmis une note dont nous extrayons les passages essentiels :

« Au mois d'avril 1855, il y avait peu d'amélioration. Vers le milieu de janvier, la face postérieure du talon, au niveau et au-dessus de l'insertion du tendon d'Achille au calcanéum, avait été frappée de gangrène, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané. Après la chute de l'eschare, qui pouvait avoir 7 centimètres, le tendon d'Achille s'était complétement exfolié, et la plaie avait marché rapidement vers la cicatrisation. Deux petits séquestres étaient encore sortis, au niveau de la troisième articulation métatarso-phalangienne, par l'ouverture de la face dorsale. Les autres ouvertures, à la suite de vives douleurs, avaient laissé échapper une poussière osseuse noire mêlée à une grande quantité de pus. Le pus n'a cessé d'être louable.

» A l'autre pied, deux phlyctènes assez larges s'étaient produites successivement et à un long intervalle : la première sous la deuxième phalange du gros orteil, et la deuxième sur la tête du premier métatarsien.

» La quantité de l'urine n'avait pas varié beaucoup; il y avait un peu de toux, des sueurs prononcées pendant la nuit. L'urine contenait toujours du sucre, mais peut-être en moins grande quantité, autant qu'on en pouvait juger du moins par l'aspect plus ou moins foncé qu'elle présentait quand on la traitait par la chaux ou la potasse.

» Le traitement, à cause de l'extrême indocilité du malade, se bornait à une pilule d'extrait gommeux d'opium (0,07 centigr.) alternativement tous les deux jours ; gelée d'huile de foie de morue et huile de proto-iodure de fer, mais en petite quantité ; régime animal ; vin généreux. A la vérité, il mangeait très peu de pain (il n'avait pu se procurer de pain de gluten), mais souvent encore il mangeait des pruneaux, quelquefois du riz et toujours un peu de sucre dans certaines boissons.

» Vers le commencement de mai, par l'une des plaies fistuleuses sortit une masse fibreuse qui n'était autre que l'aponévrose plantaire en partie putréfiée. A partir de ce moment, la suppuration devint de moins en moins abondante, les fistules se fermèrent les unes après les autres.

» Au mois de septembre 1855, M. X... vint à Paris voir l'Exposition, et il en profita pour prendre l'avis de quelques confrères de Paris. Il vit MM. Dechambre, Grisolle et Nélaton. On lui prescrivit des douches sulfureuses et l'emploi de la teinture d'iode en topique sur les jambes, de sachets de sable chaud.

» En octobre 1855, il existait le long de la crête du tibia une infiltration offrant une consistance particulière et qui devait diriger l'attention vers l'état du périoste. Le malade exécutait avec peu d'exactitude l'ordonnance prescrite à Paris.

» Du reste, pas d'aggravation ni d'amélioration dans son état. L'appétit était bon, il dormait bien ; toujours un peu de sucre dans les urines, malgré l'usage prolongé du bicarbonate de soude et de l'eau de Vichy. Sur la crête du tibia, vers le tiers inférieur, il existait un peu de douleur qui se manifestait quelquefois spontanément par élancements et correspondait avec une douleur pareille dans le gros orteil. Cette douleur existait à la pression et faisait craindre une périostite.

» Enfin, voici quelle est actuellement sa position :

» Coloration du visage, embonpoint, sommeil, pas d'altération. La marche, quoique lente et difficile, est cependant possible à l'aide d'un bâton. Le pied droit présente de nombreuses cicatrices ; il est toujours tuméfié et légèrement œdémateux, ainsi que la jambe. L'extension du pied sur la jambe est très bornée, la flexion des orteils impossible ; il y a toujours de temps à autre quelques douleurs dans le pied et la jambe. L'urine exhale une odeur fortement ammoniacale, ce qui n'avait pas lieu autrefois. De temps à autre, cependant, il survient quelques phlyctènes à la face palmaire des orteils, mais elles se dessèchent promptement.

» M. X... se borne à une consommation très restreinte de substances féculentes et sucrées, à un régime tonique et à quelques prises, de temps en temps, de bicarbonate de soude »

La seconde observation, rapportée par M. Dionis, tire un intérêt particulier de l'existence d'un *ulcère chronique* de la jambe gauche compliquant la gangrène des extrémités. Assurément, la coïncidence d'une ulcération à la jambe et d'un diabète pourrait être tout accidentelle, et l'on n'y eût pas fait attention il y a quelques années. Mais du moment où il ne peut plus guère rester de doute sur la réalité d'un rapport étiologique entre le diabète et la gangrène, et où l'ulcération apparaît chez le même individu que la gangrène envahit, il est très naturel de relier également le simple ulcère chronique de la jambe à l'état glycosurique. Sphacèle, ulcères furoncles, anthrax, ce sont des manifestations variées d'une [illegible] cause agissant à des degrés et suivant des modes divers, ou [illegible] tissus différents.

Obs. — Il s'agit d'un homme de cinquante ans qui, à la [illegible] grandes fatigues, fut pris d'une fièvre continue, de lassitude, [illegible] On prescrivit des toniques. Un autre médecin diagnostiqua une [illegible] chronique et mit le malade, *pendant plusieurs années*, au tra[illegible] antiphlogistique (sangsues, bains, etc.). En 1840, traitement [illegible]thique, sans aucun bénéfice. En 1841, amaigrissement rapide ; [illegible] atonique s'est formé sur une jambe variqueuse. La soif est con[illegible] et le malade ne peut manger que des aliments frais. Il rend six [illegible] d'urine par vingt-quatre heures. L'urine, bouillie dans un vase [illegible] se transforme en une masse noirâtre qui prend une odeur caractér[illegible] de *caramel*. Quinze jours plus tard, sous l'influence du retour aux [illegible]ques, le malade se sent renaître et l'ulcère a guéri sous l'influence [illegible] simples bandelettes agglutinatives.

A ce moment, M. Bouchardat est consulté, qui ordonne les se[illegible]moniacaux, le fer, le régime animalisé. Amélioration rapide.

En janvier 1840 (les urines contenant encore du sucre de temps [illegible] autre), douleurs dans le pied, attribuées d'abord à la goutte, puis [illegible] cor. Le 22, à la partie interne du médius du pied gauche, au niveau [illegible] la première articulation des phalanges, la peau, sur une étendue [illegible] d'un centimètre, est altérée dans sa structure; elle n'a pas l'aspect [illegible]leux ou corné d'un cor. Cette surface, à peine élevée, est molle, [illegible]gieuse, grise ; touchée avec le stylet, elle reste insensible ; les fibres [illegible] la constituent se laissent assez facilement écarter et le stylet [illegible] dans l'articulation qui est rugueuse, sans synoviale et sans cartilage. [illegible] peut apprécier la couleur grise, terne, des deux têtes des phalanges, [illegible] sont nécrosées. Aucun travail d'élimination n'existe. La circulation [illegible]rielle locale ne présente aucun obstacle appréciable ; la circulation [illegible]nérale est normale.

On prescrit le traitement préconisé par Pott, l'opium et les applica[illegible] émollientes. Le malade prend en outre du vin de quinquina et des [illegible] amères. Rien de salutaire ne se produit ; loin de là, l'orteil se [illegible] change de couleur, se sphacèle, et bientôt il faut en faire l'ablation [illegible] 10 février) pour débarrasser le malade de l'odeur qu'il exhale.

Les jours suivants, la base des orteils se tuméfie à la face [illegible] à la face plantaire, le sphacèle s'étend ; la marche du mal [illegible] progression rapide. Plusieurs médecins des environs sont [illegible] jour désigné pour l'amputation (24 février), toute la partie [illegible] de la jambe est sphacélée, nulle ligne de démarcation ne s'établit [illegible]ration est ajournée ; le malade meurt le lendemain. (*Moniteur des hôpitaux*, 1857, Nos 54 et 55.)

IV.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur la folie pénitentiaire, par M. le docteur Sauze, médecin adjoint de l'asile des aliénés de Marseille, médecin de la prison cellulaire, etc. (Extrait des *Annales médico-psychologiques*, cahier de janvier 1857.)

Au moment où l'on s'occupe ardemment de la réforme des prisons, M. Sauze ne pouvait prendre pour objet d'études un thème plus approprié. La captivité pénitentiaire, son mode d'application surtout, sont certes de nature à exercer une fâcheuse influence sur le moral des détenus. La honte de la condamnation ajoute encore à cet effet. Toutefois la question se complique d'un autre élément. La folie elle-même, dans beaucoup de cas, ne précéderait-elle pas l'acte répréhensible ? Les médecins attachés aux établissements d'aliénés, ceux que leurs fonctions médicales appellent à soigner les prisonniers ou à inspecter les prisons, n'en font aucun doute. Il y aurait donc là à poursuivre une série de précieux éclaircissements dans le double but de parer aux inconvénients d'une réclusion vicieuse ou de soustraire des malheureux privés du libre arbitre à une responsabilité imméritée.

De nombreuses données existent déjà à cet égard. MM. Lélut, Aubanel, Baillarger, Vingtrinier, Boileau de Castelnau, Pietra-Santa, Tardieu, dans de savants mémoires, et M. Ferrus dans son beau livre sur l'*emprisonnement*, les *prisonniers* et les *prisons*, ont notamment traité plusieurs points essentiels avec l'autorité imp-

sante de l'expérience et des faits. Mais la matière n'est pas épuisée, et les nouveaux documents fournis par M. Sauze devront, comme les travaux antérieurs, avoir leur part d'influence dans la solution du problème.

M. Sauze se défend de plaider la cause de l'isolement, dont son observation, cependant, atténuerait de beaucoup les prétendus dangers. Depuis deux ans qu'il dirige le service médical de la prison cellulaire, environ 2400 détenus ont figuré dans l'établissement. Sur ce chiffre, 44 ont offert des signes divers de désordre intellectuel. En défalquant 29 cas d'imbécillité, il en resterait 15 au compte de l'aliénation.

Cette proportion serait considérable encore; mais les particularités relatives à ces faits prouvent que 3 d'entre eux seulement ont éclaté après la séquestration, que de ceux-ci l'un reconnaît une cause incidente, et que pour les deux autres l'emprisonnement a été activement secondé par des prédispositions flagrantes.

Dans la vie libre, la moyenne des insensés serait, d'après M. Ferrus, de 1 sur 1830 habitants, et d'après M. Lélut de 2 sur 1000. Celle des pénitenciers en commun donnerait, suivant le premier, 1 sur 927. L'incertitude des éléments sur lesquels s'opère le calcul peut seule expliquer de telles différences.

Il est aisé d'en prendre une idée par l'inventaire de M. Sauze lui-même, qui, s'il eût étendu sa statistique aux 15 aliénés sans distinction, et à plus forte raison aux 29 imbéciles, aurait atteint les termes énormes de 1 sur 160 ou de 2 sur 100, tandis qu'en réalité, réduite à deux cas, la folie d'origine cellulaire ne lui a fourni que 1 sur 1209, moyenne à peu près égale à celle de la maison d'arrêt soumise à l'ancien régime.

De la rigueur de l'enquête dépend ici la justesse de l'appréciation. Il faut, considérant le caractère et la cause de l'infirmité, fixer nettement les cas à admettre ou à exclure. On conçoit aussi que, pour arriver à une conclusion fructueuse, les recherches, poursuivies sur une large échelle, ne doivent se limiter ni à un petit nombre d'établissements, ni à une courte période d'années, la folie pouvant se montrer fréquente ou rare, au gré de mille circonstances hasardeuses.

Les raisons justificatives de l'encellulement sont importantes : si, comme cela a eu lieu dans le principe, la privation de communications était absolue, il y aurait à craindre, et l'événement l'a prouvé, une augmentation d'aliénations et de suicides. Mais la règle actuelle ne ressemble en rien, sous ce rapport, aux applications premières. Il n'y a de supprimé que le contact funeste des prisonniers entre eux. Ceux-ci ont avec le personnel de la maison une fréquentation sagement ordonnée, et les distractions qu'elle leur procure, comme les conseils et les consolations qu'ils y trouvent, sont assurément plus propres à relever leur moral qu'à l'abattre.

M. Sauze, conséquemment, ne pense pas que le mode pénitentiaire contribue d'une manière sensible au développement de l'aliénation mentale. En cela, son opinion est conforme à celle de M. Ferrus, qui, accordant la plus forte part aux prédispositions, admet que « l'homme, dont les facultés sont exactement équilibrées, peut résister, sans perdre le libre exercice d'une raison parfaite, aux plus dures traverses de la vie, aux pertes les plus graves, à l'excès même de la douleur. »

Notre collègue ne s'est pas borné à de simples arguments. Afin de mettre chacun à portée d'en juger la valeur, il a reproduit dans leurs détails essentiels les faits sur lesquels il s'appuie et dont nous-même, mû par une semblable intention, signalerons quelques-uns des traits les plus significatifs.

Obs. I. — Ferro, âgé de quarante-quatre ans, et condamné à six jours d'emprisonnement pour cris séditieux, offre, dès son entrée, les signes d'invasion de la paralysie générale ; excitation maniaque, idées ambitieuses, faiblesse des mouvements, bredouillement. M. Sauze estime que les prodromes du mal, remontant à plusieurs mois, ont été le mobile des paroles incriminées. Placé à l'asile des aliénés, où les symptômes se caractérisèrent de plus en plus, Ferro, peu de temps après, a été transféré dans le Piémont, son pays natal.

Obs. II. — Dombey est âgé de trente-huit ans. Frappé d'une condamnation à trois mois pour vol, il entre dans la prison le 6 novembre 1854, présentant des signes notables d'hypochondrie. Vers la fin du mois, l'état empire. Comme on redoutait la simulation, on organise une surveillance exacte ; mais on ne tarde pas à se convaincre qu'il existe des hallucinations de l'ouïe. Probablement les phénomènes datent d'une époque reculée, et il n'est pas impossible que le délit en ait été une conséquence. Après des alternatives d'agitation et de calme, Dombey était encore à l'asile d'aliénés au mois de juin suivant. Depuis, il en est sorti très amélioré.

Obs. III. — Velu, âgé de quarante-huit ans, a erré et mendié toute sa vie. Jamais il n'a rien pu apprendre. Ayant subi quinze jugements pour vagabondage et mendicité, il est repris pour rupture de ban et réintégré le 29 septembre 1854. Vers le milieu de janvier 1855 se manifestent des hallucinations de l'ouïe. La constitution était fort délabrée. Un régime analeptique rétablit promptement la santé physique et morale. Cette fois, la folie avait pris naissance dans la prison ; mais sa disparition rapide, sous l'influence d'une meilleure alimentation, fait croire à M. Sauze qu'elle avait été occasionnée par la faiblesse.

Obs. IV. — Weber, âgé de vingt-six ans, marin, a été condamné, le 8 janvier 1855, à Varna, à un an d'emprisonnement pour menaces envers son capitaine. Étant aux fers à bord de la frégate, il eut quelques accès de manie. L'exaltation, évidente au moment de son entrée en cellule, prit bientôt une forme tout à fait aiguë, qui motiva son transfert dans l'asile des aliénés le 8 avril. Six semaines après, le malade, ayant recouvré sa lucidité, raconta que, par suite d'une chute du mât sur le pont, il perdit connaissance. Depuis, la tête n'a cessé de lui faire mal. Il ne dormait pas, et avait des hallucinations. L'accident, dont la date n'est pas précisée, était antérieur à sa querelle avec son capitaine.

Obs. V. — Sourd-muet inconnu, âgé d'environ quarante ans. Cet individu, stupide, abruti, sale, à conformation irrégulière du crâne, a été condamné, pour vol et vagabondage, à un an d'emprisonnement. Erreur judiciaire évidente !....

Obs. VI. — Trucano, Piémontais, âgé de trente-neuf ans. Condamnation à trois jours de prison pour outrage envers un agent de l'autorité. Paralysie générale flagrante. Cas absolument identique avec le premier.

Obs. VII. — Robin, âgé de trente-trois ans. Coups et blessures à sa femme. Hypochondriaque invétéré.

Obs. VIII. — Galas, âgé de vingt-cinq ans, fort et jouissant d'une bonne santé, condamné à un an de prison pour soustraction frauduleuse. Entré le 28 mars 1855. Nulle impression de la cellule ; espoir de grâce. Le 11 mai, brusque accès de manie, avec visions et fureur. Le lendemain, hébétude, céphalalgie qui dure plusieurs jours et se juge par une épistaxis.

Comment expliquer une crise aussi soudaine, aussi inattendue ? M. Sauze acquit bientôt la conviction que Galas était sujet à des éblouissements épileptiques presque quotidiens, caractérisés par une douleur qui, du côté gauche de la poitrine, monte au cerveau et produit le vertige. La forme hallucinatoire du délire confirme ce diagnostic.

Obs. IX. — Gazino, âgé de trente et un ans. Constitution athlétique. Condamné à un an de prison pour vol. Avant le jugement, court accès de manie, à la maison d'arrêt. À son entrée à la prison cellulaire, le 13 septembre 1855, phrases sans suite, mouvements d'impatience. Le 22, manie violente. On transfère Gazino à l'asile des aliénés, où, sous l'influence de bains prolongés, il guérit radicalement.

Obs. X — Veyret, âgé de vingt-cinq ans, condamné à un mois de prison pour mendicité. Excitation maniaque, à l'arrivée, le 2 septembre 1855. Insolence, indocilité. Le 22, délire maniaque, bientôt suivi de stupidité. Transféré d'abord à l'asile de Saint-Pierre, puis à celui de Saint-Robert, le médecin de ce dernier établissement informe M. Sauze que déjà il avait donné des soins au malade pour un accès semblable, peu de temps avant sa condamnation.

Obs. XI. — Aschery, âgé de quarante-quatre ans, condamné à trois mois de prison pour coups et blessures. Entré le 3 août 1855. Hébétude et tristesse. Au commencement de septembre, inappétence, céphalalgie, constipation. Le 22, craintes d'empoisonnement, refus de manger, lamentations, insomnie. Le 27, on transfère Aschery à l'asile d'aliénés. Tentative de suicide. Sa femme déclare qu'avant son délit il n'avait jamais donné de signes de folie ; seulement, il buvait, et il était ivre le jour où il a frappé le commissaire de police appelé pour réprimer le tapage dont il troublait ses voisins.

L'appréhension de retourner chez lui, en Piémont, le tourmentait sans cesse, et c'est à cette préoccupation, jointe aux excès de boisson, plus qu'à l'impression de la cellule, que M. Sauze attribue le développement de l'affection mentale.

Obs. XII. — Partacada, âgé de vingt-cinq ans, condamné à trois mois d'emprisonnement pour coups et blessures. Entré le 21 juillet 1855. Vers

la fin de septembre, inappétence, constipation. On le purge. Bientôt après il croit entendre des voix confuses et menaçantes. Refus d'aliments.

Bien que l'influence seule de la cellule paraisse ici devoir être invoquée. M. Sauze relève néanmoins une particularité importante. Le délire aurait suivi immédiatement un interrogatoire ordonné par le commissaire central. Peut-être Partacada, étranger à notre langue, aura-t-il cru à une instruction nouvelle, et par conséquent à une peine plus rigoureuse.

Placé à l'asile des aliénés, il en est sorti guéri au bout d'un mois.

Obs. XIII. — Cornuel, âgé de quarante-quatre ans, condamné à trois mois d'emprisonnement pour mendicité. Hallucinations de l'ouïe, qui, de la prison, le font transférer immédiatement à l'asile des aliénés, le 31 janvier 1856. Il y était encore en juin, mais guéri et près de sortir. Les vexations s'étaient déclarées au moment de l'arrestation.

Obs. XIV. — Bertrand, âgé de vingt-deux ans; mendicité et vagabondage. Facultés à l'état rudimentaire, éducation nulle, déformations crâniennes.

Ce malheureux, qui eût dû échapper à la responsabilité, a été placé à l'asile des aliénés, où on le garde.

Obs. XV. — Leport, âgé de vingt et un ans, condamné à six mois d'emprisonnement pour vol. Irritation habituelle, actes bizarres, inappétence, céphalalgie. Le 22 avril 1856, quelques jours après son entrée, délire maniaque. Transféré, le 21, à l'asile des aliénés; il redevient calme; mais ses réponses sont lentes, sa physionomie obtuse. Les phénomènes subissent une sorte d'intermittence.

On s'aperçoit, le 5 mai, que le trouble mental est lié à des accès épileptiques.

Ces divers faits parlent assez d'eux-mêmes sans qu'il soit besoin d'y ajouter de longs commentaires. La précession du désordre intellectuel est une circonstance très ordinaire et qui prouve avec quel soin les magistrats et les experts doivent examiner la situation et les antécédents de certains accusés. Mais, alors même qu'elle éclate dans la prison, la folie tient souvent à des actions indépendantes du mode pénitentiaire.

M. Ferrus cite l'exemple d'une détenue dans la maison centrale de Haguenau, qui est devenue folle en apprenant la mort subite et inattendue de son mari. En outre, de plusieurs des cas précédents, M. Sauze mentionne deux tentatives de suicide provoquées, chez des déserteurs arrêtés pour vol, par la crainte d'être réintégrés dans leur patrie où ils auraient été fusillés. Ils ne bougèrent plus dès qu'ils eurent acquis la certitude contraire.

Par combien d'observations recueillies dans les services d'aliénés ou d'épileptiques ne pourrions-nous pas nous-même confirmer les indications des auteurs? C'est d'abord un jeune clerc d'huissier qui, impliqué dans le meurtre de son père, se figure être poursuivi par les gendarmes. En face d'une si terrible accusation, et peut-être aussi par voie maternelle d'une transmission héréditaire, l'influence de la détention a dû ici se réduire à peu de chose.

Parmi les insensés que nous envoient les prisons, prévenus ou condamnés, j'en compterais, pour ma part, plus de vingt dont les méfaits ont été accomplis dans la période d'invasion, soit d'une démence ou d'une paralysie générale.

D'autres, en grand nombre, sont des êtres inconsistants, mobiles, à organisation incomplète, de véritables écervelés n'ayant du discernement que l'apparence, et qui, soumis à des impulsions périodiques ou à des sollicitations momentanées, sont incapables non seulement de se dominer, mais de comprendre la moralité de leurs actes.

Cette disposition, souvent congénitale, est quelquefois le résultat acquis d'une condition morbide. Il y a quelques années, dans une autopsie à Bicêtre, nous rencontrâmes un vaste fongus de la dure-mère. Le sujet était un clerc de notaire condamné qui, pour satisfaire aux exigences d'une maîtresse, avait soustrait dans la caisse de son patron une somme de minime importance. Il appartenait à une famille honorable; sa mère, que nous interrogeâmes, nous apprit que vers l'âge de douze ans il avait reçu un coup violent sur la tête, et qu'à partir de cette époque, sans perdre son aptitude intellectuelle, il avait présenté de singulières irrégularités morales. En jouant notamment avec ses sœurs, qu'il aimait beaucoup, il lui arrivait souvent, ce qui jamais n'avait eu lieu auparavant, d'éprouver comme un besoin frénétique et voluptueux de leur serrer les bras, de les égratigner, etc. Les traces de la blessure, fortement empreintes sur le front, étaient en rapport évident avec le point d'origine de la dégénération, et l'on ne saurait douter que le délit qui avait motivé sa condamnation ne fût lui-même la conséquence de la transformation morbide.

Le pendant de cette observation existe encore dans l'établissement. C'est un jeune homme d'une naissance distinguée, joignant aux dons corporels une assez vive intelligence. Pour se procurer un objet de toilette dont il eut la fantaisie de faire cadeau à une femme avec laquelle il vivait, il usa d'un subterfuge que le tribunal considéra comme un fait d'escroquerie. Ce malade, sans boussole, flotte au gré de toutes les instigations; sa maîtresse le menait comme un enfant; sa physionomie réfléchit l'égarement. Il sent que son cerveau travaille et qu'il est subjugué par des impressions presque hallucinatoires. Or, ces accidents ont surgi consécutivement à un double coup sur la tête, l'un en arrière, l'autre en avant, dont la cicatrice est très visible.

Mais de toutes les affections, l'épilepsie est, sans contredit, celle qui fournit à cette catégorie de faits médico-judiciaires le contingent le plus considérable par ses impulsions insolites, ses violences instantanées et ses stupidités passagères. Toutes les fois qu'éclate à l'improviste un délire général, voilé d'obtusion, il y a chance qu'on ait affaire aux suites du mal caduc. Chaque jour, à cet égard, on fait dans les asiles d'aliénés d'étonnantes découvertes. Ignorants de ces conséquences, les malades souvent ne songent pas à en réclamer le bénéfice. Un commis marchand, jusque-là irréprochable, se rend coupable d'une infidélité envers son maître, par suite d'un entraînement analogue aux précédents. Il est traduit et condamné. Quelques mois après, la folie se manifeste, et de la prison on le transfère à Bicêtre, où l'on acquiert bientôt la preuve qu'il est depuis huit ans épileptique. Une constatation semblable concerne un pauvre pharmacien, tout récemment séquestré dans le même hospice, et qui, contrairement à sa position et à ses antécédents, avait, comme machinalement, dérobé un foulard dans la poche d'un passant. Ses crises, assez rapprochées, occasionnent parfois des hallucinations et fomentent une demi-hébétude constante. Dans un troisième cas, l'arrêt de la justice fut miraculeusement suspendu. Une tentative de viol était flagrante, avouée, la condamnation était infaillible; tout à coup, au milieu de l'audience, un bruit de folie circule: l'avocat s'en empare, on ajourne la cause; les faits sont favorables à l'enquête que confirment les accidents ultérieurs, et le prévenu est acquitté. Six mois après il succombait dans un asile d'aliénés.

Bien des causes agissent donc en dehors de la cellule. En général, on s'harmonise assez vite au milieu dans lequel on est contraint de vivre. C'est une remarque que M. Sauze a souvent faite à l'égard des prisonniers chez la plupart desquels une résignation forcée ne tarde pas à ramener la sérénité. Si l'emprisonnement était préjudiciable, ce serait plutôt, selon lui, en raison de l'insuffisance du régime alimentaire. La détérioration corporelle, l'appauvrissement du sang qui en résultent, constituent, en effet, des conditions très défavorables au maintien de l'équilibre cérébral.

Ajoutons que les peines infligées aux détenus cellulaires étant légères et définitives, on doit écarter tout soupçon de feinte pouvant entacher les recherches de M. Sauze.

Toutes ces circonstances méritent assurément une sérieuse attention. Et, comme nous le laissions pressentir en commençant, on ne saurait trop hâter le jour où, grâce aux matériaux de toutes parts accumulés, la science, fixée désormais, projettera ses clartés sur les dernières ombres servant d'abri à de funestes préventions!...

Delasiauve.

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. PARIS, 29 MAI 1857. N° 22.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté, en date du 14 mai, M. LECŒUR, professeur adjoint de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé professeur titulaire de thérapeutique et de matière médicale à ladite École, en remplacement de M. Leclerc, dont la démission est acceptée.

M. ROULLAND, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur adjoint de clinique externe.

M. DENIS, professeur suppléant à la même École, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie.

M. BOURIENNE, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, en remplacement de M. Denis, appelé à d'autres fonctions.

— *Par arrêté* de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, *en date du 25 mai 1857*, M. HIRSCHFELD, docteur en médecine, est nommé chef de clinique dans le service de M. le professeur Rostan, à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. le docteur Labric, démissionnaire.

— Par arrêté en date du 25 mai 1857, M. BLEYNIE, docteur en médecine, professeur adjoint de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé professeur titulaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à ladite École, en remplacement de M. Thibaud, décédé.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 28 mai 1857.

INHALATIONS ANESTHÉSIQUES AU POINT DE VUE DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE. — AUSCULTATION DE L'OREILLE.

M. Devergie l'a dit avec raison dans la discussion qui s'est élevée à l'occasion de sa lecture de mardi dernier à l'Académie de médecine, la pensée de son travail n'avait pas tout d'abord été bien comprise. On croyait qu'il visait à rendre obligatoire, par mesure de sûreté publique, l'emploi d'appareils dans l'administration des vapeurs d'éther, de chloroforme ou d'amylène; tandis que son intention était seulement de montrer que l'usage d'appareils disposés de manière à doser la substance et à rendre fixes les proportions relatives d'air et de vapeurs anesthésiques, cou-

FEUILLETON.

La médecine et les médecins, par Louis PEISSE.

Études biographiques pour servir à l'histoire des sciences[1], par Paul-Antoine CAP.

Mysteries of Medical Life, par G. ALLARTON.

Physician and Physic, par JAMES Y. SIMPSON.

Deuxième article (1). — Voir le numéro 21.

Nous l'avons dit, M. Peisse, armé de beaucoup plus de science qu'il n'en faut pour être médecin, et médecin éminent, mais obligé de suppléer par la spéculation philosophique aux enseignements souvent inattendus de l'observation directe, porté par la nature de son éducation et de son tempérament intellectuel à pousser le raisonnement à bout, et, tour à tour, créditant l'impossible et l'extraordinaire ou contestant le réel au nom d'une logique excessive, présente le contraste peu commun d'une faveur marquée, au moins théorique, pour le somnambulisme, et d'une défiance visible à l'égard de la médecine. Il ne tient pour faux, par exemple, un fait de vue par la nuque qu'après s'en être dûment assuré par l'expérience; et, parce qu'il y a une cavité entre les parois de l'abdomen et les viscères contenus, il range parmi les *superstitions scientifiques* la croyance à l'efficacité des sangsues dans l'inflammation gastro-intestinale, bien que cette efficacité puisse être et soit effectivement constatée tous les jours. Ce scepticisme, dont le principe est tiré des hauteurs de la philosophie, domine tellement tous les points de vue de la science, qu'on voit bien qu'il ne sera atteint par aucun progrès, quelque réel qu'il puisse être, et que la médecine, pour un tel esprit, n'a pas d'avenir. M. Peisse le laisse bien voir dans son article sur *le microscope et les microscopistes.*

(1) ERRATA. Dans le premier article : Page 348, 2e colonne, au lieu de : *n'explique* nullement, lisez *n'implique* nullement. Page 349, 1re colonne, au lieu de : nous ajoutons *avec lui*, lisez : nous ajoutons *contre lui*.

vrirait la responsabilité du chirurgien aux yeux des magistrats. Au fond, donc, M. Devergie n'établissait pas, du moins comme objet principal de sa communication, un parallèle entre l'éponge, ou la charpie, ou le mouchoir, et les instruments fabriqués, le tout considéré au point de vue des risques de mort : car les risques fussent-ils les mêmes des deux côtés, il n'en recommanderait pas avec moins d'insistance, dans le but qui vient d'être rappelé, de se servir d'instruments. Il suppose que le magistrat, dont c'est le devoir de rechercher, en présence d'un décès, s'il n'y a pas de faute, par omission ou par commission, à reprocher à l'opérateur, aura moins de prise contre celui qui, ayant eu recours à un moyen de dosage, paraîtra n'avoir rien livré au hasard. Il faut pourtant ajouter que, dans sa conception, M. Devergie a été surtout dominé par la pensée que l'asphyxie joue un rôle, sinon constant, du moins très fréquent, dans les effets funestes de l'anesthésie.

Pour vider tout de suite cette question, disons que l'asphyxie nous paraît être, comme à M. Cazeaux, comme à M. Robert, comme à M. Huguier, la cause de mort la moins probable et, en tout cas, la plus rare. Les lésions cadavériques rappelées par M. Devergie, l'engorgement du système veineux, la dilatation du cœur droit par des caillots, etc., peuvent ressembler beaucoup à celles qu'on observe dans la mort par asphyxie ; mais il ne s'ensuit pas du tout qu'elles aient la même signification pathogénique. Tous les caractères de l'asphyxie ne sont pas cadavériques : il y en a aussi de symptomatologiques ; et ce sont ceux-là surtout qui, dans un cas de mort rapide, doivent révéler le mieux le vrai caractère des accidents. Un homme qui meurt asphyxié en une minute ne présente pas, ce nous semble, les mêmes symptômes qu'un homme succombant à la syncope. Or, ce sont les caractères de la syncope bien plus que ceux de l'asphyxie qu'on rencontre chez les individus dont la vie s'éteint sous l'action des inspirations de chloroforme.

Nous allons plus loin. Nous ne sommes pas du tout disposé à admettre cette multiplicité de genres de morts dont on parle si souvent. L'asphyxie elle-même qui résulte d'une proportion trop grande de vapeur ou, ce qui revient au même, d'une proportion trop minime d'air atmosphérique, n'est pas un effet direct de l'anesthésique. Il est bien à croire que la disposition particulière où l'anesthésie jette l'organisme favorise l'action de l'asphyxie ; mais elle n'est pas l'asphyxie, et elle ne conduit pas à l'asphyxie. En dehors de cette nature d'accidents, comment prouve-t-on que l'éther et le chloroforme aient plusieurs manières de tuer? A défaut d'une certitude expérimentale, le fait est-il du moins probable? On peut ... permettre d'en douter. Les poisons subtils, énergiques, ... généralement une action spécifique, qui est la cause direct... de la mort, et la *spécificité* exclut la *multiplicité*.

Quant à présent, le mode suivant lequel tuent les anesth... siques ne nous paraît pas encore bien éclairci. Les su... semblent périr dans une syncope ; c'est tout ce qu'on ... dire, mais très vraisemblablement ils périssent tous p... procédé identique.

Maintenant laissons de côté le genre de mort, et ... examiner aujourd'hui (la discussion nous donnera lieu ... revenir) si les appareils exposent à moins de danger q... l'éponge ou la charpie, nous nous demandons jusqu'à q... point l'emploi des premiers couvrirait mieux qu'aujourd... la responsabilité du chirurgien devant la justice. Il faut p... cela supposer, comme nous le disions en commençant, ... le magistrat verra dans l'usage d'un appareil un motif sp... de sécurité, un acte de prudence de la part du chirurgien. ... exciper, pour un jugement, de la supériorité d'un moye... l'art sur un autre, et déclarer un chirurgien prudent ou ... prudent selon le choix qu'il aura fait entre ces deux moye... dont le mérite respectif divise encore aujourd'hui les chirurgiens, ce serait manifestement s'immiscer à une question ... l'ordre scientifique ; et tout le monde accorde, M. Deverg... autant que personne, que la compétence de la justice exp... devant la science.

Comment donc l'expédient proposé pourra-t-il rassurer ... magistrat et le bien disposer en notre faveur? M. Deverg... part de cette supposition, que l'emploi d'un appareil ne ... mande pas beaucoup de précautions ; que, moyennant que ... dose anesthésique ne soit pas trop forte, l'opération ... toute seule, la conscience du chirurgien, et avec elle sa res... ponsabilité, devront paraître dégagées ; au lieu que l'em... d'un autre moyen autorisera toujours le magistrat à s'enqu... si l'on a livré un passage suffisant à l'air, si l'on n'a pas ... mégarde oblitéré les narines avec l'éponge ou avec le mou... choir. Mais ne voit-on pas le danger d'une enquête de ce... nature? Ne comprend-on pas tout ce qu'aurait d'inquiéta... pour le chirurgien ce contrôle des plus minutieuses circo... stances d'une opération, par qui? Par des témoins étrang... à l'art, par quelque parent intéressé dans le procès, ou une famille en quête de dommages-intérêts. Puis, supposez co... stant le fait de l'application de l'éponge sur la bouche et l... narines, ce fait a-t-il été la cause de la mort? Le magistr...

Pour lui, le mode d'exploration « qui repose sur l'usage normal et naturel du sens et qui fournit des représentations immédiatement appréhensibles à tous les yeux, mérite *a priori* plus de crédit que celui dans lequel ce même sens s'exerce dans des conditions artificielles, forcées, qui peuvent vicier plus ou moins son action. » A part le monde microscopique organisé, les animalcules, l'instrument ne montre que des formes confuses, incertaines, mal définies, dont la physiologie n'a que faire, non plus que la clinique. Et la chimie ne vaut guère mieux que le microscope ; car dans le sang, la bile, le sperme, le pus, le cerveau, etc., elle ne sait trouver en définitive que de l'hydrogène, de l'oxygène, du carbone, de l'azote, du fer, etc. Nous renvoyons M. Peisse à M. Simpson qui, sans prendre les choses de haut, énumère tranquillement l'une après l'autre les découvertes modernes de l'histologie, de la chimie organique et d'autres instruments d'investigation, découvertes immédiatement applicables ou déjà appliquées à la science ou à l'art.

Dans le domaine professionnel, M. Allarton, M. Peisse, M. Simpson, se rencontrent parfois sur le même point. Voici, par exemple, la question des spécialités. Qu'est-ce qu'une spécialité ? C'est ... M. Allarton, *tout jambon* (all gammon). On voit que ce n'est ... chose difficile ni d'un ordre bien relevé. Au dire de notre confrère, la médecine a reçu de la main des maîtres les plus importa... acquisitions, et il y aurait de quoi s'étonner si rien de ... qui fût bon en même temps, venait d'une spécialité. Voilà le ju... gement sommaire et net de M. Allarton. M. Peisse est plus ... et plus équitable. Ajoutons que, placé ici sur un terrain dont il a la pleine possession, il embrasse cette question du spécialisme avec autant de justesse que d'élévation. Il montre que la spécialisation est un fait général, non-seulement légitime, mais nécessaire, du développement même des connaissances, et passant à l'explication de l'envahissement de la médecine par le spécialisme, il écrit cette forte page que nous ne voulons pas affaiblir ... la résumant :

« La science spéculative pure ne vit que de généralités ; el... sait d'autant plus et d'autant mieux qu'elle embrasse davantage et qu'elle confond les différentes apparences des phénomènes dans

dira oui, quand un homme de l'art avouera qu'il n'en sait rien; quand il est avéré que la mort a eu lieu souvent après quelques inhalations au moyen d'un mouchoir qui avait reçu à peine quelques gouttes de liqueur, qu'elle a eu lieu même en dépit des appareils les mieux construits.

La justice n'a pas encore poussé jusque-là son intervention dans les cas malheureux, même dans celui dont il a été question à l'Académie. Nous souhaitons pour notre part que, si elle s'en mêle un jour davantage, elle ne subordonne pas ses décisions à une question d'appareil.

— En publiant dans notre numéro du 15 mai (p. 338) une note de M. Camille Lauwers (de Courtray), nous avons attribué à ce confrère la priorité sur le travail récemment lu à l'Académie de médecine par M. Ménière, et qui a également pour objet de prouver que la respiration normale ne fait entendre aucun bruit dans l'oreille moyenne. L'honorable médecin des sourds-muets nous écrit pour nous faire remarquer que la lecture de son mémoire était indiquée par l'ordre du jour du 14 octobre 1856, antérieur de près de quatre mois à la publication de la note de M. Lauwers; que, de plus, il n'a fait que reproduire devant l'Académie des idées qu'il a développées depuis longtemps dans la presse, et qui ont été consignées dans toutes les éditions du TRAITÉ D'AUSCULTATION de MM. Barth et Roger. Nous nous faisons un devoir de reconnaître que la *date authentique* du travail de M. Ménière est antérieure à la *date authentique* de celui de M. Lauwers Notre remarque relative à la priorité ne s'appliquait qu'aux dates de publication. Nous connaissions le passage du TRAITÉ D'AUSCULTATION auquel il est fait allusion dans la lettre, et nous avons même eu occasion de le citer (GAZ. HEBD., 1856, p. 644); mais les idées que ce passage résume succinctement sont loin d'y avoir le caractère de précision qu'elles ont acquis dans la lecture académique. A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA MÉLANOSE DE L'ŒIL. Extrait d'une livraison inédite de l'ICONOGRAPHIE OPHTHALMOLOGIQUE, par le docteur SICHEL.

Fin. — Voir le dernier numéro, page 350.

OBS. III. — *Mélanose du globe oculaire gauche à sa dernière période. Extirpation du globe à une époque plus avancée. Rechute.* — M. G..., confiseur, âgé de quarante ans, vient me consulter à ma clinique à la fin de juin 1841. Son œil gauche présente une affection fort curieuse et d'un diagnostic embarrassant au premier aspect. Depuis longtemps cet organe est évidemment le siége d'une inflammation assez intense, sur la cause de laquelle l'observation ci-dessous de M H. Larrey, qui a soigné ce malade après moi, fournira les détails nécessaires.

La conjonctive offre une forte injection, formée de plusieurs troncs ramifiés en branches assez grosses, et qu'on est convenu d'appeler vaisseaux variqueux. Quelques-uns de ces troncs envoient des branches ou des ramuscules à la cornée, devenue entièrement opaque par suite de la phlegmasie et montrant au centre un staphylôme de l'iris aplati. D'autres troncs, plus gros encore et venant de l'angle externe, se portent en ligne presque droite de dehors en dedans, et se ramifient dans une tumeur arrondie que nous allons décrire. Elle a environ 9 millimètres d'étendue de haut en bas, et 7 à 8 d'un côté à l'autre. Sa base se termine, par son côté interne, à 3 millimètres environ du bord externe de la cornée. Elle est haute de 4 à 5 millimètres d'arrière en avant. Sa couleur est d'un rouge sombre sale. A son centre se trouve une large tache ovalaire noirâtre, de 3 millimètres de diamètre vertical et de 2 millimètres de diamètre horizontal. La conjonctive qui recouvre cette tumeur est encore un peu mobile à sa circonférence, mais adhérente à son sommet; les vaisseaux ci-dessus décrits la parcourent. La base de la tumeur est mobile à un certain degré sur la sclérotique; cette circonstance, jointe à la tache noire du sommet, me fait croire d'abord qu'il s'agit d'un staphylôme de la choroïde, produit par la lésion traumatique qu'on trouvera mentionnée plus loin dans le commémoratif, lésion qui aurait en même temps développé un staphylôme de l'iris au centre de la cornée. Mais la consistance de la tumeur, beaucoup plus ferme que celle d'un staphylôme de la choroïde ou de l'iris, et sa rénitence sous la pression du doigt, semblable à celle d'une matière solide un peu spongieuse, me donnent bientôt la conviction que j'ai affaire à une mélanose, soit développée sous la conjonctive, soit formée à l'intérieur du globe et ayant traversé la coque oculaire, ainsi que cela se voit dans la troisième période. Comme au-dessus de la tumeur, sous la paupière supérieure, la sclérotique avait, dans l'étendue de plusieurs millimètres, une tache bleuâtre indiquant son amincissement, la dernière opinion paraissait la plus probable. Deux ou trois fois le malade s'est présenté à ma clinique, et j'ai maintenu mon diagnostic. Un traitement antiphlogistique et dérivatif modéré lui a été prescrit. Je l'ai fortement engagé à se soumettre à l'extirpation du globe oculaire, si la douleur, alors peu intense, devenait plus vive, si le volume de la tumeur et l'amincissement de la sclérotique augmentaient; mais je ne l'ai revu que lorsque cette opération avait déjà été pratiquée par M. H. Larrey, dont je reproduis l'observation (*Gaz. des hôp.*, 1842, n° 22, p. 102), en supprimant quelques passages moins importants :

« *Cancer fongueux et mélané du globe oculaire...* — Au n° 26

---

une unité plus haute; mais à cette élévation, les détails, le particulier, le variable, tout ce qui est individuel, disparaît sous le niveau des lois générales. L'art, au contraire, n'a affaire qu'au particulier, à l'accidentel; pour réaliser son œuvre, quelle qu'elle soit, il faut qu'il pénètre dans le détail des choses individuelles et se plie à toutes les nécessités de la matière qu'il travaille et du but qu'il veut atteindre, lequel but est toujours particulier, spécial, unique. De là vient, en général, que les théoriciens, qui savent rendre raison de tout, ne peuvent rien exécuter par eux-mêmes, et que les artisans qui exécutent le mieux sont incapables de rendre raison de rien. De là encore la dispute éternelle des théoriciens et des praticiens s'accusant réciproquement d'ignorance et d'impuissance. L'art donc acquiert d'autant plus de précision, de sûreté et d'infaillibilité, qu'il se spécialise davantage; tandis que la science pure ne se constitue que par l'unité et l'universalité. Il y a des arts qui tiennent une sorte de milieu entre les arts mécaniques et les sciences pures, comme la politique, la morale et l'art de guérir, qui est le but de la médecine. Dans ces sortes d'arts, la spécialisation et la généralité doivent se contre-balancer dans une juste mesure; mais il n'est pas étonnant que la première tende sans cesse à y prédominer. La médecine étant avant tout une affaire de pratique, la science y est et y doit être au service de l'art. De là l'appel continuel qu'elle ne cesse de faire à l'observation, à l'expérience; de là le peu de secours que fournit la pathologie abstraite et générale au lit du malade; de là, par contraire, l'utilité des études cliniques de plus en plus spécialisées, de là la nécessité des monographies, etc., de là enfin le besoin incessant d'une spécialisation plus grande pour pénétrer plus intimement dans les différences des cas individuels. En chirurgie surtout ce besoin devient très pressant, parce que, d'une part, son action étant plus appréciable, elle est obligée de s'expliquer ses succès et ses revers, et d'autre part, parce qu'employant des moyens mécaniques elle tombe en partie dans la sphère des arts manuels. »

Bien dit. D'où vient pourtant qu'une secrète hostilité à l'égard des spécialistes couve dans le corps médical? Est-ce tendresse pour l'unité de la science ? Est-ce dédain pour des travaux d'un

de la salle des hommes de la clinique de la Faculté de médecine, fut reçu, le 4 octobre 1841, le nommé G..., âgé de quarante ans, confiseur. Il fut renversé, en juillet 1830, par un coup de feu qui l'atteignit à l'œil gauche ; mais la balle qui le frappa était sans doute au bout de sa course, car il se releva sans blessure et seulement avec une sensation de gêne dans l'œil, telle que la donnerait un cil interposé entre le globe oculaire et les paupières. Cette sensation persista pendant un jour ou deux, puis disparut sans que la contusion qui l'avait produite donnât lieu à d'autres symptômes. Ainsi il n'y eut pas de conjonctivite, pas d'amaurose, comme cela arrive quelquefois à la suite de violences extérieures exercées sur l'œil.

» Ce ne fut que plus tard, en 1833, que quelques accidents commencèrent à se manifester. La vue se troubla, et G... vit passer devant lui comme de légères flammes blanches. Cette sensation, qui se renouvelait d'abord à de rares intervalles, devint avec le temps de plus en plus fréquente, et la vue s'affaiblissait dans l'œil gauche en raison de cette fréquence. Cependant l'œil n'était encore le siége d'aucune douleur, et l'examen le plus attentif ne fournissait aucun symptôme qui pût servir à déterminer la lésion. La pupille toutefois était immobile.

» En 1837 G... avait tout à fait perdu dans cet œil la faculté de voir. Ce fut alors que, sans pouvoir en connaître ni en apprécier la cause, il ressentit dans cet organe des douleurs très vives et parfois lancinantes. En même temps survint de la céphalalgie, puis une inflammation très violente tant de la conjonctive que de la cornée, accidents qui furent combattus sans succès et persistèrent pendant trois ans, offrant toutefois çà et là quelques périodes de mieux.

» En 1840, la conjonctive se couvrit, à la partie externe, de fongosités d'abord peu proéminentes, qui furent enlevées et cautérisées (1) ; mais elles se reproduisirent, et l'œil, gonflé alors et soulevant les paupières, semblait devoir sortir de la cavité de l'orbite.

» Ce malade est d'une bonne constitution ; il s'est toujours bien porté et n'a jamais eu de maladie d'yeux antérieurement à 1830. Entré, comme nous l'avons dit, le 4 octobre dernier, voici les phénomènes qu'il présenta à observer.

» L'œil gauche faisait une saillie assez considérable, de sorte que les paupières, poussées en avant et écartées, avaient perdu leur motilité naturelle ; cependant elles étaient saines, intactes, et pouvaient encore être soulevées facilement, bien qu'elles eussent contracté quelques adhérences avec le globe oculaire. La cornée était à peine reconnaissable, recouverte qu'elle était d'un réseau vasculaire fortement injecté. La conjonctive oculaire dégénérée, formant des bosselures fongueuses, couvrait la sclérotique. L'exploration par le toucher déterminait peu de douleur, mais donnait promptement lieu à un écoulement sanguin. Des sangsues furent appliquées sur les fongosités, des scarifications furent faites, sans amener aucune amélioration.

» Le 18 octobre 1841, on enleva, à l'aide de ciseaux courbes, une portion de ces fongosités ; l'opération détermina un écoulement de sang assez abondant, mais il n'y eut rien de changé dans la condition de l'œil, et l'on put voir, les jours suivants, la tendance du mal à se reproduire. Que faire alors ? Devait-on procéder à l'extirpation du globe de l'œil en entier, ou bien se borner à l'emploi de palliatifs ? Mais ces moyens n'auraient certainement point arrêté les progrès de la maladie, qui, à une époque plus ou moins éloignée, aurait nécessairement emporté le malade. En effet, il était très probable que la dégénérescence cancéreuse avait envahi la presque totalité du globe oculaire, et il était aussi naturel de penser qu'elle ne s'arrêterait pas là, et que, gagnant les parties voisines, elle mettrait bientôt en danger la vie de ce malade.

» D'un autre côté, il fallait tenir compte du peu de chances de succès qu'offre en général l'extirpation du cancer de l'œil, chances diminuées encore ici par l'état avancé de la maladie qui, pouvant ne pas permettre d'enlever toutes les parties fongueuses, devenait ainsi une cause presque certaine de récidive. Cependant la forte constitution du malade, l'absence chez lui de tout indice de scrofules antérieures, la cause mécanique première de la maladie, l'état de santé générale du sujet, son facies replet et coloré, en un mot l'absence de toute espèce de signes se rapportant à la diathèse cancéreuse, tels que amaigrissement, trouble des fonctions digestives, teint jaune et terreux de la peau, etc., toutes ces conditions, disons-nous, pouvaient faire espérer que l'extirpation de l'organe malade, opérée pendant qu'il en était temps encore, serait suivie de succès, et qu'il n'y aurait point de récidive.

» L'opération fut donc pratiquée par le procédé de Louis. Elle a donné lieu à un écoulement de sang assez abondant, qui n'a pas tardé à s'arrêter de lui-même, comme il arrive presque toujours en cette circonstance ; on a pansé avec un linge fenestré enduit de cérat, des bourdonnets de charpie, des compresses, et par-dessus le tout, le bandage dit *monocle*. Le malade a été mis à la diète...

» L'exploration au moyen du doigt a démontré que la cavité orbitaire n'avait point participé à la maladie, et qu'elle était encore parfaitement saine.

» L'œil extirpé a aussi été examiné avec soin ; voici le résultat de cet examen : On remarque d'abord à l'extérieur, en avant les fongosités que nous avons déjà indiquées, fournies par la conjonctive, en arrière deux tumeurs formées de tissu mélanique. Le nerf optique, la sclérotique et la choroïde n'ont pas subi de désorganisation, mais la rétine est sensiblement altérée, le cristallin est opaque. L'humeur vitrée, l'humeur aqueuse, ont disparu et sont

(1) C'est probablement en 1841, entre l'époque où je vis le malade pour la dernière fois et celle où il se présenta à l'examen de M. Larrey, que ces opérations inopportunes furent pratiquées; car M. G. ne m'en avait pas parlé, et on n'en voit pas de trace dans la figure que j'ai fait prendre (voir mon *Iconographie*, pl. LIV, fig. 4). Il fallait laisser intacte la partie saillante de la tumeur et extirper tout le globe. (*Note de M. Sichel.*)

objet trop circonscrit ? Ce n'est pas probable. Le premier sentiment ne saurait tourmenter beaucoup de confrères, et il en est peu qui aient le droit d'exprimer le second. Qu'est-ce donc ? C'est qu'il était dans la destinée inéluctable, *ineluctabile fatum*, du spécialisme, de fausser sa voie en passant de la science dans la profession. Scientifiquement, on vient de le voir, le spécialisme se dégage et se pose légitimement ; il n'est pas seulement légitime, il est naturel, il est nécessaire, et par conséquent sincère, car la nécessité exclut le calcul ; il est enfin comme un rouage en fonction régulière dans la grande élaboration de l'œuvre intellectuelle. Mais, dans la sphère professionnelle, le spécialisme, sans cesser d'être de droit, perd rapidement son caractère de vérité et de conséquence pour prendre celui de l'artifice et de l'accident. On va voir pourquoi.

Ce qui justifie la spécialité professionnelle, ce qui lui donne sa dignité, c'est d'être fille du spécialisme scientifique. On admet aisément que celui-là pratiquera mieux certaine branche de l'art qui en connaîtra mieux les principes. Mais que ce lien entre la science et l'art vienne à se rompre, que la spécialité s'installe dans la pratique sans cette marque d'une haute et noble origine, à l'instant même elle devient suspecte. Et c'est précisément ce qui est arrivé. Chaque spécialité naît d'abord d'études spéciales, et par là elle répond à de vrais besoins, elle est un bienfait ; puis, comme elle profite d'ordinaire à celui qui l'a créée, elle devient un appât. Les ambitions se précipitent vers cette nouvelle amorce de la fortune (pourquoi la fortune n'est-elle pas représentée une ligne à la main ?) ; on se fait spécialiste, non par penchant, mais par calcul ; on en prend le titre avant d'en posséder le bagage nécessaire, et, de propos délibéré, on se pose en maître dans un art qu'on ne sait pas mieux que le commun des médecins, ou même qu'on n'a pas encore appris. Ce n'est pas tout : un spécialiste de rencontre se trouve dans une situation particulière, qui ne promet rien de bon pour la dignité professionnelle. Manquant, d'une part, de la notoriété qui fait fructifier sans peine la spécialité vraiment autorisée, et, de l'autre, exclu de la clientèle ordinaire par la qualité même qu'il s'attribue, il se trouve dans la nécessité, pour attirer à lui

mplacées par une masse mélanique et peu de matière encéphalde ; l'iris est épaissi, décoloré.....

» Le 8, l'orbite est remplie de bourgeons charnus ; il n'y a plus e peu de suppuration ; la tuméfaction des paupières a disparu. malade ne souffre pas ; son état général continue d'être excelt. Sorti le lendemain de l'hôpital, cet homme est venu le 13 à consultation. L'orbite est toujours en bon état ; il n'y a pas élancements ; la suppuration est presque complétement tarie ; bourgeons qui remplissent l'orbite tendent à une cicatrisation ochaine.

» Nous avions perdu ce malade de vue, lorsque le 17 janer 1842 il est rentré à l'hôpital, où il a été placé au n° 23. Le ncer a récidivé. Les paupières sont tendues, violacées, mais inlores, et laissent voir entre leur écartement une masse cérébrirme qui les repousse en avant ; cette masse, du volume environ un petit œuf de poule, est sensible au contact d'un corps étranr, mais elle saigne avec la plus grande facilité. La face interne s paupières lui est fortement adhérente. Au milieu de la tumeur iste une ouverture irrégulière, qui la sépare en deux lobes, l'un upérieur, l'autre inférieur. Si l'on cherche à sonder la partie par ette ouverture, soit avec une sonde de femme, soit avec le doigt, n n'arrive que dans un sillon étroit et peu profond, ce qui démontre assez que le fongus a envahi la totalité de l'orbite. Cependant on tenta des scarifications, mais sans succès.

» Cette récidive, dit M. Larrey, n'a rien qui doive nous étonner ; nous l'avions prévue, malgré toutes les chances favorables pour qu'elle n'eût pas lieu, et elle va nécessiter une nouvelle opération. Il est impossible, en effet, de différer, car le cancer, ainsi soumis au contact de l'air, ferait des progrès rapides ; il pourrait attaquer le périoste, les os mêmes, puis, s'étendant en profondeur, comprimer et même désorganiser le nerf optique, et enfin gagner le cerveau. On ne peut d'ailleurs chercher à conserver les paupières, car bien qu'elles paraissent encore saines à l'extérieur, la conjonctive qui les tapisse a contracté avec la masse fongueuse des adhérences tellement intimes, qu'on ne peut songer à les diviser par la dissection. Nous ferons donc l'ablation de la masse totale au moyen de deux incisions demi-elliptiques, parallèles aux bords de l'orbite et partant de l'angle interne pour se rejoindre à l'angle externe. Nous disons que ces incisions seront parallèles aux bords de l'orbite, pour indiquer que nous n'enlèverons pas tout le bord libre des paupières, voulant en laisser une petite portion, qui servira à l'occlusion de l'orbite quand le travail de cicatrisation sera terminé. Si après l'opération, comme il est très probable, l'orbite reste tapissé de fongosités que nous ne puissions enlever, nous les attaquerons avec le fer rouge. Malgré les dangers bien reconnus de ce moyen, nous croyons devoir l'employer dans ce cas, avec circonspection toutefois et en ayant soin de ne point pousser la cautérisation trop avant. Si par là nous ne détruisons pas complétement les tissus dégénérés, nous aurons déterminé au moins une vive inflammation, qui, donnant lieu à une suppuration abondante, pourra en modifier la vitalité ou les éliminer tout à fait.

» Le 26 janvier l'opération eut lieu, et le cautère actuel fut appliqué. On dut auparavant faire la ligature d'une petite artère venant de la palpébrale supérieure, puis on pansa avec une grosse mèche de charpie saupoudrée de colophane. Les douleurs causées par l'opération durèrent trois heures.....

» Le 14 février, il n'y a presque plus de suppuration, les petites portions de paupières que l'on a ménagées tendent à se rapprocher, et la petite plaie qu'elles circonscrivent encore a une belle coloration. La tuméfaction de l'angle interne, quoique moindre, existe encore, mais sans dureté ; elle est facilement déprimée par le doigt. L'état général du sujet est toujours excellent. Ainsi tout concourt à faire entrevoir une guérison prochaine ; mais peut-on dire qu'elle sera définitive ?

» Avant de donner cet article à l'impression, nous avons revu le malade ; il va toujours bien. Le travail de cicatrisation est maintenant terminé. »

A la fin d'octobre, j'appris que M. G... avait été opéré à l'hôpital des Cliniques ; Ernest Cloquet, de regrettable mémoire, alors interne à cet hôpital, eut la bonté de me céder l'œil extirpé. Malheureusement on l'avait placé dans un bocal ouvert, et l'évaporation de l'alcool l'avait laissé se décomposer en partie ; toutefois, en le plongeant alternativement dans une solution de chlorure d'oxyde de sodium et dans de l'alcool, je l'ai rendu apte à l'examen à l'œil nu et à la loupe, bien qu'un examen microscopique ne fût plus possible.

En prenant pour point de départ en arrière le nerf optique, coupé très près de la sclérotique, et comme point opposé en avant les lambeaux de la cornée séparés par une incision cruciforme, on peut parfaitement bien s'orienter, et, malgré les différentes phases que l'affection a parcourues, comparer l'état actuel avec celui que l'œil offrait à la période de la maladie où il a été observé par moi, et où j'en ai fait prendre le dessin très exact. Il n'est pas difficile de se convaincre que les fongosités dont parle M. Larrey, fongosités qui ont été enlevées et cautérisées, étaient situées sur la tumeur mobile décrite plus haut. Comme cela a toujours lieu en pareil cas, la conjonctive, distendue par la tumeur mélanique extérieure qui augmentait incessamment, avait fini par se rompre. Bientôt après s'étaient développées des végétations, lesquelles, ainsi qu'une partie de la matière mélanique sous-conjonctivale, rendues sans doute méconnaissables par la phlegmasie chronique de la muqueuse et par une infiltration fibro-albumineuse, ont été excisées et cautérisées ; ce qui devait nécessairement altérer la matière mélanique par suite de l'épaississement du tissu cellulaire et d'une nouvelle infiltration résultant de la cautérisation. Voici pourquoi, à la place de l'ancienne tumeur extérieure, mobile, arrondie et noirâtre au dehors, on trouve actuellement sur la pièce pathologique une autre tumeur d'une étendue presque double, encore mollasse et de la consistance ordinaire de la matière mélanique, mais immobile et infiniment plus pâle que la mé-

---

l'attention publique, de se livrer à des démonstrations fort apparentes, comme fait un homme en détresse. Et c'est de cette façon qu'une spécialité, issue de la science, tombe, d'abaissement en abaissement, dans l'industrie. Voilà pourquoi la spécialité en général soulève des défiances.

Une spécialité que nous avons vue naître, la lithotritie, qui n'est elle-même qu'un rameau d'une spécialité plus vaste et plus ancienne, l'uropathie, justifierait suffisamment nos remarques, si elles n'avaient d'ailleurs pour appui l'histoire de la médecine de tous les temps. A Rome, dans le temps où Caton l'Ancien adressait à son fils cette renversante injonction : « O mon fils, je t'interdis les médecins ! » *interdixi tibi de medicis*, une séparation naturelle s'était d'abord établie entre les médecins et les chirurgiens : *medicus clinicus*, *medicus chirurgicus* ; puis la spécialité ne tarda pas à exercer de grands ravages. C'était le temps du *medicus ophthalmicus*, qui n'avait pas toujours les bonnes grâces de Martial : « Te voilà gladiateur, dit-il à l'un d'eux, tu étais oculiste ; tu faisais oculiste ce que tu fais gladiateur ! »

Hoplomachus nunc es, fueras ophthalmicus ante ;
Fecisti medicus quod facis hoplomachus !

Il y avait des spécialités pour les maladies des dents, pour les hernies. Un certain Fannius était fort recherché pour la dextérité avec laquelle il détruisait, sans la couper, la luette frappée de relâchement ; un autre effaçait les stigmates des esclaves affranchis :

Tristia servorum stigmata delet Eros.

Le bon Pline, qui n'entre guère en colère que pour châtier les médecins, pour dénoncer leur rapacité, leur étalage de fausse science, leur *charlatanisme monstrueux*, accuse formellement les oculistes de se borner à déplacer légèrement la cataracte au lieu de l'enlever, afin de se ménager une seconde opération.

Cette question du charlatanisme, elle s'est rencontrée sous la plume de M. Peisse et sous celle de M. Allarton. On ne trouve guère dans ce dernier que des redites. C'est, sous une forme assez

lanose dont la cavité du globe oculaire est remplie ; néanmoins elle est évidemment teinte par de la matière mélanée. Elle est entourée d'une espèce de membrane fibreuse formée par la conjonctive épaissie et son tissu cellulaire sous-jacent. On y reconnaît la présence d'une bride ou cloison fibreuse également formée par du tissu cellulaire épaissi. Il est facile de se convaincre que, comme une portion mélanique analogue dans la pièce de l'observation IV, cette substance est sortie entre les fibres déjetées ou détruites de la sclérotique. D'où je conclus que c'est de la mélanose entourée de débris de conjonctive changée en bourgeons végétants et qu'on peut appeler de mauvaise nature, mais non véritablement cancéreux. Ces bourgeons se développent ainsi dans toutes les ulcérations longtemps exposées à l'air ou enflammées, soit par des caustiques, soit par d'autres causes d'irritation locale. En tout cas, s'il y avait dégénérescence cancéreuse, elle n'existait que dans cette région ; partout ailleurs la matière noirâtre se comportait comme la mélanose simple développée à la surface concave de la choroïde. Ni dans cette partie, ni dans aucun autre point de la pièce, nous n'avons pu reconnaître de matière encéphaloïde.

La seconde tumeur que signale M. Larrey, et qu'il désigne comme étant située à la partie postérieure du globe et de nature mélanique, en offre effectivement tous les caractères. Elle est également sortie de l'intérieur de l'œil entre les fibres déjetées de la sclérotique, comme un prolongement de la matière mélanique déposée dans la cavité oculaire. Ce prolongement, ou tumeur accessoire, est un peu aplati, placé entre la sclérotique et le tissu cellulaire sus-sclérien condensé, absolument comme dans la pièce de l'obs. IV ; on l'aperçoit à l'extérieur de la sclérotique, dont la continuité des fibres est visiblement interrompue par une petite bande linéaire, noire, que forme la matière mélanée, et qui réunit la tumeur principale intra-sclérienne avec la tumeur accessoire extra-sclérienne.

Maintenant que nous avons mis en lumière ces deux points principaux, suivons les tissus en commençant par la partie postérieure de l'œil. Le nerf optique, coupé près de la sclérotique, est flasque, grisâtre, diminué de volume, véritablement atrophié, et d'une teinte blanc sale comme dans l'atrophie du globe. La circonférence du cordon formé par sa pulpe est très distante de sa gaîne. L'intervalle entre l'une et l'autre est rempli par du tissu cellulaire lâche, grisâtre et infiltré. La sclérotique est normale, la cornée entièrement opaque. Entre la choroïde et la sclérotique, il y a une fausse membrane épaisse, comme on en trouve si souvent dans les yeux désorganisés et atrophiés à la suite d'ophthalmies internes chroniques. Toute la cavité de la choroïde est remplie par de la matière mélanique. Cette matière, comme dans l'observation IV, a poussé au-devant d'elle la rétine, l'hyaloïde et la capsule du cristallin, réunies à la partie antérieure du globe oculaire en une masse informe blanchâtre, en arrière de laquelle on peut cependant très bien reconnaître des portions de la rétine changée en une matière jaunâtre, granulaire et un peu tomenteuse, telle que je l'ai observée dans des pièces pathologiques d'épanchements sous-choroïdiens. La capsule du cristallin, placée en avant, est si... parfaitement distincte. Elle se présente sous la forme d'une coque vide, fibreuse, et sur le point de devenir cartilagineuse ; à la face interne, sa paroi postérieure est encore tapissée de débris cristalliniens. Nulle trace de l'iris ; cette membrane, comme dans les pièces semblables, est confondue avec le bord antérieur de la choroïde, de l'hyaloïde et de la rétine, qui forment une seule masse fibreuse, blanchâtre et épaisse, en forme d'anneau entourant la cristalloïde. En bas et en arrière, immédiatement au-dessous de la deuxième tumeur extra-sclérienne, à une petite distance de la coque oculaire, 2 millimètres en arrière, 5 millimètres en avant, la matière mélanée est traversée d'arrière en avant par une cloison presque fibreuse semblable à celles décrites dans l'observation IV. La choroïde, lisse et incolore à sa face externe, est en continuité en avant avec l'anneau blanchâtre ci-dessus décrit, et se prolonge à la partie postérieure de l'œil jusqu'à l'insertion du nerf optique. Entre elle et la sclérotique se trouve la fausse membrane que nous avons indiquée plus haut, et que nous regardons comme telle par les raisons suivantes : 1° Elle a la même structure et la même position que les fausses membranes que l'on trouve à la face externe de la choroïde dans les cas d'atrophie et d'ossification partielle de l'œil. Elle offre surtout le même aspect qu'ont ces fausses membranes quand l'atrophie n'est pas encore ancienne ; 2° elle a comme elles une étendue et une épaisseur inégales : elle n'occupe que la partie postérieure de la sclérotique, juste au-dessus de ce... où la matière mélanée présente à la face externe de la sclérotique le plus d'épaisseur. Sur le côté opposé, c'est-à-dire en avant, au-dessus de la première tumeur mélanique extérieure, on trouve entre la sclérotique et la choroïde une fausse membrane moins étendue, puis du tissu cellulaire teint d'une couleur brunâtre par une certaine quantité de matière mélanique infiltrée. En arrivant à la partie inférieure de la sclérotique, là où la face externe de celle-ci commence à présenter des bosselures noirâtres, la fausse membrane postérieure, celle qui a le plus d'étendue, devient adhérente à la sclérotique et se perd à la circonférence de la masse mélanique qui, en arrière et en bas, a traversé la sclérotique. Sur la coupe de la pièce, on voit que cette fausse membrane fait, avec la ligne tendineuse ou cloison pseudo-membraneuse déjà décrite, un angle assez ouvert, tandis que cette cloison fait un angle beaucoup plus aigu avec la partie inférieure de la sclérotique. C'est ainsi qu'il en résulte avec la sclérotique un compartiment inférieur qui contient une seconde portion de matière mélanée, séparée de la mélanose principale remplissant toute la partie supérieure, la plus grande, de la coque oculaire. Enfin, comme nous l'avons déjà dit, entre la sclérotique et le tissu cellulaire, condensé en membrane mince quasi-fibreuse, qui la recouvre, on distingue un troisième compartiment où est encore renfermée de la matière mélanique.

---

piquante, la répétition des doléances qu'on a coutume de débiter sur la dégradation professionnelle, et l'on sent bien que l'auteur ne reculerait devant aucune mesure répressive. Tout au rebours, M. Peisse, sous une forme légère et moqueuse, étudie curieusement les origines du charlatanisme, et il en montre avec tant de délicatesse les racines déliées dans les mœurs et les conditions générales de la société, que le charlatanisme est vraiment libre de prendre cette étude pour une apologie. Au fond, il n'en est rien. L'auteur, affranchi de préjugés, incapable de cette étroitesse de vue qui fait qu'on ne regarde qu'un point sur le vaste théâtre de nos misères, convaincu, avec la sagesse des nations, que les mœurs sont plus puissantes que les lois et que d'ailleurs, quoi qu'on en puisse dire, notre profession n'est pas en voie de décadence morale, l'auteur a voulu seulement accuser son peu de sympathie pour les projets de répression qui ont été émis de tout temps et qui sont à l'ordre du jour en ce moment même. Nous parlons toujours de charlatanisme, et non d'exercice illégal. A. DECHAMBRE.

Nous avons reçu des nouvelles particulières de la santé de M. le docteur Vleminckx (de Bruxelles). L'honorable inspecteur du service de santé militaire a été pris à Louvain, il y a déjà près d'un mois, d'une pneumonie. Ce n'est que ces jours-ci qu'il a pu être ramené à Bruxelles, où il est en pleine convalescence. Nous nous empressons de donner cette bonne nouvelle aux amis de la science.

— Un voleur, à l'imitation d'un autre qui a été condamné il y a peu de temps, exploite en ce moment le corps médical de Paris. Voici son signalement : Individu grand et fort, âgé de quarante à quarante-cinq ans ; cheveux un peu roux ; longues moustaches, plus claires que les cheveux ; paletot très large, de couleur gris foncé.

— Les premières épreuves du concours qui s'est ouvert le 6 avril dernier pour deux places de médecin du bureau central sont terminées. Ont été admis à prendre part aux épreuves définitives les huit candidats dont les noms suivent : MM. Barnier, Goupil, Hervieux, Lorain, Marcé, Mesnet, Potain, Triboulet.

— Le concours pour deux places d'aide d'anatomie à la Faculté de Montpellier vient de se terminer par la nomination de MM. Batigne et Bertrand, seuls candidats qui se soient présentés.

En résumé, il est facile de reconnaître sur cette pièce la disposition que la mélanose simple affecte toujours dans l'œil. Tout indique que le développement et la marche de la maladie ont été ceux qu'on observe d'ordinaire dans l'organe visuel. La matière mélanée déposée dans la cavité de la choroïde et, selon moi, sécrétée par cette membrane, a refoulé en avant la rétine, le corps vitré et toutes les parties qu'elle a rencontrées au-devant d'elle. Le corps vitré et le cristallin ont été résorbés par la pression. La rétine l'a été également, sauf un léger reste. La capsule du cristallin, la partie antérieure de la choroïde et le cercle ciliaire qui en dehors enchâsse cette membrane ont été épaissis et soudés ensemble. Par suite de la pression, la face postérieure de la choroïde s'est enflammée, s'est épaissie, est devenue lisse et a changé de structure, mais sans subir aucune dégénérescence véritable. Comme après les ophthalmies internes suivies d'atrophie du globe, elle s'est recouverte au dehors d'une fausse membrane partielle qui fait un angle avec la cloison d'apparence fibreuse traversant la cavité oculaire au milieu de la matière mélanique. Les fibres de la sclérotique, déjetées ou usées par la pression de cette même matière, l'ont laissée pénétrer au dehors, où elle forme une troisième couche entre la face externe de la sclérotique et le tissu cellulaire. Mais dans tout cela rien, selon nous, qui soit véritablement du cancer; si toutefois une dégénérescence cancéreuse a eu lieu, elle n'a pas été primitive; on ne peut la chercher que dans la partie antérieure mollasse de la tumeur. Partout ailleurs celle-ci a le caractère d'une mélanose simple; les tissus, simplement déplacés et comprimés par la production morbide, ne sont nulle part envahis par elle dans leur texture. Dans cette mélanose la loupe ne montrait que des granules brunâtres pigmenteux, pareils à ceux de la choroïde, mais aucun élément hétéromorphe; le microscope, si la décomposition commençante n'en eût pas empêché l'emploi, aurait fait voir les éléments pigmenteux, mais aucune cellule cancéreuse. Malgré cela la dissection, comme on l'a vu, aurait parfaitement justifié l'extirpation du globe, si les indications de cette opération, moins positives, eussent exigé une justification quelconque.

Le 14 avril 1857, j'ai de nouveau examiné, avec M. Larrey, la pièce mélanique, conservée depuis plus de quinze ans dans l'alcool; elle était en tous points conforme à la description ci-dessus. Le bocal ayant été agité, l'alcool, limpide jusqu'alors, est devenu trouble, brunâtre, puis a laissé déposer, après quelque temps de repos, une poudre noirâtre mêlée de petits fragments de même couleur, circonstance caractéristique pour la mélanose.

Obs. IV. — *Mélanose de toute la cavité du globe. Pièce anatomique.* — Cette observation se rapporte à une pièce pathologique que nous n'avons plus en notre possession, mais que nous avons soigneusement examinée dans ses plus petits détails au Cabinet d'anatomie de la Faculté de médecine de Munich en avril 1835. C'est un œil extirpé sur le vivant par feu de Walther, et dont la cavité est complétement remplie par une masse de matière mélanique. La moitié postérieure de la sclérotique a été enlevée. Une section verticale a divisé l'œil en deux parties latérales, l'une droite, l'autre gauche, qui présentent absolument le même aspect et les mêmes caractères. L'espace ordinairement rempli par le corps vitré et le cristallin est entièrement occupé par une masse de matière brun noirâtre finement granulée, composée de granules pigmenteux sans aucun élément cancéreux, rougeâtre en quelques points, et traversée çà et là par des stries blanchâtres, espèces de cloisons pseudo-membraneuses, semblables à celles décrites à la fin de l'observation précédente. Des restes de l'hyaloïde et de la rétine existent à la partie antérieure et supérieure de la cavité oculaire, mais sont rendus presque méconnaissables : 1° par les modifications qu'elles ont subies sous la pression de la matière mélanée, qui les comprime fortement d'arrière en avant ; 2° par une coloration rougeâtre qu'a déterminée la présence de quelques gouttelettes de sang épanchées et infiltrées. La choroïde, amincie par la compression qu'exerce la masse mélanique, ne présente aucune trace de dégénérescence. On distingue parfaitement la continuité de sa partie antérieure avec l'iris. Cette dernière membrane est immédiatement appuyée contre la surface postérieure de la cornée transparente ; on la reconnaît dans le dessin à une ligne noire. Derrière elle on aperçoit la cristalloïde, devenue opaque et considérablement épaissie. Le cristallin a également perdu sa transparence ; il présente une coloration jaunâtre et, en quelques points de son tissu, des taches rougeâtres très petites. L'espace compris entre sa surface postérieure et le feuillet correspondant de la capsule est rempli par une matière semblable à du sang épanché. On voit que toutes ces parties (l'iris, la capsule, le cristallin) n'occupent pas leur position normale; pressées d'arrière en avant par la masse mélanique, elles ont été refoulées jusqu'à la face postérieure de la cornée, sur laquelle elles s'appuient. Immédiatement au-dessous de cette dernière membrane existe un éraillement considérable de la sclérotique, laquelle, dans le reste de son étendue, a conservé toute son intégrité ; mais là ses fibres écartées livrent passage à la substance mélanique, qui fait saillie à l'extérieur et forme en ce point une large tache noirâtre dont la présence avait été facilement constatée sur le vivant.

En septembre 1835, Walther, examinant les dessins de ma collection, m'a dit que la pièce dont je viens de donner la description anatomique avait été extirpée par lui sur un homme d'une quarantaine d'années à cause d'un fongus hématode. Or, sous ce nom, ce grand chirurgien confondait l'encéphaloïde, la mélanose et les tumeurs vasculaires, comme on peut s'en convaincre en lisant son mémoire publié en 1823 (1), travail très remarquable pour le temps où il a été publié, mais dont la partie anatomique, déjà imparfaite alors par la confusion que nous venons d'indiquer, n'est plus du tout au niveau de la science aujourd'hui.

7. *Traitement de la mélanose oculaire.* — Les observations qui précèdent suffisent pour démontrer que les ressources de la thérapeutique sont fort bornées dans la mélanose oculaire. Dans la première période on peut espérer atrophier le globe et avec lui la production morbide, en employant un traitement antiphlogistique, dérivatif et résolutif, les émissions sanguines locales et générales, les purgatifs, les antiplastiques, enfin tout ce que nous avons indiqué dans notre *Iconographie ophthalmologique*, § 682, comme efficace pour obtenir l'atrophie de l'œil affecté d'encéphaloïde rétinien. A ces moyens il faut associer tous ceux qui peuvent améliorer la constitution et faire cesser les complications et l'action des causes générales. Parmi ces dernières se trouvent très fréquemment la pléthore abdominale, la dysménorrhée et la disposition hémorrhoïdale, auxquelles il convient d'opposer, outre les moyens déjà mentionnés, les emménagogues (gommes férulacées, sabine), les préparations de soufre et les aloétiques. Lorsque ces moyens n'amènent pas l'atrophie du globe, ils peuvent du moins ralentir la marche de la maladie et prévenir la diathèse constitutionnelle ; car la mélanose oculaire est rarement une maladie locale ; en

(1) Sur l'induration, le squirrhe..., le sarcome médullaire, le fongus hématode... (*Journal de chirurgie*, etc., par Graefe et Walther, 1823, t. V, p. 189 et suiv., p. 563 et suiv. ; en allemand.)

même temps ou postérieurement elle envahit d'ordinaire d'autres organes, quelquefois même lorsque l'œil a déjà été enlevé.

Passé la première période, l'efficacité de ce traitement devient minime ou nulle, et l'*extirpation du globe* est le seul moyen rationnel, qui cependant est loin de prévenir toujours la récidive. Par cette raison la thérapeutique ci-dessus indiquée comme utile pour enrayer la disposition constitutionnelle doit être continuée même après cette opération.

8. Outre le globe oculaire, les paupières et la cavité orbitaire peuvent être le siége de la mélanose.

III.

REVUE CLINIQUE.

Pustule maligne du dos de la main ; cautérisation tardive ; hémorrhagie par l'eschare ; mort le cinquième jour. — Taches gangréneuses de la surface interne de l'estomac, annoncées pendant la vie par des douleurs abdominales très vives, par M. Ar. Verneuil; suivies de réflexions sur les pustules malignes des muqueuses, par M. Houel, conservateur du musée Dupuytren.

Je publie cette observation, parce qu'elle peut servir de document dans une question fort controversée : je veux parler du développement de pustules malignes secondaires sur les muqueuses. A mes yeux le fait est probant; toutefois je me bornerai ici au simple rôle de narrateur, et me dispenserai de toute réflexion sur ce point de doctrine. Mon ami le docteur Houël, s'en étant beaucoup occupé, veut bien en effet prendre à son tour la plume et commenter le fait présent. Sortis d'une autorité plus compétente sur le sujet, les arguments auront plus de poids.

Obs. — Guyot (Anne), âgée de soixante-quatre ans, demeurant à Créteil, entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 12, le jeudi 18 septembre 1856, dans la matinée ; elle était venue à pied de chez elle le matin et souffrait à peine du bras droit, siége de la maladie. Pourtant, le membre était déjà considérablement tuméfié ; des phlyctènes énormes couvraient la face dorsale de la main et du poignet. L'élève de service se contenta, le soir, de percer les ampoules principales et de placer le membre sur un coussin dans la position élevée. Le lendemain matin 19, je recueillis les renseignements suivants.

Dans la matinée du mardi précédent (16 septembre), une mouche était venue se poser sur la main et avait fait une piqûre. Une petite douleur révéla la présence de l'insecte, qui s'envola aussitôt, et sur les caractères duquel nous n'avons pu avoir aucun renseignement. La blessure, à peine visible, détermina un peu de prurit, auquel le soir même succédèrent des picotements assez vifs; une petite ampoule apparut, entourée de rougeur et de gonflement. Peu sensible à la douleur, la malade ne fit pas grande attention à tout cela ; mais, dans la nuit et la journée du lendemain, la rougeur, la tuméfaction, firent des progrès incessants. Avec elles se développa une douleur tensive, d'ailleurs assez modérée. C'est alors que notre femme se décida à venir à Paris et vint, le jeudi, demander son admission au Bureau central. Les symptômes locaux allaient toujours en augmentant, et, dans la nuit du 18 au 19, un peu de délire s'était manifesté.

État actuel le vendredi matin. Constitution robuste ; embonpoint notable ; le visage, le haut de la poitrine, les bras jusqu'à leur partie moyenne, sont fortement hâlés par le soleil. Le bras gauche a doublé de volume, le gonflement envahit tout le moignon de l'épaule et arrive jusqu'auprès du cou. L'œdème est dur, rénitent, indolent ; la peau du bras est tendue, mais elle a conservé sa couleur blanche : on n'y voit point de traînées rouges, on n'y sent pas de cordons durs ; mais la pression un peu forte est douloureuse à la face interne et dans l'aisselle. Les ganglions axillaires et épitrochléen ne paraissent pourtant pas tuméfiés, autant qu'on en peut juger à travers l'épaisse couche du tissu adipeux sous-cutané.

La rougeur s'arrête vers le coude ; la coloration brune de la peau en modifie l'intensité : elle augmente toutefois à mesure qu'on se rapproche de la région carpienne ; le derme est d'un rouge livide dans les points où l'épiderme a été soulevé et divisé : de nombreuses phlyctènes occupent encore la face postérieure de l'avant-bras ; elles ont de quelques millimètres à 2 centimètres de diamètre, celles qui ont été ouvertes la veille étaient beaucoup plus étendues. La pustule maligne est située au point même où la piqûre a été faite, c'est-à-dire au niveau de l'angle de rencontre du premier et du deuxième métacarpien ; elle se reconnaît aux caractères suivants : Tache d'un brun foncé circulaire, large de 12 millimètres environ, entourée d'un liséré plus pâle qui tranche à son tour sur la rougeur vive qui l'environne. Le tout est recouvert d'un lambeau d'épiderme grisâtre, affaissé, *décollé* au delà de la pustule. On ne reconnaît plus les vésicules qui forment au delà une couronne à l'eschare, parce que toute la région ressemble à la surface d'un vésicatoire volant multiloculaire. L'eschare est insensible à la piqûre jusqu'à quelques millimètres de profondeur. Toute la surface de la main a perdu également beaucoup de sa sensibilité, même dans les points où le derme est dénudé ; depuis la racine des doigts jusqu'au tiers moyen de l'avant-bras, on peut impunément plonger une épingle à 1 millimètre de profondeur.

Plus haut la sensibilité redevient normale ; la main et les doigts, très tuméfiés, sont à une température assez basse ; les mouvements sont à peine gênés par le gonflement et ne causent aucune souffrance.

La malade remue les doigts et le bras à plusieurs reprises et ne paraît nullement se douter de la gravité de son *mal*. Un seul phénomène l'occupe : c'est l'engourdissement et la pesanteur extrême qu'elle ressent dans tout le membre. Elle est d'autant plus rassurée, qu'elle nous raconte (et ce renseignement est assez important pour que nous ayons insisté) que la semaine précédente elle a été piquée à la face par une autre mouche, d'où *est résulté* un gonflement énorme de toute la moitié du visage, qui aurait momentanément fermé l'œil. Au bout de trois jours, et sans aucun traitement, la tuméfaction aurait commencé à disparaître et se serait évanouie promptement. Dans cette occurrence, elle est convaincue que son bras n'a rien de plus que n'avait son visage.

Tel était l'état local. L'état général, sans être absolument mauvais, offrait cependant quelques présages fâcheux. L'*intelligence* était conservée ; mais la langue était chargée, la bouche amère. Il y avait de la constipation, quelques douleurs vagues dans le ventre, de la céphalalgie, de l'inappétence. Le pouls était un peu fréquent.

Je prescrivis un purgatif salin, une potion avec *l'éther*, le quinquina, l'acétate d'ammoniaque, et m'occupai du traitement local. Les accidents locaux nécessitaient une intervention *énergique*. Le peu d'étendue de l'eschare, son épaisseur encore minime, me firent penser que le fer rouge serait suffisant ; mais le siége du mal m'embarrassait un peu, car la pustule siégeait précisément dans le point où l'artère radiale, devenue dorsale, s'enfonce dans les chairs du premier espace interosseux ; les articul*ations*, les gaînes tendineuses, étaient également proches, et l'aponévrose d'enveloppe a perdu beaucoup de son épaisseur à cet endroit. Cependant, tout en tenant compte de ces fâcheuses conditions anatomiques, la timidité était plus dangereuse encore. J'éteignis donc sur l'eschare un cautère à boule rougi à blanc ; puis je fis, *sur le dos* de la main, du poignet et de l'avant-bras, huit raies de feu avec le cautère cultellaire ; enfin, je cernai la pustule avec une couronne de pointes de feu.

Cette opération barbare ne fut pas très douloureuse : je n'avais pas jugé opportun de recourir à l'anesthésie.

Je revis la malade dans la soirée. L'état général n'était pas meilleur : il y avait de l'assoupissement ; les mains étaient froides, le pouls radial petit, les douleurs du ventre avaient augmenté d'intensité, l'état du membre était un peu meilleur, le gonflement des bras moins considérable ; il y avait eu deux selles. Je fis appliquer un large vésicatoire sur le bras, au-dessous du deltoïde.

Le lendemain matin, le pouls radial est à peine perceptible, quoique les battements du cœur soient encore assez forts et réguliers. Il y a de l'oppression, un peu de dyspnée ; les poumons sont cependant tout à fait sains. La nuit a été agitée ; la langue est blanche, l'inappétence continue. La malade se plaint de ses douleurs abdominales, qui deviennent très intenses autour de l'ombilic ; elle refuse la potion, et consent seulement à prendre du vin. Il y a eu des nausées ; le ventre est cependant souple et médiocrement douloureux à la pression. L'intelligence est nette.

La tuméfaction du bras a diminué très notablement ; le moignon de l'épaule est revenu à l'état normal ; le poignet et la main sont toujours rouges, gonflés, couverts de phlyctènes, ainsi que la plus grande étendue de l'avant-bras ; la pustule maligne paraît avoir gagné du côté du pouce. Tout en considérant le cas comme désespéré, je tente, à cause de la diminution du gonflement du bras, un dernier effort d'irritation locale, attribuant d'ailleurs la persistance des symptômes aux progrès de l'eschare spécifique. Après avoir fendu celle-ci crucialement, je renouvelle l'application du feu sur la plaie et sur les régions voisines. Un peu de sang s'écoula sous le fer rouge, ce qui, du reste, était déjà arrivé la veille ; mais ce liquide coulait en nappe, en petite quantité, et un nouveau cautère en fit justice. Je prescrivis le quinquina, et l'acétate d'ammoniaque en lavements.

Une demi-heure s'était à peine écoulée, qu'on me rappela à la hâte. Une hémorrhagie s'était montrée, du sang artériel s'élançait par un jet filiforme de la circonférence de la nouvelle eschare : un élève du service avait arrêté par la compression directe l'écoulement, qui s'était bientôt renouvelé. Un bourdonnet de charpie, imbibé de perchlorure de fer, réussit définitivement. Quand j'arrivai, l'hémorrhagie avait cessé : deux palettes de sang s'étaient environ écoulées. Cet accident ne fit qu'accélérer l'issue funeste. Les coliques devinrent de plus en plus intenses, le délire continua dans la soirée, et à trois heures du matin la mort survint. Cinq jours entiers ne s'étaient pas encore passés depuis l'inoculation.

Je n'ajouterai aucune réflexion ; je signalerai cependant la marche assez rapide de cet empoisonnement. L'impuissance de la cautérisation a sans doute été due à l'époque tardive (3e jour) où elle a été appliquée.

Le samedi matin, en sortant de l'hôpital, je rencontrai M. Houël. Nous parlâmes de ce fait ; il me demanda aussitôt si les mains étaient livides, les ongles bleus comme dans le choléra, et enfin s'il y avait des douleurs dans l'abdomen. Sur ma réponse affirmative, il m'annonça que la mort était prochaine, et qu'à l'autopsie je trouverais sans doute une ou plusieurs pustules malignes développées dans les viscères abdominaux.

Mon attention fut fixée sur ce point lors de l'ouverture du corps, et la double assertion de mon confrère fut confirmée autant sous le rapport de la mort rapide qu'il avait prédite, que sous celui des lésions intestinales.

Autopsie trente-trois heures après la mort.

Le cadavre est très frais. Le bras est encore considérablement tuméfié. Le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire est gorgé de sérosité. La peau de la face dorsale de la main et du poignet est presque partout dépouillée d'épiderme ; la surface du derme est d'un rouge livide. Les cautérisations punctiformes et linéaires n'ont intéressé que les couches les plus superficielles. Le tégument est au contraire désorganisé dans toute son épaisseur, ainsi que le tissu cellulaire sous-jacent, au niveau de la pustule maligne. Je pense donc que la cautérisation a été suffisante dans ce point. Toutefois, les muscles du premier espace interosseux, les tendons et l'artère radiale n'ont pas été atteints par l'eschare, et je ne puis retrouver le vaisseau qui a fourni l'hémorrhagie. On ne trouve nulle trace de suppuration, ni au niveau des applications du fer rouge, ni en aucun point du bras.

Les vaisseaux lymphatiques n'ont pas été examinés avec assez de soin pour qu'on puisse juger de leur état ; mais j'ai trouvé dans l'aisselle deux ganglions volumineux ramollis, infiltrés de sang, en un mot très manifestement enflammés, mais sans suppuration. Les veines superficielles et profondes paraissent tout à fait saines : elles sont remplies par du sang épais et très foncé. Les artères renferment également du sang non coagulé. L'aorte et les gros troncs vasculaires qui partent du cœur, et les cavités de cet organe, sont gonflés par un sang très noir, poisseux, sans trace de coagulation. La membrane interne de ces vaisseaux et des cavités cardiaques est d'un rouge livide ; mais le lavage effaçant presque complétement cette coloration, je pense qu'il ne s'agit que d'une imbibition cadavérique.

La fibre musculaire du cœur est tout à fait saine en apparence ; mais elle se déchire beaucoup plus facilement que celle du cœur d'un autre sujet pris comme terme de comparaison ; toutefois, l'âge de la malade peut être pour quelque chose dans cette diminution de ténacité du muscle cardiaque.

Les poumons sont sains, si ce n'est un peu d'engouement hypostatique vers le bord postérieur. La muqueuse trachéo-bronchique, suivie jusqu'aux petites bronches, n'offre rien de particulier.

Les reins sont petits et flasques ; le foie, la rate, sont congestionnés, mais le tissu en est ferme et paraît tout à fait sain. Les cavités nerveuses n'ont pas été ouvertes.

Le tube digestif seul dénote des atteintes du mal.

La cavité péritonéale ne renferme pas de liquide ni de trace de péritonite aiguë ; les intestins présentent çà et là une coloration brune, livide ; mais cependant, au niveau même de ces taches, ils n'ont pas perdu de leur consistance. La masse intestinale enlevée est ouverte et examinée scrupuleusement d'un bout à l'autre ; une matière brunâtre, poisseuse, d'assez mauvaise odeur, recouvre presque complétement la surface muqueuse ; elle ressemble à du sang altéré ; le lavage l'entraîne assez aisément en certains points, mais ailleurs elle paraît combinée avec la couche épithéliale, qui s'enlève en lambeaux assez étendus et modérément consistants. Cependant le lavage et le grattage mettent sans peine à nu les papilles, et l'on peut se convaincre qu'il n'y a dans l'intestin ni eschare ni altération : les plaques de Peyer ne sont presque pas visibles. C'est l'accumulation de cette matière noire dans certaines anses qui faisait croire à l'existence de plaques gangréneuses. Je regrette de n'avoir pas examiné au microscope la boue livide dont il est question. En résumé, sauf un degré d'entérite diffuse assez prononcé, les intestins ne présentent pas de lésions profondes.

L'estomac est examiné à son tour : à l'extérieur il paraît tout à fait sain ; mais, après l'avoir ouvert, nous remarquons une lésion très remarquable. La face antérieure offre, dans l'étendue de la paume de la main, une coloration noire, sans tuméfaction, sans saillie, résistant au lavage, à l'action de gratter, et qui occupe toute l'épaisseur de la muqueuse. Cette coloration affecte l'aspect réticulaire, c'est-à-dire que des portions de muqueuse saine apparaissent dans les intervalles de bandes noires larges de près d'un centimètre et anastomosées entre elles. Sur le bord de plusieurs de ces bandes se voit un petit sillon blanchâtre qui semble révéler un travail d'élimination commençant. A une certaine distance de ce réseau gangréniforme on observe une petite élevure de 7 à 8 millimètres de diamètre, convexe, très noire, et qui mesure environ 4 millimètres d'épaisseur. Les tuniques sous-jacentes paraissent saines ; les sillons d'élimination dont j'ai parlé ne les franchissent pas.

La cavité stomacale renferme un peu de liquide muqueux, sale et visqueux, mais non point livide et brunâtre comme l'intestin grêle. Les ganglions mésentériques n'offrent rien de particulier. L'œsophage n'a pas été ouvert.

Il est évident que l'intérêt de cette observation est con-

centré sur l'état de l'estomac. Jamais je n'ai rencontré rien de semblable dans les autopsies que j'ai faites. Je laisse M. Houël décider si en réalité les taches gangréneuses stomacales peuvent être considérées comme des pustules malignes. Pour ma part, je me prononcerais volontiers pour l'affirmative, en faisant remarquer qu'il ne faudrait pas s'attendre à trouver les mêmes caractères dans une eschare du tégument et dans une mortification superficielle qui, faute de temps peut-être, n'auraient pas encore franchi les limites d'une mince membrane muqueuse.

Réflexions. — Puisque M. Verneuil a bien voulu me laisser la plume pour commenter ce fait intéressant, je lui en témoigne ici toute ma reconnaissance, et je profiterai de cette occasion pour attirer de nouveau l'attention sur une complication grave de la pustule maligne. Déjà, en 1850, dans la *Gazette des hôpitaux* j'avais cherché à établir, d'après un fait observé en 1842 dans le service de M. P. Boyer, non-seulement la possibilité, mais l'existence réelle de pustules malignes multiples, développées secondairement à la surface de la muqueuse digestive. L'observation de M. Verneuil apporte une preuve de plus à l'opinion que j'avais émise.

Je ne m'occuperai point ici de l'origine du virus qui constitue la pustule maligne, de son mode de contagion, ni de sa marche locale; ce que je veux chercher à démontrer, c'est que, la lésion étant éteinte sur place, une infection générale peut se produire secondairement, mais toujours dans un temps assez rapide. Dans mon premier travail, contrairement à certains auteurs, j'avais cherché à établir que la pustule maligne, comme le chancre vénérien, pouvait infecter l'économie : le fait de M. Verneuil est une preuve de plus à ceux que j'avais réunis, auxquels il faut encore joindre deux autres observations publiées par M. Rayer dans la seconde édition de son *Traité des maladies de la peau*. Reprenant une partie de mon travail d'autrefois, je vais le compléter par l'addition de ces trois nouveaux faits, qui me paraissent devoir jeter une vive lumière sur l'histoire de la pustule maligne.

La plupart des traités classiques tendent à faire considérer la pustule maligne comme une maladie locale qu'il faut éteindre sur place, et cela le plus tôt possible, à cause de l'extension rapide, mais toujours *locale*, que peut prendre la lésion. M. Bourgeois, dans son mémoire sur la pustule maligne, publié dans les *Arch. génér. de médecine*, 1843, en parlant de la marche, distingue bien deux périodes dans cette affection : la première, qu'il désigne sous le nom de *locale*, la seconde d'*imprégnation*, d'*intoxication;* mais n'ayant, dit-il, eu l'occasion de faire que peu d'autopsies, il se contente de constater que, dans la seconde période, le sang dans le cœur peut être plus fluide et plus noir. C'est cette seconde période que je veux précisément démontrer. Les altérations du sang et les épanchements consécutifs ont été notés et décrits par bon nombre d'observateurs : ils ne font de doute pour personne, et M. Leuret est porté à soupçonner que le sang éprouve, pendant la vie des animaux charbonneux, un commencement de décomposition d'où résulterait la formation d'une certaine quantité d'acide carbonique et d'acide hydro-sulfurique.

La période secondaire, ou d'*intoxication*, a des manifestations anatomo pathologiques qui se produisent sur la muqueuse et principalement sur celle du tube digestif. C'est ici que commence la dissidence avec la plupart des auteurs. MM. A. Bérard et Denonvilliers, dans le *Compendium de chirurgie*, n'admettent point l'existence de la pustule maligne des muqueuses et en particulier de celle de l'estomac. Nous allons voir ce que les faits disent a cet égard, et comment quelques-uns ont été réfutés par les auteurs que je viens de citer. Comme c'est par les observations que ces faits peuvent être lucidés, je vais indiquer celles qui me paraissent confirmer l'opinion que je défends ici, et, en pareille occasion, une observation positive bien faite a à elle seule plus de valeur qu'un grand nombre de faits négatifs.

La science est encombrée d'observations de pustules malignes épidémiques ou sporadiques, qui se sont terminées par la mort; mais, en revanche, on trouve peu d'autopsies, ce qui tient peut-être, d'une part, à la difficulté qu'ont éprouvée les observateurs à les pratiquer, peut-être aussi à la négligence, ou bien à la crainte possible de la contagion, crainte qui, comme cela résulte d'observations de Thomassin et de M. Maucourt, est malheureusement trop justifiée. Si les autopsies sont rares, lorsque l'on étudie les observations avec soin, on constate que chaque fois, ou du moins presque chaque fois, que la pustule maligne s'est terminée par la mort, l'individu a toujours été pris de symptômes généraux graves du côté du tube digestif, tels que douleurs vives, nausées, vomissements, etc. Comment expliquer ces accidents, si l'on rejette la possibilité du développement de la lésion des muqueuses? Il faut alors les attribuer à ces hémorrhagies multiples que l'on a décrites dans le mésentère et l'épiploon, hémorrhagies que nous avons vues tenir à une altération spéciale du sang.

Voyons ce que les observations disent à cet égard.

Indépendamment de cette cause, il a été manifestement constaté par bon nombre d'observateurs, comme cela résulte des faits suivants, qu'il pouvait exister sur la muqueuse digestive, et en particulier sur celle de l'estomac, une ulcération spécifique. Cette ulcération se trouve bien décrite par M. Rayer dans la deuxième édition de son *Traité des maladies de la peau* : il note qu'en même temps que la pustule maligne a cessé d'être locale, on remarque des signes non équivoques d'altération du sang, d'inflammation pulmonaire ou gastro-intestinale. Dans deux observations, il a constaté l'existence de véritables pustules malignes sur la muqueuse de l'estomac. Ce sont ces deux observations que j'ignorais lors de la publication de mon premier travail, et que M. Rayer a bien voulu me communiquer depuis. Dans la première (obs. XCVI), il est dit qu'il existait six taches arrondies ovalaires dans l'estomac, noires au centre, jaunes à la circonférence; il y en avait de larges comme une pièce de six francs. Il existait également des taches noires dans l'intestin. Dans le second fait de M. Rayer (obs. XCVII), il est dit que l'estomac présentait de nombreuses taches rouges pointillées; on en rencontrait aussi dans l'intestin grêle et le cæcum. Il avait existé des symptômes gastriques prononcés. Sur la planche 9, fig. 4, on voit l'ulcération décrite par M. Rayer et intitulée : *Tache gangréneuse de l'estomac* d'une personne morte de *pustule maligne*.

M. Stansky (*Bulletin de la Société anatomique*, 1837, p. 324), en même temps qu'il a constaté chez un homme atteint de pustule maligne une infiltration sanguine du mésentère, a trouvé plusieurs ecchymoses dans les parois de l'estomac, il est dit qu'à chacune d'elles se rendait un petit rameau artériel. L'observation est trop incomplète pour qu'il soit possible de la commenter; mais cette ecchymose n'est peut-être elle-même qu'une ulcération à son début.

M. Bouillaud, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, dit que Fournier, dans une épidémie charbonneuse observée dans le Languedoc, signale l'existence de petites pustules malignes dans le voisinage de l'orifice pylorique de l'estomac. Reydelet rapporte, d'après Viricel, l'existence d'une pustule maligne du côlon, que tout le monde regarda comme la cause de la mort.

M. Bourgeois, sur quatorze observations de pustule maligne citées dans son mémoire, a constaté que, sur les trois malades qui ont succombé à cette affection, deux ont été pris de symptômes abdominaux graves. Dans l'épidémie observée par Bayle dans les Basses-Alpes, sur les trois cas de mort qu'il a constatés, il a également signalé, pour deux, des symptômes abdominaux.

De l'examen des observations que je viens de rapporter il résulte deux faits importants, à savoir : 1° que, chez la plupart des malades qui ont succombé à la pustule maligne, on a observé des symptômes graves du côté du tube digestif; 2° quelquefois des ulcérations sur la muqueuse digestive.

Les symptômes que l'on observe du côté du tube digestif qui existaient sur la malade de M. Verneuil, et qui ont pu me permettre de prévoir une issue funeste, sont quelquefois tellement intenses, que, sur le malade que j'ai observé chez M. Ph. Boyer, on a pu croire, à cause de la douleur, à une péritonite très aiguë. Comme dans la plupart des cas où ces symptômes ont été notés la maladie s'est terminée par la mort, on doit en rechercher la cause avec soin.

Il ne me paraît guère possible de rapporter ces douleurs abdominales vives, les nausées et les vomissements, exclusivement à l'altération spéciale du sang, qui est incontestable dans ce cas; cet état général doit être attribué à la fois à l'altération du sang, à l'ulcération de la muqueuse caractéristique de l'infection secondaire et à l'inflammation qui en est la conséquence. Dans l'observation de M. Verneuil, qui m'a fourni l'occasion de ces réflexions, l'altération de la muqueuse stomacale est moins bien caractérisée que dans les deux observations citées par M. Rayer, et que dans celle que j'ai moi même rapportée dans la *Gazette des hôpitaux ;* mais je n'en persiste pas moins à voir dans cette lésion une infection secondaire. Les faits de Viricel et de M. Fournier me paraissent aussi prouver l'existence positive de pustules malignes développées sur les muqueuses, et je ne puis partager, sous ce rapport, l'opinion des auteurs du *Compendium de chirurgie*, qui objectent à l'observation de Viricel qu'elle est trop légèrement citée, et aux trois faits de M. Fournier, qu'il avait commis une erreur de diagnostic ; que, dans ce dernier cas, il avait affaire à une affection folliculeuse des muqueuses digestives.

En résumé, donc, je dirai, comme je ne veux pas prolonger cette discussion, que le fait de M. Verneuil me paraît un de plus à ajouter à ceux déjà cités d'infection secondaire de la pustule maligne ; et cette discussion, que j'ai établie ici, n'est point de pure curiosité : elle prouve qu'il ne suffit pas d'arrêter localement une pustule maligne par des moyens énergiques, comme cela a eu lieu dans le fait que j'ai rapporté, mais qu'il faut encore craindre secondairement des symptômes généraux qui n'existent pas toujours, qu'il est souvent impossible de prévoir dans l'état actuel de la science, mais qu'il faut craindre cependant. Cette manière de voir montre encore au chirurgien qu'il doit chercher à combattre ces accidents d'infection, probablement par des moyens généraux que je ne puis indiquer, mais que l'expérience pourra faire connaître, maintenant que l'attention pourra être éveillée sur eux.

Je sais qu'il manque à la démonstration absolue des faits que j'avance, une expérience : l'inoculation des pustules malignes aux animaux. C'est un résultat que je me propose de réaliser quand l'occasion s'en présentera ; mais, en attendant, les faits me paraissent militer en faveur de l'opinion que j'émets ici, et, du reste, une inoculation négative ne serait pas, dans ce cas, une preuve suffisante pour faire rejeter l'existence de pustule maligne des muqueuses, et par conséquent l'infection secondaire.

IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Avantages du pyrophosphate de fer.

Monsieur le Rédacteur,

Dans son numéro du 20 février, la GAZETTE HEBDOMADAIRE, au *Compte rendu de l'Académie de médecine* (séance du 10 février 1857), contient un résumé concis du travail de M. Robiquet sur l'emploi thérapeutique du pyrophosphate de fer, comme devant être placé au premier rang parmi les ferrugineux.

Cette opinion nous paraît d'autant plus fondée que, depuis un certain temps, nous expérimentons sur le pyrophosphate de fer et de soude avec de très bons résultats. Mais, comme le sujet soulève une question de priorité, nous prenons la liberté de vous soumettre, monsieur et très honoré confrère, quelques observations dictées par un sentiment de justice plutôt que par des considérations personnelles.

Déjà, en 1849, M Leras, docteur ès sciences, avait présenté un travail à l'Académie des sciences, sous ce titre: *Action du suc gastrique sur les préparations martiales employées en thérapeutique*. En 1855, il présenta à l'Académie de médecine un mémoire dont nous vous transmettons un exemplaire, et dans lequel il crut pouvoir conclure :

1° Que les préparations ferrugineuses employées en thérapeutique sont toutes plus ou moins précipitées ou transformées en oxyde ferrique dans l'estomac ;

2° Que le pyrophosphate de fer et de soude fait exception ;

3° Que ce sel semble destiné à prendre rang parmi les préparations les plus efficaces de la médication ferrugineuse.

M. Leras a fait expérimenter par différents médecins une solution de pyrophosphate de fer et de soude qu'il prépare lui-même ; il a bien voulu en mettre une certaine quantité de flacons à notre service pour en étudier l'action sur des aliénés réduits au dernier degré d'énervation et d'anémie. Les résultats ont été consignés sur nos rapports journaliers et résumés dans un passage du rapport médical que nous venons d'adresser à l'administration sur le service clinique de l'asile Saint-Athanase pendant l'année 1856. Nous extrayons, monsieur et très honoré confrère, le passage en entier pour vous le communiquer.

« La thérapeutique dans un asile d'aliénés ne trouve pas seulement à s'exercer sur les maladies incidentes ; alors même qu'il n'y a plus espoir de guérir les maladies mentales, il y a moyen encore de retarder ce déclin physique survenant chez presque tous les aliénés de la même manière, par déficit gradué de l'innervation générale ; déficit dont l'action se traduit si souvent par la décomposition du sang, d'où résultent ces hydropisies généralisées sur tous les tissus. Il est évident que, dans ces cas, tous les efforts de la médication doivent tendre à reconstituer le sang ; ce résultat obtenu, il n'est pas rare de voir l'édifice remonté fonctionner encore plus ou moins longtemps, quelquefois même une réaction en sens

inverse de la maladie se produire. C'est le prélude d'une guérison inespérée.

» De tous les toniques, nous n'en connaissons pas qui agisse aussi promptement et aussi favorablement que le pyrophosphate de fer et de soude préparé par M. Leras sous une forme limpide, facile à administrer, d'une absorption rapide et sans fatigue pour les organes digestifs. Nous n'avons point administré ce sel sur une grande échelle; voici pourtant quelques résultats qui démontrent son action favorable, et l'avenir qui lui est réservé en thérapeutique.

» 1° Bégot, maniaque à périodes rapprochées; tissus pâles, décolorés; fièvre sans intermittences franches; prostration. Administrée pendant huit jours à la dose de deux cuillerées à bouche par jour, la solution de pyrophosphate de fer et de soude ramène les forces et la coloration des tissus. La fièvre disparaît, les périodes d'agitation s'éloignent.

» 2° Berlan, épuisé par une diarrhée chronique, présente de la pâleur et de la flaccidité dans les tissus; petitesse du pouls, prostration complète des forces, commencement d'œdème autour des orbites. La même médication ramène, comme chez Bégot, la coloration des tissus, le retour des forces, la disparition de la diarrhée. La santé n'a pas varié depuis six mois.

» 3° Ségnor est alité pour la seconde ou la troisième fois vers la fin de novembre 1856, pour œdème des extrémités inférieures, commencement d'ascite, pâleur des tissus, bouffissure de la face, symptômes de phthisie pulmonaire. Tous ces accidents, sauf les signes révélés par l'auscultation, cèdent en moins de quinze jours par l'administration du pyrophosphate de fer et de soude. L'amélioration persiste depuis plus de deux mois.

» 4° Blaise éprouve, le 9 novembre 1856, une attaque de choléra dans ses manifestations les plus caractérisées. Nous en combattons les symptômes par l'application de courants électriques sur la région précordiale, par l'emploi des calmants opiacés, des sudorifiques, des excitants diffusibles, etc. Le malade est sauvé; mais après avoir échappé au plus grand danger, il tombe dans une prostration complète avec anémie et menaces de décomposition du sang. Il doit à l'administration du pyrophosphate de se rétablir assez promptement et de se porter beaucoup mieux qu'avant d'avoir contracté le choléra.

» 5° M. X..., atteint de paralysie générale progressive, arrivée à la dernière période; pâle, ne tenant plus debout, ne pouvant plus articuler un seul mot, exprimer aucune idée; réduit à l'état de gâteux. Après dix jours de la médication ferrugineuse, M. X... reprend des forces, sa figure s'anime, se colore, le délire des grandeurs semble même vouloir reparaître, le malade nous annonce un matin qu'il va se marier à une dame de la cour, il peut marcher seul, son appétit est exagéré. Cette amélioration ne sera sans doute que factice et passagère, la paralysie n'en aura pas moins sa terminaison fatale, mais ce résultat démontre à la fois l'action tonique et la stimulation cérébrale qu'exerce le pyrophosphate de fer et de soude.

» 6° Chavel en est un autre exemple. Plongé depuis son admission dans un état d'inertie voisin de la stupidité, il faut le stimuler, pour qu'il réponde aux plus simples questions ou exécute le moindre mouvement. Cette apathie est vaincue par le pyrophosphate de fer. Nous sommes fort surpris un matin d'entendre Chavel s'intituler le prince Jérôme... Avec son air habituellement niais et sa paresse, il parvient à tromper la surveillance des infirmiers pour s'évader en escaladant un mur. Le sel ferrique lui en avait sans doute donné les forces, car il tenait à peine debout à son entrée.

» 7° Colas, militaire détaché au port de Brest comme ouvrier mécanicien, nous arrive dans un état d'excitation qui nous paraît être le résultat d'un défaut d'équilibre entre les systèmes sanguin et nerveux, le premier offrant tous les symptômes de l'anémie. Le sujet est gâteux, incohérent, privé de conscience, se portant à des actes violents. Nous le soumettons au pyrophosphate de fer et de soude et au sulfate de quinine. Amélioration rapide au physique, plus surprenante encore au moral; Colas nous paraît en bonne voie de guérison si le premier résultat se soutient. »

Tels sont, monsieur et très honoré confrère, les principaux faits que nous avons consignés dans notre rapport médical de l'année 1856 sur la valeur thérapeutique du pyrophosphate de fer et de soude; nous avons ajouté que nous poursuivrions en 1857 nos expériences sur l'emploi de cet agent dont nous devons la préparation à M. Leras. Les premiers succès nous en promettent de plus grands encore, et nous nous proposons d'en faire plus tard l'objet d'une communication à l'Académie de médecine.

En portant actuellement ces premiers aperçus, bien incomplets sans doute, à la connaissance des lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, nous avons eu pour but de confirmer l'éloge qui a été fait du pyrophosphate de fer; en même temps, nous avons obéi à un sentiment de justice qui nous faisait un devoir impérieux de revendiquer, en faveur de M. Leras, des droits méconnus dans la note si concise de M. Robiquet.

Agréez, Monsieur, etc. FOLLET et BAUME (1).

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 18 MAI 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

ANATOMIE. — *Recherches sur la transformation des cartilages en os*, par M. le docteur *Mandl*. — Les cellules du cartilage, près du point ossifié, s'accroissent et se multiplient par génération endogène, de sorte que chacune d'elles produit un amas de cellules. Les cellules mères deviennent les canalicules osseux par le dépôt de phosphate de chaux qui s'opère dans leur paroi et à son pourtour. En même temps les cellules-filles subissent la dégénérescence graisseuse. A l'endroit où se touchent deux cellules mères pendant leur accroissement, la paroi intermédiaire est résorbée, de sorte que plusieurs cellules-mères, se réunissant par leurs bouts ou latéralement, constituent un réseau de canalicules osseux, d'un aspect et d'une coordination variables suivant les espèces.

Il résulte de nos observations que, dans l'ossification, les cellules cartilagineuses disparaissent entièrement, et que les corpuscules osseux se développent indépendamment de ces dernières. Un tissu à cellules se détruit pour faire place à un tissu fibrillaire: il n'y a donc que succession, mais nullement transformation. Les fibres se développent sans le concours des cellules: c'est là un point important à constater pour la déduction des principes histogénésiques généraux. (*Comm.*: MM. Serres, Flourens, de Quatrefages.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Recherches histogénésiques sur les tumeurs malignes*, par M. le docteur *L. Mandl*. — 1° On peut établir trois espèces de cancers: cancers à cellules, cancers à fibres, cancers à lamelles, auxquelles il faudrait peut-être joindre une quatrième espèce, celle de cancers de la rétine. — 2° Les éléments des tumeurs malignes se développent comme ceux des tissus normaux. — 3° Lorsqu'une tumeur maligne se développe dans un tissu, cette production pathologique doit son origine, non pas à une transformation de cellules ou de fibres déjà formées, mais au développement de nouveaux éléments. La diathèse cancéreuse frappe le blastème. Ainsi, les cancers à fibres se composent de fibres incomplétement développées et ne sauraient par conséquent être une modification de fibres déjà complétement développées. Il en est de même pour les cellules du squirrhe et de l'encéphaloïde. — 4° Mais ces nouveaux éléments ne peuvent pas toujours être distingués des éléments voisins; aussi l'application du microscope

(1) Depuis que cette lettre, qu'il n'a pas dépendu de nous d'insérer plus tôt, nous a été adressée, M. Follet a été enlevé à la science. M. Morel (de l'asile de Saint-Yon), a rendu, dans ce journal même (nº 14, p. 233), un hommage mérité à la mémoire de cet homme de bien, de cet habile aliéniste.

r le diagnostic des tumeurs doit-elle se faire avec une grande rve. — 5° Il s'ensuit également qu'il est impossible d'établir homœomorphisme et l'hétéromorphisme comme base de la classifion des tumeurs. — 6° Les cellules dites cancéreuses ne conent pas toujours et partout les caractères que les auteurs leur attribués. Des cancers du foie, du système osseux, de la rétine, souvent composés d'éléments qui diffèrent essentiellement du prétendu caractéristique des cellules cancéreuses. — 7° Il te des éléments normaux qui présentent des caractères analos à ceux des cellules dites cancéreuses; tel est, par exemple, ithélium de la vessie, du bassinet, des bronches (surtout dans ronchite des enfants). On peut constater cette analogie en exaant les éléments, soit isolés, soit dans leur ensemble par ipes. En effet, ni la dimension et le volume relatif du noyau, ni randeur des nucléoles, ni la présence des éléments dits cellules-es, ni la quantité de noyaux libres, ni la multiplicité de la ne et du degré de développement de la cellule, ne sont des caères constants, fixes, ou, dans tous les cas, suffisamment difntiels. — 8° On peut affirmer, avec M. Velpeau, que la cellule cancéreuse manque dans certaines tumeurs qui sont pourtant icéreuses, et que, d'autre part, la cellule dite cancéreuse existe is certaines tumeurs non cancéreuses, ainsi que je l'ai constaté, exemple, dans un polype du larynx chez un enfant. — 9° L'ée microscopique explique la facilité des rechutes dans le irrhe et l'encéphaloïde, c'est-à-dire dans les cancers à cellules, ause de la facilité de reproduction des cellules. (*Même Commisn.*)

ANATOMIE COMPARÉE. — *De la direction des axes du col et des idyles du fémur et de l'humérus dans les mammifères, les oiseaux les reptiles*, par M. *Ch. Martins*. — Voici les conclusions de l'aur : L'inspection seule de l'épaule et de l'humérus d'un animal urra désormais décider les points les plus importants de son ode de locomotion et servir à marquer sa place dans l'embranement des vertébrés. Si la trochlée humérale est *parallèle* au an comprenant l'axe de l'os et celui du col, ou, en d'autres rmes, si ces trois axes sont sensiblement dans le même plan, le ras peut exécuter des mouvements de circumduction et l'animal ppartenir au groupe anthropomorphe; mais si la trochlée est *erpendiculaire* au plan commun de l'axe du col et du corps de l'os, t en même temps *à celui de l'omoplate*, l'animal est un mammière terrestre ou aquatique. Si l'axe de cette trochlée *perpendiculaire* est *parallèle à celui de l'omoplate*, l'animal vole ou rampe : c'est un chéiroptère, un oiseau ou un reptile.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 26 MAI 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Boulogne-sur-Mer, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a sévi dans cette ville en 1855, 1856 et 1857. — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de l'Aude, de Loir-et-Cher et du Gers pendant l'année 1856. (*Commission des épidémies*.) — *c*. Un rapport de M. le docteur *Fabas*, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855. — *d*. Un rapport de M. *Lafont*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Bayonne, sur une épidémie de variole qui a régné au mois de février dans la commune d'Andaye (Basses-Pyrénées.) (*Commission de vaccine*.)

M. *Michel Lévy :* J'ai l'honneur de présenter à l'Académie l'ensemble des programmes détaillés qui règlent les cours et les conférences de l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires. Ces documents, sortis de l'imprimerie impériale, ont été publiés par ordre de S. Exc. M. le maréchal ministre de la guerre, à l'instar des programmes des autres écoles militaires. On remarquera, en les examinant, que chaque enseignement est contenu dans des limites fixes, soumis à une marche régulière, et que toutes les branches de l'enseignement du Val-de-Grâce sont coordonnées en vue du but qu'il doit atteindre et qui se résume ainsi : 1° Donner aux jeunes docteurs sortis des Facultés l'habileté d'exploration et la sûreté d'action qui sont indispensables au médecin militaire, presque toujours abandonné à lui-même et maître absolu d'une clientèle qui n'a pas le choix de son médecin ; 2° leur inculquer les connaissances spéciales et les règles administratives sans lesquelles ils se trouveraient fourvoyés dans nos casernes, dans nos hôpitaux, dans nos ambulances.

La spécialité de la médecine militaire ressort clairement de l'ensemble de ces programmes. L'Académie ne verra pas sans intérêt que le Val-de-Grâce est aujourd'hui la seule école médicale qui soit soumise à une forte discipline d'études, la seule où les travaux pratiques dominent et aient pour objet de familiariser au même degré le jeune docteur avec les allures de la clinique médicale, les procédés opératoires, les applications d'appareils, avec les expertises de chimie applicables à l'hygiène publique et à la médecine légale.

J'ai pensé que ces détails, et surtout ces programmes, méritaient un moment de fixer votre attention.

Lectures et Rapports.

M. *Bousquet* lit un rapport sur un travail de M. *Bouffier*, médecin de la marine, ayant pour titre : *Quelques considérations sur un point obscur de la génération.*

M. Bouffier s'est proposé d'éclaircir la question obscure de l'alternance des sexes ; il veut savoir par quels moyens la nature amène alternativement un garçon et une fille, un mâle et une femelle.

L'auteur après avoir fait observer que, jusque dans ses plus grandes merveilles, la nature n'emploie que les moyens les plus simples, croit pouvoir admettre que, pour créer tantôt un mâle et tantôt une femelle, il suffisait d'alterner le sexe des œufs, et, sans plus de raisons ni de façons, il suppose que chaque menstruation apporte tour à tour un germe mâle et un germe femelle ; mais cette supposition en renferme une autre : c'est que chaque mois un germe se détache de l'ovaire et coule dans la matrice, ce qui n'est ni prouvé ni probable.

Est-ce bien là une explication? En fait, filles et garçons naissent à peu près en égal nombre, il le faut pour assurer la reproduction des sexes dans de fortes proportions; je veux savoir l'explication du fait, on me répond par le fait lui-même : car dire qu'à chaque menstruation le germe change, n'est-ce pas la même chose que de dire qu'il vient alternativement un garçon et une fille?

Quoi qu'il en soit, avec l'alternance des germes, M. Bouffier ne voit plus de difficultés ; il explique aussi facilement la juste proportion des sexes que le retour opiniâtre du même sexe dans certaines familles.

Il oublie qu'il y a des germes doubles, et quoique, en général, les jumeaux soient du même sexe, ils ne le sont pas toujours.

Cependant M. Bouffier a d'autant plus de confiance dans sa théorie qu'elle lui sert à lire le sexe de l'enfant dans le sein maternel, excepté pour la première conception ; mais celle-là connue, il connaît toutes les autres, rien de plus facile. Le sexe changeant, dans l'hypothèse, à chaque menstruation, le mois lunaire de la première conception lui donne le genre de toutes les autres, il suffit de compter. Me sera-t-il permis de faire une remarque? c'est que dans toutes les prophéties de ce genre, comme à pair et impair, où les chances sont égales, on est toujours exposé à prendre les jeux du sort pour les enseignements de la science.

Il y a plus de deux mille ans qu'Aristote a fait, sur la succession et la proportion des sexes, des observations que M. Flourens s'est plu à répéter. Aristote observa les amours du pigeon et s'assura qu'il produit d'une même couvée deux œufs, l'un mâle et l'autre femelle, et le mâle vient presque toujours le premier.

Depuis cette époque reculée, le pigeon n'a pas changé de mœurs. M. Flourens raconte que onze couvées successives d'un même couple lui ont donné dix fois de suite deux petits, l'un mâle et

l'autre femelle, et toujours le mâle est sorti du premier œuf pondu. A la onzième ponte, il vint trois œufs : le premier contenait une femelle, le second un mâle, le troisième ne produisit rien.

Ainsi mâles et femelles naissent dans la même proportion, à peu de chose près. Ce fait est une loi. Pour l'espèce humaine, Buffon a compté qu'il naît 16 garçons contre 15 filles ; et si l'on juge par les articles du Bureau des longitudes, rien n'est changé à cette proportion.

Dans les espèces mixtes, la différence est bien plus grande : ce n'est pas d'un seizième, c'est d'un sixième que les mâles excèdent les femelles.

Au contraire, parmi les enfants naturels il y a, dit-on, plus de filles que de garçons.

Nous donnons ces chiffres et ces rapports sur la foi des statistiques, et nous avouons humblement que nous sommes incapable d'en donner les raisons.

Tout est réglé d'en haut dans le mystère de la génération : non-seulement la variété et la proportion des sexes, mais aussi la prédominance des mâles, la durée de la vie, la permanence des espèces, l'infécondité des métis, leur tendance à revenir à la souche primitive, etc.

Pour se déguiser à lui-même son impuissance, Leibnitz imagina la *préexistence* des germes. Dans ce système, le nouvel être ne se forme pas, il est tout formé dans le sein de la mère, et le mâle ne fait, en quelque sorte, que le réveiller de son engourdissement et lui donner l'impulsion qu'il attend.

Il est évident que Leibnitz limite trop la part du mâle ; il oublie que l'enfant prend aussi souvent la ressemblance du père que celle de la mère, ce qui implique une influence à peu près égale. Elle est frappante dans le mélange du sang blanc avec le sang noir ; on la voit clairement dans le croisement des races ; elle ressort encore mieux, s'il est possible, de ces rapprochements où l'on accouple par voie d'expérience des espèces différentes.

Ainsi les métis, unis à l'une des tiges primitives, reviennent promptement à cette tige, à peu près comme ces arbres que le goût ou le caprice façonne à son gré, et qui reprennent leur forme naturelle aussitôt qu'on cesse de les tailler.

Il n'y a que les métis qui ne se reproduisent pas entre eux, ou du moins la fécondation s'arrête bientôt : ce sont des monstres dans la création, destinés à mourir sans postérité.

J'ai dit, avec la réserve qui me convient, ce que je pense des nouvelles vues de M. Bouffier sur l'alternance des sexes ; mais je n'ai pas dit ce qu'il a mis d'art et de talent à les exposer et à les défendre. Quand il n'y aurait pas d'autre mérite dans son mémoire, il aurait droit aux remercîments que je propose de lui adresser. (*Adopté.*)

MÉDECINE LÉGALE. — M. *Devergie* lit un travail *sur l'éthérisation au point de vue de la responsabilité médicale, et sur l'application aux médecins de l'article* 319 *du Code pénal, qui a trait à l'homicide par imprudence.*

L'objet de ce travail est d'examiner les conséquences possibles de la pratique actuelle en face de l'éthérisation, et surtout en présence de deux assertions émises il y a huit jours : l'une par M. Gibert, qui considère les chirurgiens et les médecins entre les mains desquels les malades ont succombé pendant l'éthérisation comme ayant été tout à fait étrangers à la mort ; l'autre par M. Velpeau, qui regarde comme à peu près inutiles les appareils qui ont été inventés pour faire respirer les éthers.

Je ne puis, dit M. Devergie, me ranger entièrement à l'opinion de M. Gibert, qui a donné aux médecins une immunité complète, et qui a exclusivement rattaché à certaines conditions toutes spéciales aux malades les fâcheux résultats de l'éthérisation.

Si, en effet, ajoute-t-il, je recherche sous l'influence de quelle cause la mort par l'éther, le chloroforme ou l'amylène peut survenir, je crois être porté à penser que cette cause n'est pas toujours la même. L'action des éthers sur l'homme et sur les animaux est encore imparfaitement connue ; les expériences entreprises dans le but d'éclairer cette question n'ont pas fourni de résultats comparables ; car, tandis que le genre de mort a été toujours le même chez les animaux, il a souvent varié chez l'homme. De là des explications plus ou moins fondées de la mort : ici la syncope, là une influence morale qui éteint soudainement la vie, ailleurs une influence sur le cerveau et sur tout le système nerveux, une action spéciale sur le cœur, etc.

En présence des faits, il me paraît impossible de ne pas admettre qu'il est des cas où la mort *puisse intervenir par asphyxie.*

J'irai même plus loin, et je dirai qu'il y a deux modes d'asphyxie dans l'éthérisation :

1° Celui qui provient de la paralysie des muscles respirateurs de la poitrine ;

2° Celui qui a lieu par défaut d'air. La première asphyxie se produirait à la suite d'une éthérisation prolongée. La seconde expliquerait les décès qui peuvent survenir par l'imprudence de l'opérateur qui a apporté un obstacle trop complet à l'entrée de l'air dans les poumons. Dans certains cas même, la mort est probablement due à l'influence directe du chloroforme et à l'asphyxie à la fois.

A l'appui de ce genre de mort possible par asphyxie, M. Devergie invoque plusieurs ordres de faits :

Appelé à faire deux ouvertures de corps en justice pour des cas de ce genre, il a rencontré les caractères de la mort par asphyxie si bien décrits par Bichat.

A ces deux autopsies il ajoute la description de l'état des organes de la respiration et de la circulation chez les animaux qui succombent à l'éthérisation, état qui se rattache évidemment à l'asphyxie. Il invoque également, comme un nouveau fait en faveur de l'asphyxie, le cas de mort par l'amylène survenu entre les mains de M. Snow. Enfin, à l'appui du genre de mort possible par asphyxie durant l'éthérisation en général, M. Devergie rappelle les circonstances qui résultent des expériences sur les animaux, savoir : que les dangers de l'éthérisation sont chez eux en raison inverse de la quantité d'éther que l'on fait respirer ; qu'il faut pour des chiens de même âge et de même volume une même quantité d'éther pour amener la mort ; que les animaux à sang chaud, c'est-à-dire ceux qui ont besoin de plus d'oxygène pour vivre, sont ceux qui sont plus impressionnables pour le chloroforme et l'éther ; que les animaux à sang froid, quoique d'un volume beaucoup moindre, offrent une résistance beaucoup plus grande, toutes circonstances qui viennent à l'appui de ce genre de mort, sans être tout à fait probantes.

Or, si les personnes soumises à l'éthérisation peuvent périr asphyxiées, le médecin ne devient-il pas responsable aux yeux de la loi, s'il n'a pas employé, pour obtenir l'éthérisation, des procédés à l'aide desquels il puisse fournir la preuve matérielle de l'impossibilité de la mort par asphyxie dépendante de ses actes ?

Ces procédés consistent dans l'emploi d'appareils à inhalation ; mais nous repoussons tout appareil dans lequel l'entrée de l'air est facultative et nous ne tenons pour efficaces, au point de vue auquel nous nous plaçons, que ceux dont l'ouverture de l'air ne peut être augmentée ni diminuée à la volonté du chirurgien. C'est là, suivant nous, le seul moyen propre à prévenir toute poursuite judiciaire ; et il faut bien le reconnaître, c'est la meilleure garantie à offrir au malade contre toute cause d'accident.

Je me résume et je dis :

La mort dans l'opération de l'éthérisation peut avoir lieu par asphyxie.

Cette asphyxie peut être le résultat de la quantité trop faible d'air qu'on laisse arriver dans les poumons : c'est la faute de l'opérateur.

Placer l'opérateur dans des conditions telles qu'il ne puisse jamais commettre cette faute, c'est garantir le malade d'un danger, c'est garantir le médecin des conséquences qu'il peut subir au point de vue de la responsabilité médicale.

Il y avait donc lieu de préconiser dans les éthérisations l'emploi d'appareils à ouvertures fixes et invariables pour l'entrée de l'air, plutôt que d'en repousser l'usage.

Discussion.

M. *Velpeau*. J'aurai à présenter quelques remarques sur trois points du travail de M. Devergie. Je dois d'abord me défendre d'une opinion qui m'est attribuée par M. Devergie, savoir que je n'admets pas la mort par l'éthérisation. Je suis parfaitement convaincu, au contraire, que l'éthérisation par le chloroforme peut occasionner la mort. J'ai dit qu'en prenant les précautions convenables il y avait peu de danger, et j'en ai donné pour preuves les milliers d'opérations dans lesquelles j'ai eu recours au chloroforme; mais je n'ai jamais mis en doute que l'éthérisation trop prolongée, avec les vapeurs trop intenses, sans une proportion suffisante d'air, ne puisse donner la mort.

M. Devergie semble disposé à admettre que la mort par le chloroforme peut avoir lieu par asphyxie. Cette question a eu cours à un certain moment; on est allé jusqu'à dire que l'anesthésie n'était qu'un degré de l'asphyxie, si bien qu'on a proposé de substituer à l'éther et au chloroforme de l'acide carbonique et des gaz asphyxiants. Mais les morts survenues dans l'emploi du chloroforme et dont on a parlé ne sont pas dues à l'asphyxie. Ce point est important à établir; car le travail de M. Devergie a des conclusions qui pourraient faire courir au médecin des risques réels dans un cas donné, si le médecin ne pouvait prouver au magistrat que l'air n'a pas cessé de pénétrer dans l'appareil respiratoire. La proposition de M. Devergie ne me paraît pas fondée. Il y a des malades qui s'asphyxient tout seuls, en dépit de tous les appareils; c'est même là une des grandes difficultés de l'opération. L'odeur des substances inhalées est péniblement supportée par les malades, et ils ne veulent pas respirer; j'en ai vu quelques-uns qu'il fallait laisser tranquilles : ils se fussent asphyxiés en quelques instants, sans qu'il fût entré dans leurs poumons de vapeurs de chloroforme.

Enfin, M. Devergie veut des appareils, et des appareils perfectionnés. Il est persuadé que cela vaut mieux : je ne le crois pas. Il faudra toujours quelqu'un pour manier cet appareil, et des malheurs pourront survenir par le fait de l'aide auquel on aura eu recours. Il faut aussi que le malade se prête à l'emploi d'un appareil, et il y en a qui ne s'y prêtent pas, et alors les difficultés sont augmentées.

J'ai dit que je croyais les appareils inutiles; je me suis mal expliqué. Moi aussi je me sers d'un appareil, mais c'est une éponge, un tampon de charpie au fond d'une compresse roulée en cône, un mouchoir. Je ne conçois pas qu'un appareil quelconque puisse mettre mieux à l'abri de tout danger que ces appareils primitifs qui laissent toujours l'air passer facilement. La mort par asphyxie me paraît possible dans quelques cas, mais l'appareil que propose M. Devergie ne l'empêcherait pas plus qu'un autre. Il vaut mieux que le praticien compte sur son intelligence, que sur un appareil dans lequel il placerait une confiance trompeuse.

M. *Cazeaux* craint que M. Devergie, en cherchant à démontrer l'utilité des appareils, n'ait rendu plus difficile la position du praticien. Peu de personnes se servent aujourd'hui d'appareils, et, en admettant la proposition de M. Devergie, la responsabilité médicale serait singulièrement aggravée. Avant d'admettre cette proposition, il faudrait avoir démontré que dans les cas malheureux la mort a lieu par asphyxie, et que les appareils mettent à l'abri du danger. Je suis peu disposé à croire, dit l'orateur, que l'asphyxie soit la cause de la mort. Dans l'immense majorité des cas, la mort est survenue en très peu de temps, en quelques secondes, et je ne pense pas qu'une mort aussi rapide puisse s'expliquer par l'asphyxie. D'ailleurs, quand on emploie un mouchoir ou une éponge imbibée de chloroforme, l'air circule très librement autour. Il n'est pas du tout nécessaire, pour produire l'anesthésie, d'empêcher l'air d'arriver, et je ne comprends pas la mort par asphyxie dans ces conditions. Les meilleurs appareils sont à mes yeux les plus mauvais.

En résumé, la proposition de M. Devergie donnerait aux magistrats une arme dangereuse; je ne prétends pas dire qu'ils en abuseraient; mais si un malheur arrivait, cette proposition aurait pour résultat d'aggraver la responsabilité médicale.

M. *Gibert*. Je conserve mon opinion, que je ne discuterai pas pour ménager les moments de l'Académie. La position spéciale de M. Devergie donne une gravité extrême à sa proposition. Je ne comprends pas qu'un homme habitué aux sciences précises vienne émettre une proposition aussi incroyable, et cela sans qu'elle repose sur une seule expérience. M. Devergie a pris pour base de son travail un fait qui remonte à quelques années, et à propos duquel un jeune médecin avait été condamné en première instance. Mais les souvenirs de M. Devergie doivent être plus exacts que les miens, et, si je ne me trompe, la condamnation qui a frappé ce médecin a été due surtout à ce que, après l'accident, il s'était enfui, laissant le malade sans secours. A mon avis, le magistrat n'est pas apte à juger ces sortes de questions; la mort par le chloroforme a plusieurs modes, et il peut être bien difficile d'établir de quelle façon elle est survenue. Un garçon marchand de vins s'amusait à se chloroformer en se versant du chloroforme dans son tablier et en s'enveloppant la tête nue; un certain jour il ne se réveilla plus. Dans ces cas, le chloroforme agit comme l'ivresse des alcooliques; il détermine un véritable empoisonnement.

M. *Devergie*. Je suis fâché que les personnes qui ont pris part à cette discussion ne se soient pas placées au même point de vue que celui où je m'étais placé moi-même. Je n'ai pas admis un seul genre de mort, mais plusieurs, et j'ai dit que l'asphyxie y occupait une certaine part. Tout ce que j'ai voulu établir, c'est que dans l'éthérisation il y avait une mort par asphyxie possible. Qu'ai-je fait? j'ai supposé le cas où une action serait intentée en responsabilité, et je me suis demandé quels reproches on pouvait faire au médecin. Y a-t-il eu imprudence, négligence ou omission d'un acte formel qu'on devrait accomplir? Si l'on a éthérisé sans précaution suffisante, le magistrat peut supposer que le tampon de charpie a été trop rapproché des narines, que l'éponge a été trop pressée, la compresse ou le mouchoir trop abaissé, et il demandera au médecin la preuve que toutes les précautions ont été observées. Cela est si vrai que, dans le procès auquel il a été fait allusion, la question a été posée. Je déclare que, si le malade a pu respirer une certaine quantité d'air, le magistrat n'a rien à voir après.

Puisqu'on a été au delà des questions que j'avais soulevées, je dirai que je crois que les chirurgiens et les médecins n'ont pas fait pour l'homme ce qui a été fait pour les animaux : ils n'ont pas cherché à doser dans leurs opérations ou leurs expériences la vapeur d'éther ou de chloroforme. L'appareil de M. Duroy permet de faire ce dosage mieux que tout autre. Ce que j'ai dit à l'Académie ne s'applique pas aux chirurgiens de nos grands hôpitaux; mais supposez un praticien de province, il a plus de chances d'éviter tout accident en se servant d'un appareil. Toutes les fois qu'un chirurgien aura employé un appareil qui permette au malade de respirer complétement, il y aura là une garantie pour le malade et pour le chirurgien.

M. *Robert*. Dans les observations publiées sur les accidents produits par les anesthésiques, la mort ne me paraît pas avoir été le résultat de la quantité d'anesthésique employé. Je crois qu'elle arrive le plus souvent par le fait de la suspension des mouvements du cœur. J'ai vu, depuis la publication de mon mémoire, deux cas au moins dans lesquels ce genre de mort se serait probablement produit sans les moyens auxquels j'ai eu immédiatement recours. J'ai vu le pouls devenir presque insensible, le malade pâlir, et il n'y avait eu qu'une quantité insignifiante de chloroforme inhalée. Je suis de ceux cependant qui emploient toujours un appareil; je pense qu'il est bon de doser le chloroforme employé. Quant à l'appareil de M. Duroy, je ne crois pas que ce soit le meilleur : il faut plus d'une demi-heure avec cet appareil pour éthériser un malade. S'il fallait l'employer, ce serait à renoncer à l'éthérisation.

Quant à l'éponge ou au cône fait avec une compresse et contenant un tampon de charpie, je crois cet appareil dangereux — pas entre les mains de M. Velpeau —; mais il est si facile de

s'éloigner des précautions indispensables ! Avec tout autre appareil, celui de Charrière, par exemple, le chirurgien peut toujours doser le chloroforme qu'il emploie ; il en est de même de celui de M. Snow, qui n'est pas connu en France. Et c'est parce que M. Devergie n'a pas suffisamment compris le jeu de cet appareil, qu'il a supposé que la mort survenue par l'amylène entre les mains de M. Snow avait pu être le résultat d'une asphyxie.

La question soulevée par M. Devergie est très grave ; elle peut se présenter de nouveau devant les tribunaux. Je demande qu'elle soit mise à l'ordre du jour de l'Académie.

M. *Huguier*. M. Devergie fait une condition nécessaire d'un appareil pour la chloroformisation, ce qui exposerait les chirurgiens soit à être traduits, à l'occasion, devant les tribunaux, soit à se servir d'appareils moins bons que ce qui est usité ordinairement. J'ai appliqué plus de deux mille fois le chloroforme ; jamais je n'ai eu d'accidents, et jamais je n'ai employé d'autre appareil que le cornet ou l'éponge.

J'ai vu, pas plus tard qu'avant-hier, après une opération de tumeur au sein, au moment du pansement, une malade sortie du sommeil anesthésique, et qui nous parlait, perdre tout à coup connaissance, et le pouls tomber complétement. Je suis convaincu que la mort aurait pu avoir lieu ; et pourtant il n'y avait eu qu'une perte de sang insignifiante, et le chloroforme n'avait pas été appliqué de nouveau.

M. *Devergie*. Veuillez donc remarquer le point de départ de mon travail. Les détails donnés par M. Robert viennent le confirmer. Qu'avait dit M. Velpeau ? *Je regarde les appareils comme à peu près inutiles*. La parole de M. Velpeau a une portée considérable, et c'était une raison pour la plupart des chirurgiens de renoncer aux appareils. Je me suis dit : N'est-ce pas un moyen de couvrir la responsabilité médicale que de prescrire plutôt que de repousser l'usage des appareils? Ce matin encore, M. Velpeau a opéré un de mes clients ; j'avais apporté un appareil pour l'éthérisation : mon appareil a été repoussé et l'éponge a été préférée. J'ai tenu l'éponge auprès des narines du malade ; M. Velpeau, de temps à autre, me pressait un peu la main ; je résistais et je laissais entrer de l'air. Mais prenez un médecin de province, qui devra se servir souvent d'un individu étranger à la médecine, et la mort pourra survenir, parce qu'on n'aura pas laissé assez d'air au malade.

M. le *président* propose de renvoyer la discussion à la prochaine séance.

TÉRATOLOGIE. — M. *Baillarger* présente à l'Académie une jeune fille de vingt-sept ans, née de parents sains, haute de 3 pieds environ, et offrant tous les caractères physiques et moraux qu'on assigne au crétinisme.

Il essaye ensuite de montrer comment chez cette fille, dont le pubis est complétement glabre, et qui n'a jamais eu de menstruation, l'arrêt de développement du reste de l'organisme peut se lier à l'absence complète des fonctions génésiques.

M. *Ferrus* loue M. Baillarger de vouloir fixer l'attention sur les arrêts de développement ; mais, dans le cas présent, on ne trouve pas le type de ce qu'il veut prouver. Cette jeune fille est simplement une crétine, c'est une crétine sporadique, comme on en rencontre quelques cas aux environs de Paris, à Montreuil, à Villemonble, etc.

Elle n'a pas l'intelligence droite et saine d'un enfant de quatre ans auquel on la compare. C'est une intelligence comprimée qui ne se développera pas. L'arrêt antérieur au développement des organes génitaux porte sur le cerveau bien probablement.

M. *Bouley* dit que la castration, chez les animaux, a souvent des résultats inverses à ceux que l'on a invoqués. Le bœuf châtré, même très jeune, à quinze jours, devient plus grand que le taureau. Le cheval hongre est aussi intelligent et quelquefois aussi grand, plus grand même que le cheval entier.

M. *Baillarger* répond qu'il a présenté cette jeune fille à la Société médico psychologique, et que là M. Morel lui a dit avoir vu des eunuques à Rome qui avaient absolument le même aspect.

Il a eu l'occasion d'examiner le cerveau de la jeune Aztèque morte dans son service. Ce cerveau, que M. Gratiolet a préparé avec soin, est parfait et très complet ; mais c'est le cerveau d'un fœtus. Il cherche un mot qui s'applique aux faits de ce genre et n'en trouve pas.

M. *Cloquet* pense qu'ils doivent être assimilés aux fruits qui restent verts, qui ne mûrissent pas.

M. *Ferrus* fait remarquer à M. Baillarger qu'il vient de trouver précisément le mot qu'il cherche. Cette jeune fille est une Aztèque.

La séance est levée à cinq heures.

Société anatomique.

SÉANCE DE JANVIER 1857.—PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Altération des capsules surrénales et peau bronzée.

M. *Dayot* montre les *capsules surrénales hypertrophiées et altérées* d'un homme de trente-cinq ans, entré à l'hôpital pour un abcès froid au niveau des dernières côtes droites, mort de congestion pulmonaire, et dont la peau ne présentait aucune coloration anormale, *aucune tache bronzée*.

Ces capsules sont volumineuses et indurées ; rougeâtres au centre, le tissu est jaune à la périphérie.

L'altération très caractérisée dans la capsule surrénale gauche, plus volumineuse que sa congénère, a été étudiée au microscope par M. Robin, et présente les caractères suivants : dépôt dans la portion jaune de matière amorphe interposée aux cellules, et granuleuse comme les cellules elles-mêmes. Cette matière amorphe est tellement abondante au centre, qu'elle masque les cellules et permet seulement d'apercevoir quelques noyaux. A la périphérie on isole assez facilement des cellules entières. L'acide acétique dissout presque toutes les granulations.

A droite, on trouve un état moins avancé de la même altération.

Discussion.

M. *Vidal*. Plusieurs faits de lésions organiques des capsules surrénales, sans coloration bronzée de la peau, ont déjà été publiés en opposition à la découverte d'Addison. Mais, de même que les hypertrophies de la rate sans augmentation en nombre des globules blancs, ou que les hypertrophies des ganglions lymphatiques sans augmentation en nombre des globulins, ne prouvent rien contre l'existence de la leucocythémie splénique ou contre celle de la leucocythémie lymphatique, de même une hypertrophie avec altération quelconque des capsules surrénales, existant sans altération pigmentaire de la peau, n'infirme en rien le rapport qui pourrait exister entre cette altération pigmentaire et une lésion organique déterminée. Or, je crois qu'il doit y avoir dans la maladie bronzée d'Addison une altération *spéciale* des capsules surrénales, altération encore incomplétement étudiée, pouvant exister, soit comme coïncidence, soit comme complication d'autres lésions, telles que tubercules, abcès, dégénérescence graisseuse, etc. Toutes les fois que la peau s'est colorée de la teinte bronzée caractéristique, on a trouvé les capsules surrénales altérées. En laissant de côté les deux faits très contestables publiés, l'un par le docteur Peacock, l'autre par le docteur Puech, je ne connais dans la science aucun fait authentique de maladie bronzée, à l'autopsie de laquelle on ait trouvé les capsules surrénales à l'état normal.

M. *Blain des Cormiers* a vu à la Charité un homme présentant, avec les symptômes de cachexie indiqués par Addison, la coloration spéciale de la peau ; l'état de ce malade s'est assez amélioré pour qu'il pût sortir de l'hôpital.

M. Blain se demande si, dans ce cas, qui, par sa terminaison

avorable, fait exception aux observations publiées, on n'est pas en troit de penser que les capsules surrénales n'étaient pas altérées.

M. *Axenfeld* combat cette opinion ; il pense que dans l'espèce il eut y avoir une simple rémission, comme cela s'observe fréquemment dans les affections de longue durée.

M. *Trélat*, s'appuyant sur le travail publié par M. Danner (*Archives génér. de médecine*, janvier 1857), admet que la coïncidence de la maladie bronzée avec l'altération des capsules surrénales est un fait qui ressort clairement de toutes les observations ubliées jusqu'à ce jour.

Société médicale allemande de Paris.

SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MEDING.

De la galvanocaustique.

M. le professeur Middeldorpf (de Breslau) envoie à la Société une ommunication relative aux résultats qu'il a obtenus par l'emploi à la galvanocaustique depuis la publication de son livre.

Toutes les assertions que M. Middeldorpf a émises dans son ouvrage ont été de nouveau confirmées par un grand nombre d'observations ultérieures ; de plus, il a eu occasion d'employer avec uccès la galvanocaustique dans des cas qui ne s'étaient pas encore résentés à son observation. Nous allons donner un résumé succinct des opérations faites dans le service de M. Middeldorpf au oyen de sa méthode.

Cautérisations. — Le cautère galvanique fut fréquemment employé pour arrêter des hémorrhagies consécutives à des opérations avec l'instrument tranchant, comme, par exemple, à la suite d'extirpations de tumeurs carcinomateuses, de résection d'une mâchoire. Dans deux névralgies, dont l'une était une sciatique (cautérisation de l'oreille) et l'autre une odontalgie (cautérisation du bord alvéolaire), le succès ne fut ni complet, ni durable. Dans un cas de pourriture d'hôpital, la cautérisation amena une guérison prompte et radicale, de même que dans plusieurs cas d'ulcères atoniques qui avaient résisté à toute espèce de traitement. Plusieurs fistules furent cautérisées avec succès. Deux fois la cautérisation fut mise en usage dans le but d'oblitérer le conduit naso-lacrymal. M. Middeldorpf éprouva cependant de grandes difficultés pour arriver à un résultat définitif. La formation d'un urèthre artificiel dans le gland d'un garçon de neuf ans, atteint d'hypospadias, fut couronné du plus heureux succès. Les télangiectasies purent toujours être facilement détruites. Les verrues, les excroissances syphilitiques à l'anus, etc., furent ou cautérisées directement, ou coupées avec le fil de platine. Le cautère galvanique fut encore employé avec succès pour cautériser le col de la matrice et les tumeurs hémorrhoïdales. Dans tous les cas de chute du rectum où il a été mis en usage, le succès a été constant, même chez une jeune fille de dix-sept ans, dont la hernie rectale avait une longueur de plusieurs pouces. La cautérisation transcurrente fut presque toujours employée avec succès dans le traitement des affections des articulations. Un cas de pseudarthrose de l'articulation scapulo-humérale droite est encore en traitement.

Amputations, *excisions de polypes*, etc. — Extirpation d'un cancer épithélial du pourtour de l'anus et cautérisation des parties voisines, excision d'un cancer fibreux du rectum et extirpation d'un cancer épithélial volumineux du talon d'un vieillard. Une tumeur caverneuse siégeant à l'oreille d'un enfant fut extirpée avec succès. L'amputation de la verge fut pratiquée deux fois avec un succès remarquable, de même que celle d'un clitoris éléphantiasique ayant le volume d'un poing. Extirpation, avec guérison complète, d'un éléphantiasis volumineux des bourses et de la verge. La castration fut pratiquée avec succès dans deux cas, dont une fois pour une tumeur du testicule pesant 3 kilogrammes. Excision de trois polypes de l'oreille.

L'extirpation de polypes naso-pharyngiens fut pratiquée six fois sur quatre malades qui tous avaient déjà été opérés antérieurement, trois au moyen de la galvanocaustique et un par l'instrument tranchant. Chez le premier, Sucker, le polype s'était reproduit au bout de deux ans. M. Middeldorpf introduisit le fil de platine par une ouverture artificielle faite à la racine du nez, et parvint de cette manière à couper la base du polype à la hauteur des yeux. Dans le deuxième cas, chez le nommé Wurche, le polype s'était reproduit au bout de dix-huit mois : il avait sa racine dans le pharynx et put être facilement extirpé. Le troisième malade présentait l'état suivant : tous les os de la face avaient perdu leurs rapports réciproques, la voûte palatine était déprimée et faisait saillie dans la cavité buccale, les traits étaient défigurés et l'individu presque anémique. M. Middeldorpf coupa d'abord le pédicule pharyngien, et, onze jours après, le pédicule nasal ; pour y arriver, il fut obligé d'introduire le fil de platine par la bouche et de le faire sortir par le nez. Dix-neuf jours après il détruisit, avec un cautère galvanique en forme de spatule, les restes de la base du polype. Ce produit pathologique avait le volume d'un poing. Chez le quatrième malade, Kochale, le pédicule pharyngien seul avait repoussé. L'opération ne présenta pas de difficulté. Dans tous ces cas, il n'y eut pas la moindre hémorrhagie, et les malades supportèrent parfaitement bien l'opération.

Deux polypes utérins, du volume d'une pomme, furent coupés à l'orifice du col de la matrice. Il n'y eut point d'hémorrhagie, et la guérison se fit rapidement. Les deux malades étaient très affaiblies par des pertes antérieures à l'opération. Chez l'une d'elles, non mariée, la présence de l'hymen rendit l'extraction du polype très difficile. Amputation du col de la matrice pour dégénérescence carcinomateuse. La coupe avait plusieurs pouces de diamètre. Pendant l'opération, M. Middeldorpf fit faire des injections d'eau froide. La malade se remit rapidement, mais elle mourut plus tard de récidive. Une hernie de la muqueuse uréthrale, ayant le volume d'une prune, fut amputée avec succès chez une jeune fille, au moyen du fil de platine. On avait introduit une sonde élastique dans la vessie. Excision d'un polype du rectum, guérison.

Plusieurs de ces opérations ont fait le sujet de thèses très intéressantes présentées à la Faculté de médecine de Breslau.

D[r] A. MARTIN.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

Études expérimentales sur la position du membre inférieur dans l'inflammation de l'articulation coxo-fémorale, par DITTEL.

L'influence exercée par les épanchements dans l'articulation de la hanche sur la forme et la position du membre inférieur était encore, pour les chirurgiens, un sujet de controverses interminables, lorsque M. Bonnet (de Lyon) eut l'heureuse idée d'étudier les phénomènes qu'on peut observer sur le cadavre, en injectant violemment des liquides dans l'intérieur de l'articulation. M. Dittel a répété les expériences de M. Bonnet, en les modifiant de manière à les rendre plus précises. Au lieu de perforer le fond de la cavité cotyloïde, comme dans l'expérience de Weber, M. Dittel fixe une longue canule dans l'épaisseur du col du fémur; cette canule doit aboutir dans l'article, près de l'insertion du ligament rond sur la tête. En se servant d'une canule trop courte, il avait vu se produire un singulier phénomène, facile à expliquer cependant : quand le liquide ou l'air est poussé lentement, la tête fémorale ne quitte point le fond de la cavité cotyloïde ; quand ils sont poussés rapidement, la tête sort d'abord du cotyle, mais elle y rentre immédiatement après : c'est qu'alors les fluides injectés s'infiltrent dans le tissu spongieux du col. Dans un cas, l'auteur a vu l'air sortir par la veine jugulaire antérieure, coupée sur le sujet en expérience. Quand, après l'amputation de la cuisse, on poussait ainsi de l'eau

dans la cavité de l'articulation, on voyait le liquide s'écouler par la surface traumatique.

Afin d'échapper à ces inconvénients, M. Dittel employa donc des canules assez longues pour revêtir tout le trajet du canal artificiel creusé dans l'épaisseur du col et de la tête du fémur; en injectant une substance solidifiable par le refroidissement, telle que la cire, il eut l'avantage de rendre permanentes les modifications produites par l'injection, et conséquemment d'en rendre l'étude plus facile; il va sans dire qu'après l'opération il a fallu maintenir le membre dans sa nouvelle position assez longtemps pour que la masse injectée fût complétement solidifiée.

Quand on examine ce qui a ainsi pénétré dans l'article, on trouve un disque concave sur une de ses faces, convexe sur l'autre, et répondant aux surfaces articulaires. Du côté de la convexité, on voit l'empreinte de l'arrière-cavité de l'acétabulum traversée par le ligament rond; la face concave du disque est lisse. Sa plus grande épaisseur, répondant à l'insertion du ligament rond, comporte 8 à 10 millimètres, suivant la force avec laquelle l'injection a été poussée; de ce point l'épaisseur va en diminuant régulièrement jusqu'aux bords de la cavité cotyloïde; sous la capsule fibreuse, la synoviale est soulevée irrégulièrement, en forme de bosselures; on ne trouve qu'une couche insignifiante sous le ligament de Bertin, tandis que dans la moitié postérieure de la capsule on rencontre une masse assez épaisse.

Afin de donner à ses mesures toute l'exactitude désirable, M. Dittel commençait toujours par fixer une pointe métallique sur toutes les saillies osseuses du bassin et du membre inférieur servant aux mensurations.

Voici dans quelles conditions ces mesures ont été prises. (C'est sur le membre inférieur gauche que les expériences ont porté.)

1° Cadavre couché horizontalement sur le dos; bassin fixé, genou roide (roideur cadavérique ou attelle postérieure fixée à la cuisse et à la jambe); le talon repose sur une planchette mobile sur des roulettes.

Dès que l'injection pénètre dans l'articulation de la hanche, le talon descend de 1 1/2 à 2 lignes. On peut produire le même effet en tirant fortement sur le talon, pourvu que l'air puisse entrer dans l'article à travers le trou du grand trochanter.

2° Cadavre horizontal, bassin fixe, articulations de la hanche et du genou mobiles, de même que le talon. — L'entrée de l'injection a pour effet la flexion des deux articulations, en même temps que le talon remonte (raccourcissement apparent).

3° Cadavre horizontal, bassin non fixé et rendu très mobile (M. Dittel obtient cette mobilité en le faisant reposer sur un angle plan très aigu); membres inférieurs mobiles. Au moment où l'injection pénètre dans l'articulation, l'os iliaque de ce côté s'abaisse; il y a flexion de la hanche et du genou, élévation du talon, scoliose gauche des vertèbres lombaires. Si le cadavre appartient à un sujet jeune ou qui ne soit pas trop lourd, on observe une rotation de la cuisse en dehors. Mais si l'on cherche à étendre la jambe et la cuisse parallèlement à l'autre membre, voici ce qu'on observe: la moitié gauche du bassin se porte en bas et en avant, tandis que la moitié droite subit un mouvement en sens inverse. Les mêmes différences sont manifestes à la rotule, aux malléoles, au talon. Une incurvation *scoliotique* de la région lombaire éloigne la colonne vertébrale du plan de sustentation. Tous les phénomènes qui ont leur siége dans le bassin et la colonne vertébrale, disparaissent aussitôt que le membre inférieur est ramené à la position déterminée par l'injection, c'est-à-dire aussitôt qu'on reproduit la flexion du genou et de la hanche, la rotation en dehors et l'abduction de la cuisse.

Les mêmes modifications se produisent, et beaucoup plus facilement, lorsqu'un cadavre assez léger est placé dans la position verticale, quand, par exemple, il est suspendu par les aisselles. Le bassin, dans ce cas, est très mobile; mais, malgré la sortie de la tête de la cavité cotyloïde, la flexion de la cuisse et de la jambe produit un raccourcissement apparent du membre, raccourcissement variable, du reste, suivant le degré de cette flexion.

4° Cadavre suspendu par les aisselles au-dessus d'une table; articulations du genou et de la hanche fléchies à angle droit (posi- tion assise); bassin fixé. Après l'injection, on trouve que la dis- tance entre le grand trochanter et un point du bassin situé sur le prolongement de l'axe longitudinal de la cuisse s'allonge de 1 1/2 à 2 lignes. La capsule étant relâchée suffisamment dans cette posi- tion, il ne se produit ni rotation ni abduction du membre.

5° Quand on diminue le poids du membre inférieur, en prati- quant, par exemple, l'amputation de la cuisse à sa partie mo[illegible], l'injection produit rapidement tous les changements signalés par M. Bonnet: flexion de la cuisse, rotation en dehors, abdu[illegible] abaissement de la moitié correspondante du bassin.

Il est évident que c'est dans la conformation de la ca[illegible] fibreuse de l'articulation coxo-fémorale qu'il faut chercher la [illegible] des phénomènes précédents. Cette capsule, en effet, prés[illegible] trois régions des épaississements connus sous les noms de lig[illegible] ilio-fémoral, pubio-fémoral et ischio-fémoral. Le ligament [illegible] fémoral, ou ligament de Bertin, est certainement le plus fort [illegible] trois. Dans l'extension, tous ces ligaments sont fortement t[illegible] et appliqués sur la tête fémorale, où ils forment de petits p[illegible] pendiculaires aux surfaces articulaires; tous sont enroulés en [illegible] rale autour du col, et appliquent exactement la tête du fémur co[illegible] la cavité cotyloïde: à ce moment il est impossible de faire pé[illegible] de l'air ou un liquide quelconque dans la cavité articulaire. [illegible] après qu'on a livré accès à l'air extérieur, il est impossible [illegible] produire le moindre écartement entre les surfaces articula[illegible] C'est tout le contraire dans la flexion de la cuisse, et surtout [illegible] la rotation en dehors, mouvements dont l'effet est de relâcher les fibres de la capsule articulaire. La *détorsion* de la capsule est [illegible] la cause physique de la position invariable produite par l'injection de la capsule fibreuse.

Les mêmes considérations sont applicables aux luxat[illegible] fémur, et expliquent en partie les succès obtenus au moyen [illegible] flexion et de la rotation en dehors.

Les résultats fournis par les injections de la capsule syn[illegible] sont exactement les mêmes que ceux que produisent les épa[illegible] ments aigus, dans les cas de coxalgie. Lorsque, au contraire, l'[illegible] chement se fait lentement, et sans provoquer de grandes do[illegible] il peut distendre énormément la capsule sans déterminer [illegible] sition particulière du membre.

L'allongement du membre, dans la première période [illegible] coxalgie, ne saurait être mis en doute; il est démontré par le [illegible] cul et par l'expérimentation. Mais, dans aucun cas, il ne [illegible] dépasser 2 lignes, 3 au maximum: or, ce sont là des différ[illegible] qu'il est difficile d'apprécier nettement sur le vivant, en rais[illegible] peu de précision des points fixes. La nécessité de ramener au pa[illegible] lélisme les deux membres inférieurs pendant la marche, et m[illegible] pendant le séjour au lit, explique l'allongement apparent [illegible] membre malade, ainsi que l'abaissement et la propulsion [illegible] bassin. (*Zeitschr. der Gesellsch.*, nov. 1856.)

Tumeur énormément volumineuse du ventre chez [illegible] enfant de neuf ans, par M. Vaz Monteiro.

Tumeur volumineuse du ventre chez un enfant de cinq ans, par M. Alves Branco.

L'intérêt de ces deux faits est plus anatomique que clin[illegible] Pourtant, il y a lieu de se demander si, dans le premier cas [illegible] tout, l'art n'aurait pas pu intervenir avec avantage, puisque [illegible] meur paraît avoir été de celles que, chez l'adulte, on traite [illegible] succès par les injections iodées. Il était trop tard, nous le cro[illegible] quand l'enfant fut soumis à l'observation de l'auteur; mais no[illegible] remarque s'adresse aux médecins qui l'avaient vu avant M. [illegible] Monteiro. Quoi qu'il en soit, il s'agit de tumeurs qu'on n'est pa[illegible] habitué à rencontrer chez des sujets aussi jeunes, et qui, [illegible] titre, méritent d'être signalées en peu de mots.

Le premier cas, observé chez une petite fille de neuf ans, était [illegible] relatif à un kyste uniloculaire de l'ovaire? C'est ce que l'auteur [illegible] conjecture et de la situation de la tumeur et de sa composition [illegible] Ce kyste paraissait avoir pris naissance dans le petit bassin: [illegible]

eureusement, son énorme volume (*il avait 1 mètre 11 centimètres dans sa plus grande circonférence*) avait amené un tel refoulement, une telle atrophie des parties environnantes, qu'on ne pouvait en reconnaître le point de départ. Il était formé d'un sac fibreux composé de divers feuillets, altéré par places et *comme tendant à la suppuration*, ailleurs dense, aponévrotique et faisant corps avec les parties musculaires et fibreuses des parois abdominales. La surface interne de cette poche était irrégulière, tapissée de fausses membranes, tantôt adhérentes, tantôt décollées sous forme de filaments. Dans le liquide contenu nageaient des flocons d'aspect gélatiniforme; ce liquide était spumeux et alcalin, ou tout au moins neutre; il contenait de nombreux cristaux de cholestérine. Nous le répétons, au point de vue anatomique, cette tumeur n'est pas assez bien déterminée pour que nous osions nous prononcer sur sa nature. Seulement, ce que nous venons d'en dire suffit pour montrer qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur interdite à toute opération chirurgicale. Il en est tout autrement de celle dont il est question après.

Dans ce cas rapporté par M. le docteur Branco et relatif à une petite fille âgée seulement de cinq ans, la tumeur, recouverte par l'épiploon et occupant tout le ventre, avait 69 centimètres de circonférence et pesait 9 kilogrammes 468 grammes. Elle était en grande partie solide, fibreuse, contenant néanmoins par places une matière tantôt semi-liquide, tantôt grumeleuse, tantôt gélatineuse, tantôt comme athéromatique. Au microscope, M. Figueira y découvrit des éléments anatomiques de diverses espèces, mais principalement les corps fusiformes (*corpos fusiformes*) du tissu fibro-plastique. Là où l'aspect était gélatineux, on trouvait surtout les noyaux fibro-plastiques (*nucleos fibro-plasticos*). Dans les points, enfin, où se rencontrait la matière athéromateuse, les cellules épithéliales étaient très abondantes. (*Gazetta medica de Lisboa*, nos 99 et 100.)

De l'influence étiologique de la rougeole sur les névralgies de la peau, par M. IMBERT-GOURBEYRE.

Tel est le titre de ce travail, ou plutôt de cette courte note; mais comme, dès la première phrase, c'est particulièrement sur les névralgies *de la face* que l'auteur attribue à la rougeole une influence étiologique, et comme sur les sept cas rapportés ou indiqués par lui, deux sont relatifs à des douleurs de la poitrine et du ventre, il y a lieu de penser que c'est par erreur typographique que les névralgies *de la peau* figurent au titre. Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons guère que consigner ici et livrer aux vérifications de l'expérience l'assertion de l'auteur. L'avenir dira si « aux nombreuses maladies et affections, suites de la rougeole, dont on peut voir du reste le détail complet dans J. Frank, il faudra ajouter les névralgies. » Quant à présent, deux observations empruntées à MM. Rilliet et Barthez (qui n'en tirent aucune conclusion du genre de celle que veut établir notre confrère de Clermont), trois névralgies de la face observées par l'auteur sur une vingtaine de cas de rougeole épidémique chez des militaires, et simplement mentionnés, un autre cas rencontré dans une autre épidémie de rougeole et non plus décrit que les précédents, ne suffisent pas pour juger la question; mais introduite dans la science par un confrère distingué, elle mérite au moins les honneurs de la publicité. (*Annales méd. de la Flandre occidentale*. 1857, 5e livraison, p. 129.)

Curieuse observation de fièvre typhoïde grave, compliquée de spasmes de l'anus et de l'œsophage; réflexions sur le traitement, par M. TICIER.

Cette histoire, pittoresquement racontée, « durant la période de détente d'une angine pultacée et au milieu des vives démangeaisons d'une crise cutanée (suite de scarlatine), » est celle d'une jeune fille de dix-huit ans qui a éprouvé, dans le cours d'une fièvre typhoïde évidente, des accidents spasmodiques dignes d'être notés.

OBS. — La maladie a débuté le 25 septembre 1856. Le 28, quand déjà existaient les vertiges et avaient lieu des épistaxis, la malade éprouva un sentiment de strangulation du côté de l'œsophage, avec gêne considérable de la respiration, pendant une heure. Le 29, ce symptôme se reproduit; il y a dysphagie. On administre le sulfate de quinine et l'opium. L'accès n'a pas lieu le 30. Il y a du délire.

Les jours suivants, la pyrexie suit son cours. On note, le 1er octobre, des râles sibilants et sonores dans la poitrine. Pouls très fréquent; face grippée; langue rouge; dents et lèvres fuligineuses; narines pulvérulentes; diarrhée à partir seulement du 4 ou 5 octobre; miction difficile. Pouls à 110; soubresauts des tendons. Jactitation incessante. Le délire résiste au camphre et à l'opium. Les surfaces sur lesquelles ont été appliqués les vésicatoires sont envahies par la gangrène.

A partir du 18 octobre, une amélioration manifeste se prononce; l'intelligence revient. La malade demande du pain trempé dans du vin. Les plaies des vésicatoires marchent vers la cicatrisation; mais, le 22, la malade se plaint d'une douleur assez vive qui occupe les environs de l'anus : c'est comme un resserrement, un pincement. L'inspection de la partie ne fait constater aucune lésion. Des frictions sont faites avec une pommade belladonée et laudanisée. La douleur disparaît dans la journée du 23; mais dans la nuit survient un accès de strangulation, qui bientôt cesse et fait place à une vive souffrance à la région anale. La fièvre se rallume; la malade tombe dans l'assoupissement et exécute des mouvements d'expuition. Aucune lésion appréciable du côté de l'arrière-gorge. On revient aux frictions belladonées au pourtour de l'anus; on prescrit une potion antispasmodique.

Dans la soirée, la torture cesse du côté de l'anus, et quelques heures après, nouveau sentiment de constriction pharyngo-œsophagienne. Malgré l'emploi de sinapismes et de frictions sur le cou avec une pommade au *datura stramonium* et à l'acétate de morphine, l'accès continue. Au bout de trois quarts d'heure d'angoisses, la malade est presque asphyxiée. On donne le sulfate de quinine; mais les accès se renouvellent, à tel point qu'on en compte trois dans la nuit du 25 au 26 octobre. En revanche, l'anus est délivré.

Le 26 au matin, accès encore plus terrible que le précédent. Le pouls devient d'une lenteur alarmante, les extrémités se refroidissent; puis, au bout d'une demi-heure, la détente arrive, le spasme se délie peu à peu. On applique sur la région laryngienne un vésicatoire qu'on panse avec le chlorhydrate de morphine. A partir de ce moment, l'œsophagisme ne se reproduisit plus; il en fut de même de la douleur anale. La convalescence s'établit définitivement, et... voilà comme une sorcière de mauvais augure (*importuna volucer*), dont l'auteur mêle l'histoire à celle de la malade, se trouva bien attrapée!... (*Journal de médecine de Toulouse*, 1857, avril.)

Il est bon de mettre sous les yeux des praticiens les singularités de la symptomatologie; c'est le moyen de leur en faire bien apprécier la portée et la signification, et de prévenir chez eux l'étonnement, la frayeur, qui mettent la thérapeutique en déroute. Le succès du dernier moyen employé donne un intérêt de plus à l'observation. Néanmoins il faut dire que la contracture brusque, continue et intermittente des muscles a déjà été observée dans beaucoup de régions, pendant le cours de la fièvre typhoïde; elle l'a été notamment au pharynx, avec la dysphagie qui en résulte naturellement. Cette particularité est consignée dans l'histoire de l'art. Mais il y a ceci de particulier au cas rapporté plus haut, que la névrose paraissait s'étendre au larynx, car il y avait menace d'asphyxie, et qu'il y avait alternance régulière entre le pharyngisme et une douleur anale.

Ophthalmie due à l'obstruction des conduits auditifs externes, par le docteur BUSSCHAERT.

OBS. — Le nommé N..., âgé de quarante-deux ans, d'un tempérament lymphatique, badigeonneur de son état, portait, dit l'auteur, depuis plusieurs mois, une ophthalmie à droite. Divers traitements avaient échoué, entre autres les collyres d'eau de rose et de sulfate de zinc; en dernier lieu le vésicatoire à la nuque, qui même avait augmenté le mal, ce qui est assez ordinaire, d'après notre propre observation, en activant le mouvement fluxionnaire de la tête et en exaltant la susceptibilité de l'organe malade. J'ajoute que le séton ne m'a pas paru produire les mêmes inconvénients.

En raison du tempérament du malade, de la chronicité de l'affection et de la désorganisation de la conjonctive, nous crûmes à une maladie scrofuleuse générale, que dénotaient d'ailleurs la bouffissure du visage, la rougeur et l'épatement des narines. On supprima les vésicatoires. N... fut mis au régime des amers, prit de l'iode à l'intérieur; collyres de

nitrate d'argent, en vue de modifier l'état local; plus tard, à diverses reprises, cautérisation directe, mais sans succès.

De guerre lasse, nous avions suspendu tout traitement, lorsqu'au bout d'une semaine une recrudescence se manifesta, mais cette fois sur l'œil gauche : on revint aux médications antécédentes, qui, au lieu d'amender les symptômes, les exaspérèrent, et nous eûmes à traiter une double ophthalmie.

Une révulsion énergique sur le tube digestif était indiquée; en effet, à la suite de l'administration d'un gramme de calomélas, il y eut une débâcle, suivie bientôt d'une amélioration très notable. Dans l'espoir d'obtenir mieux encore de la salivation, nous fîmes prendre vingt pilules de protochlorure de mercure dans l'espace de vingt-quatre heures. Le ptyalisme survint, et, pendant quelques jours qu'il dura, la trêve se maintint, sans prévenir pourtant l'apparition de petites granulations sur les conjonctives. Il ne devenait plus possible dès lors de fonder grand espoir sur la médication.

Devant cette ténacité du mal et l'impuissance de remèdes généralement efficaces en pareilles circonstances, nous dûmes rechercher s'il n'existerait pas là une cause qui, par sa singularité même, aurait échappé aux investigations diagnostiques. Interrogé derechef, le malade, dont la face n'avait cessé d'être très vultueuse, nous apprit que la céphalalgie, habituelle chez lui, s'accompagnait, dans les oreilles, d'un bruit de souffle tellement violent que le sommeil, la nuit, était souvent interrompu, et qu'au réveil il en résultait même parfois une surdité de plusieurs heures.

L'examen des cavités articulaires fit constater la présence d'une quantité considérable de cérumen épaissi, dont la présence prolongée, cause incessante d'irritation au fond d'une cavité intracrânienne, près des carotides, pouvait bien être la raison des battements, de l'agitation, de l'insomnie, d'une congestion de la partie antérieure de l'encéphale, avec irradiation aux globes oculaires et à leurs annexes.

Quelques gouttes d'huile d'olive, préalablement portées dans les deux conduits auditifs, permirent, le lendemain, à de légères injections d'eau tiède de faire sortir sans difficulté deux énormes bouchons de cérumen, agglutinant ensemble des poils nombreux et des débris exfoliés de muqueuse. Dès ce moment, et comme par enchantement, tout le cortége de symptômes disparut; cinq ou six jours après, les yeux avaient repris leur aspect normal et leurs fonctions. (*Gaz. méd. de l'Algérie*, 1857, n° 5.)

— Ce qui nous engage à publier cette observation, c'est que le fait qu'il tend à consacrer, c'est-à-dire l'influence des affections des conduits auditifs sur la production de l'ophthalmie, quoique non signalé (si nous sommes suffisamment renseigné) dans les ouvrages d'ophthalmologie, est admis par un chirurgien auriste qui précisément le signalait il y a peu de jours à notre attention. Nous voulons parler de M. Deleau. Nous croyons même savoir que notre honorable confrère médite une lecture sur ce sujet à l'Académie. Nous donnons l'observation de M. Busschaert, en regrettant seulement qu'il n'ait pas spécifié davantage l'espèce et le siége de l'ophthalmie.

VII.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des applications de l'électricité à la thérapeutique médicale et chirurgicale, par A. BECQUEREL, médecin de l'hôpital de la Pitié, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, Germer Baillière.

Bien que dès le milieu du XVIIIe siècle l'électricité ait été appliquée à la curation des maladies, au commencement du XIXe les médecins étaient tellement peu fixés sur la valeur de ce genre de médication, que Jadelot a pu dire dans la traduction qu'il a donnée du livre de M. de Humboldt : « Peut-être sera-t-il permis de considérer, autrement que comme l'effet d'une illusion flatteuse, l'idée qu'on a conçue d'en faire à la médecine quelque heureuse application. » Or, Jadelot était au courant des travaux qui avaient précédé ceux qu'il voulait rendre populaires en France; les découvertes de Galvani, l'essai théorique et expérimental d'Aldini, les expériences de Volta, les mémoires de Mazars de Cazelles, le précis de Sigaud de Lafond, etc., etc., ne lui étaient pas inconnus. Pourquoi donc se bornait-il à formuler des espérances? C'est que, les découvertes étant presque toujours exploitées par les gens avides de renommée ou d'argent, le mensonge et l'imagination prennent trop souvent la place de la vérité, et les hommes raisonnables, en attendant que l'enthousiasme soit calmé, que le charlatanisme soit démasqué, expérimentent avec conscience et ne prennent un parti qu'après de longues années.

Du commencement au milieu du XIXe siècle, la science marchant guidée par la physiologie expérimentale, bien des travaux ont été entrepris, bien des mémoires ont été publiés sur le sujet qui nous occupe; des médecins, dans les hôpitaux ou dans leur pratique particulière, ont fait de nombreux essais, mais il faut reconnaître qu'à part d'honorables exceptions, bien peu réunissaient les connaissances physiques, physiologiques et médicales, sans lesquelles il est impossible de faire avec un succès véritable des applications de l'électricité à la pathologie.

Dans ces dernières années, un homme qui ne possède peut-être pas à un égal degré les trois ordres de connaissances que nous venons de juger nécessaires, a pu suppléer à ce qui lui manquait par un rare esprit d'observation et par une persévérance peu commune. Bien que nous soyons loin de partager en toutes choses ses opinions, nous ne faisons pas difficulté de dire qu'il a rendu à la science les plus grands services, qu'il a plus que personne contribué à rendre à la fois populaire et méthodique l'emploi de l'électricité : nous voulons parler de M. Duchenne (de Boulogne), dont le livre, publié en 1855, devra être consulté par tous ceux qui auront à traiter des lésions du système nerveux ou musculaire. Sans doute ce livre se ressent un peu du contentement que fait naître le succès chez les hommes le moins prévenus en leur faveur, sans doute l'auteur se fait quelque illusion sur l'avenir de la médication électrique; mais tout compte fait, ses travaux demeureront comme un exemple de ce que peut faire la volonté jointe à la persévérance et comme un encouragement pour ceux qui, en dehors des positions officielles, veulent apporter leur pierre à l'édifice scientifique.

Si M. Duchenne, dans le livre dont nous venons de parler, a montré ce que l'électricité peut faire plutôt que ce qu'elle fait réellement, s'il *va de l'avant*, qu'on nous passe cette expression, il n'en est point ainsi du Traité que M. Becquerel vient de publier : l'idée qui y domine évidemment, c'est de restreindre les applications de l'électricité, c'est de mettre le lecteur en défiance, c'est, comme le dit l'auteur lui-même, de rechercher ce qu'il y a de positif (le mot est peut-être un peu ambitieux) dans la valeur thérapeutique de l'agent électrique.

M. le docteur Becquerel appartient par nature et par alliance à des familles de savants; il connaîtrait les sciences physiques lors même qu'il ne les aurait point étudiées spécialement; médecin des hôpitaux depuis plusieurs années, doué d'un esprit observateur et d'une force de travail auxquels chacun rend hommage, il possède ainsi plus que beaucoup d'autres les moyens de réussir dans la tâche qu'il a entreprise. Cependant nous serons obligé de signaler çà et là quelques lacunes et aussi quelques opinions, ou plutôt quelques explications, qui ne nous paraissent point en rapport avec l'état actuel de la physiologie.

L'auteur se propose de résoudre les problèmes suivants :

1° Quel est l'appareil électrique qu'il faut préférer?

2° Quelles sont les *véritables* lois de l'action des courants électriques sur les divers tissus et appareils de l'organisme? Quels sont les physiciens et physiologistes auxquels il faut véritablement rapporter l'honneur de leur découverte?

3° Quelles sont les indications et les contre-indications de l'emploi de l'électricité en médecine?

4° Quelles sont les maladies dans le traitement desquelles on peut d'une manière rationnelle conseiller l'emploi de l'électricité?

5° Quels sont les résultats positifs que l'on obtient?

6° Quels sont enfin les dangers qui peuvent souvent être le résultat de l'emploi intempestif ou mal dirigé de l'électricité?

Ce plan est vaste et pourtant il nous paraît incomplet : il manque un chapitre qui ne serait pas le moins intéressant, c'est celui qui traiterait de l'électricité considérée comme *moyen de diagnostic*.

Il nous est arrivé souvent, par l'emploi de l'appareil électrique, de lever des doutes que les moyens ordinaires d'investigation avaient laissé subsister dans notre esprit.

Le livre dont nous nous proposons de faire l'analyse est divisé, en outre de l'introduction qui comprend l'historique, en 3 parties : la première traite des appareils; dans la seconde sont exposées les lois de l'action des courants électriques; dans la troisième on trouve les applications de l'électricité à la thérapeutique médicale et chirurgicale.

Dans l'historique l'auteur expose avec soin, et en remontant aux sources, les divers travaux qui ont précédé les siens ; une chose nous frappe dans l'analyse qu'il donne de ces travaux : c'est une sorte de dédain pour les théories. Il serait temps, à notre avis du moins, de s'entendre à ce sujet. Nous craignons bien qu'on fasse plus souvent confusion entre l'*hypothèse* et la *théorie*. L'hypothèse n'est autre chose qu'une supposition; la *théorie*, dans le langage scientifique, est un ensemble de lois relatives à un sujet déterminé, la loi étant elle-même la *relation* des phénomènes à la cause qui les produit. C'est en ce sens qu'on dit la *théorie* de la lumière, la *théorie* de l'électricité, et n'oublions pas que c'est la théorie entendue comme nous venons de l'indiquer qui a conduit un grand physicien à prévoir tous ces phénomènes de polarisation que l'expérience a confirmés ensuite ; qu'on s'élève contre l'hypothèse, nous l'accordons, avec des restrictions pourtant (car on ne fait guère de découverte qui n'ait été précédée d'une hypothèse), mais le but de tout *homme de science* doit être de créer une théorie, c'est-à-dire de trouver des formules au moyen desquelles on puisse non-seulement connaître ce qui est, mais encore prévoir ce qui peut être.

Dans l'historique, M. Becquerel montre que, si à l'aide de l'électricité statique on a pu faire quelques applications heureuses à la pathologie, ce n'est guère que depuis la découverte des appareils propres à fournir l'électricité dynamique que l'électrisation médicale a fait des progrès réels.

La 1re partie, comme nous l'avons dit, traite des machines employées pour produire l'électricité. L'auteur passe légèrement sur celles dans lesquelles le fluide électrique est accumulé à l'état statique, elles sont justement abandonnées ; mais en revanche il étudie avec soin les appareils destinés à fournir l'électricité dynamique ; il les divise en deux séries : ceux à *courant direct* et ceux à *courant par induction*. Dans la première il place les piles ordinaires et les chaînes électriques de Pulvermacher, qu'il regrette de ne pas voir plus répandues dans la pratique. A propos de l'action des piles, M. Becquerel touche à une question des plus importantes : c'est celle de savoir pourquoi la contraction musculaire ne se produit qu'à l'établissement ou à l'interruption du circuit. Pour le premier cas (contraction à l'établissement du courant), il est disposé à croire que *l'électricité produit dans les nerfs ou dans les muscles une modification instantanée subsistant tant que le courant circule*. Nous comprenons difficilement une modification *instantanée*, subsistant pendant la durée du courant ; nous comprenons plus difficilement encore comment, les molécules du muscle prenant une position déterminée à l'établissement du courant et la *conservant* pendant toute sa durée, l'organe serait au premier moment à l'état de contraction, et dans le second à l'état de relâchement. Quant à la contraction qui s'opère à l'interruption du circuit, M. Becquerel l'explique, ou bien par le retour des molécules à leur position première, ou bien par un courant d'induction qui se produit dans l'organisme et qui est inverse du courant primitif. (Nous craignons qu'il y ait ici une confusion. Le courant d'induction qui se produirait dans ce cas ne serait pas inverse du courant primitif, il serait dans le même sens que lui.) La première hypothèse suppose que les molécules musculaires sont restées pendant la durée du courant dans la position qu'elles ont prise au moment de son établissement; et nous venons de dire que nous comprenions difficilement comment, les molécules conservant une même position, le muscle se trouverait dans deux états si différents; quant à la seconde hypothèse, toute la question est de savoir s'il y a réellement un courant d'induction produit à chaque fois qu'une contraction a lieu au moment de la rupture du circuit. Il y a évidemment des cas dans lesquels l'existence de ce courant est bien problématique, celui, par exemple, où le nerf sciatique d'une grenouille bien isolée étant coupé et suspendu par un fil de soie, on vient appliquer sur lui les deux pôles de la pile. Pour qu'il se fît en cette circonstance un courant d'induction, il faudrait admettre que ce courant peut se produire dans un circuit non fermé, ce qui du reste n'est peut-être pas impossible. Il y a bien longtemps que nous étudions cette question, et nous devons avouer que nous ne sommes point arrivé à une solution satisfaisante. Qu'il nous soit permis néanmoins de rapporter ici une des expériences faites dans notre laboratoire en commun avec notre excellent ami M. Duhomme : elle nous paraît prouver au moins que la contraction n'est pas due à une modification dans la position ou dans la polarité électrique des molécules, et elle serait bien en rapport avec l'idée que l'électricité de tension peut seule produire un effet apparent. Elle montre aussi qu'on peut faire entrer un nerf *excitable* dans un circuit électrique sans que celui-ci mette en jeu cette excitabilité à aucun moment, etc.

Que l'on mette à nu le nerf sciatique d'une patte de grenouille détachée du corps ; qu'on plonge le quart environ de ce nerf dans une solution de jusquiame ou d'opium assez longtemps pour que cette partie ait perdu son excitabilité ; qu'on applique sur elle les deux pôles de la pile, on n'obtiendra aucune contraction puisqu'elle n'est plus excitable ; qu'on enlève alors l'un des pôles et qu'on le porte immédiatement vers le milieu de la portion qui n'a pas subi d'altération, on aura une contraction ; mais si au lieu d'agir ainsi, les deux pôles étant placés comme dans la première expérience, c'est-à-dire sur la partie lésée, on en fait *glisser* un le long du nerf en prenant soin qu'il reste toujours *en contact* avec lui, on pourra le porter ainsi jusqu'auprès du muscle, puis le ramener à son point de départ, sans produire le moindre mouvement dans la patte.

M. Becquerel rejette à peu près complétement les mixtures, et à plus forte raison les cataplasmes électriques préconisés dans ces derniers temps.

C'est avec la plus grande attention qu'il faut lire ce que l'auteur a écrit sur les appareils d'induction ; on y trouve une description claire des machines, une explication suffisante du mécanisme suivant lequel elles fonctionnent, et une exposition succincte des théories sur lesquelles elles reposent. Les appareils de MM. Masson, Ruhmkorff, Duchenne (de Boulogne), Éric Bernard, Legendre et Morin, Bianchi, Breton frères, etc., passent successivent sous les yeux du lecteur. M. Becquerel rapporte à M. Masson la découverte de l'électrisation localisée. Il faut reconnaître cependant qu'avant les travaux du professeur de la Sorbonne, les praticiens en électricité avaient reconnu qu'on pouvait à volonté exciter une partie sans qu'aucune autre participe à cette excitation. M. Andrieux le dit explicitement ; il faut avouer aussi que M. Duchenne a bien perfectionné les moyens à l'aide desquels on peut remplir cette indication. L'auteur est loin d'accorder à l'appareil du médecin que nous venons de nommer tous les avantages que celui-ci lui attribue. Il soutient, en se basant tant sur ses propres expériences que sur celles de MM. Henry et Obria, que les courants induits de différents ordres n'ont pas, comme le veut M. Duchenne, des propriétés différentes ; il montre que, si au moyen de la machine de ce praticien on peut produire à volonté des effets sur les muscles et sur la peau, cela ne tient pas à ce qu'on emploie des courants d'ordre divers, mais bien des courants passant par des fils de longueur et de diamètre différents et ayant par suite des tensions différentes. En un mot, M. Becquerel regarde comme réelles les différences d'action annoncées par M. Duchenne, suivant qu'on met l'organisme en rapport avec tel ou tel fil de son appareil; mais il attribue à la *différence de tension* ce que celui-ci attribue à l'*ordre* des courants employés.

C'est à la machine magnéto-électrique de MM. Breton frères qu'il donne la préférence. Il lui reconnaît l'avantage 1° d'être très énergique ; 2° de se graduer avec une grande facilité ; 3° de fonctionner sans l'intervention d'une pile, d'être par conséquent toujours prête à entrer en action ; 4° de produire des intermittences qu'on peut faire varier à volonté ; 5° de ne se point déranger ; 6° de n'être

pas trop chère. Nous ne partageons pas complétement l'avis de notre confrère, et disons d'abord que la graduation n'est pas aussi régulière qu'il serait à désirer, de petites variations dans la distance du fer doux à l'aimant amenant de grandes variations dans la tension des courants. Nous n'oserions pas dire que l'appareil ne se dérange jamais, si nous jugions des autres par celui que nous possédons. Quant au prix, il est loin d'être à la portée des petites bourses. Sans doute il est commode d'avoir un appareil toujours prêt à fonctionner ; mais cet avantage, à notre avis, est quelque peu diminué par la nécessité de l'intervention d'un aide, surtout quand il s'agit d'expériences physiologiques. Nous employons depuis deux ans la machine de MM. Legendre et Morin ; elle nous a paru bien préférable à celle de MM. Breton. Elle est beaucoup moins lourde et moins volumineuse, elle se gradue avec une précision vraiment admirable, son prix est très modéré ; depuis deux ans que nous nous en servons au moins deux heures par jour, elle ne s'est pas dérangée une seule fois, et n'a exigé aucune réparation, elle fonctionne seule, et la pile qui produit le courant primitif est tellement disposée, qu'il ne faut pas une minute pour la charger ou la décharger.

La deuxième partie, qui traite du *mode* d'application de l'électricité à l'organisme, est peut-être un peu écourtée. L'auteur nous paraît avoir trop compté sur le savoir du lecteur, il a trop oublié que son livre s'adresse non-seulement à ceux qui ont déjà manié les appareils électriques, mais aussi à ceux qui ont l'intention de les manier.

Le chapitre qui traite de l'action des courants sur les tissus est fait avec clarté et méthode. Cette action est étudiée successivement au point de vue de l'intensité, de la rapidité, des intermittences et du sens des courants. L'auteur rapporte tout d'abord les expériences faites sur les nerfs mis à nu par MM. Matteucci, Mariannini, Becquerel père et fils, etc. Nous pensons qu'il adopte avec trop de confiance les propositions qu'on a déduites de ces différents travaux. Nous craignons que, dans la détermination du sens des courants qui parcourent les nerfs, on n'ait pas tenu un compte suffisant des courants dérivés, et qu'on ait ainsi attribué à des courants directs ce qui devait l'être à des courants inverses, et réciproquement.

Dans la troisième partie, qui est sans contredit la plus importante, M. Becquerel traite des applications de l'électricité à la thérapeutique. Avant d'aborder l'histoire particulière des maladies qui réclament l'emploi de l'agent électrique, l'auteur traite, dans un chapitre spécial, des indications et contre-indications qui peuvent se présenter dans les applications dont il s'agit.

Ces indications ou contre-indications sont relatives soit à la nature de la maladie, soit à l'état actuel du malade. Quant à la nature de la maladie, on emploie l'électricité pour rétablir la contractilité dans les muscles qui en sont privés, pour rétablir la sensibilité générale ou la sensibilité spéciale des organes des sens abolie ou simplement diminuée, pour ramener à leur type normal la contractilité et la sensibilité exagérées ou perverties, pour produire une révulsion cutanée ; enfin pour modifier la vitalité de certains organes. Qu'il nous soit permis de regretter que dans quelques circonstances notre confrère se borne à poser des règles sans faire connaître les raisons sur lesquelles il les appuie ; c'est ainsi qu'il dit : Quand la perte de la contractilité volontaire marche avec la perte de la contractilité électro-musculaire, l'indication de l'emploi de l'électricité est positive, elle l'est beaucoup moins quand cette dernière reste normale ; pourquoi ? C'est ce qu'on ne nous dit pas. Nous regrettons aussi qu'il n'ait pas nettement indiqué ce qu'il entend par *muscle paralysé ;* est-ce un muscle soustrait à l'influence de la volonté ? est-ce un muscle soustrait à toutes les excitations de quelque manière qu'elles soient appliquées ? Ce sont là des distinctions que l'auteur n'a pas nettement établies : ce qui fait qu'il est quelquefois difficile de bien saisir sa pensée.

Le chapitre qui traite des paralysies est écrit avec une réserve que nous approuvons en général, mais qui est peut-être quelquefois exagérée ; ainsi dans les paralysies, suite d'accidents cérébraux, l'auteur soutient que l'électricité serait nuisible, employée dans les premiers temps, et peu profitable employée plus tard. Or, M. Becquerel accorde qu'*une longue inaction* des muscles peut dé-terminer en eux une diminution de la contractilité qui n'exist[illegible] tout d'abord ; eh bien ne s'opposerait-on pas à cet accid[illegible] l'on soumettait plusieurs fois par jour les muscles à des c[illegible] électriques ? Nous croyons que, en général, on ne se préo[illegible] assez d'une indication qui se présente souvent dans la pr[illegible] c'est de mettre le muscle dans des conditions telles, q[illegible] soustrait aux excitants normaux, ceux-ci soient remplacés par [illegible] excitants artificiels. Quant à ces hémorrhagies qui, suivant [illegible] confrère, seraient le résultat de l'emploi de l'électricité, [illegible] rait-on pas en dire ce qu'il dit lui-même de certaines [illegible] qu'on attribue au fluide électrique ; ne pourrait-on pas dire [illegible] sont indépendantes de l'action de l'électricité ? Nous avons [illegible] plusieurs années, donné des soins à un malade qui, à la sui[illegible] repos prolongé conseillé pour le traitement d'une hydarthr[illegible] genou, présentait une atrophie considérable des muscles [illegible] cuisse. Le liquide de l'hydarthrose disparu, le malade se [illegible] mais bientôt il faisait un faux pas suivi d'une entorse qui [illegible] une rechute. Les médecins les plus distingués étaient con[illegible] on conseillait de nouveau un repos absolu, le liquide dispa[illegible] puis à la suite de la marche survenait une nouvelle rech[illegible] eûmes l'idée que tous ces accidents étaient sous la dépen[illegible] la faiblesse des muscles qui ne maintenaient pas suffisamm[illegible] ticulation ; nous appliquâmes l'électricité ; après un certai[illegible] le diamètre de la cuisse augmenta manifestement, nous fîmes [illegible] lever le malade, et, par un exercice que nous surveillâ[illegible] grand soin, la marche devint de plus en plus assurée, et [illegible] lors le mal ne s'est point renouvelé.

Faisons une observation générale sur le traitement des p[illegible] sies, résultant des lésions de la moelle épinière. M. Becque[illegible] nous paraît pas avoir suffisamment distingué les cas dans [illegible] la maladie est le résultat d'une *lésion limitée* de la moelle, [illegible] dans lesquels elle résulte d'une lésion profonde et éte[illegible] même organe. Il ne faut pas oublier que tous les nerfs pr[illegible] de parties saines, que tous les muscles auxquels ceux-ci se [illegible] conservent généralement leurs propriétés. Or, si une lé[illegible] limitée existe au dos par exemple, les parties situées au-de[illegible] seront soustraites à l'influence de la volonté, il y aura p[illegible] des mouvements volontaires ; mais la nutrition des nerfs [illegible] muscles demeurant intacte, la contractilité ne sera point al[illegible] les actions réflexes seront conservées si toutefois on met de [illegible] conséquences d'un repos prolongé. Si, au contraire, il y a u[illegible] sion profonde, soit un ramollissement de toute la portion lo[illegible] il y aura, non-seulement perte des mouvements volontaires, [illegible] la nutrition des muscles et des nerfs étant altérée, bien[illegible] structure anatomique de ces organes sera modifiée et avec [illegible] propriétés qui en dépendent. Il est évident que, dans ce d[illegible] cas, l'emploi de l'électricité sera inefficace, tandis que, dan[illegible] premier, l'excitation des muscles les maintiendra dans le mêm[illegible] que s'ils obéissaient à la volonté, et ils seront prêts à fonctio[illegible] aussitôt que l'affection nerveuse sera guérie.

Le chapitre qui traite des paralysies consécutives à la lésion [illegible] nerfs renferme une analyse critique des travaux de M. le d[illegible] Duchenne. L'auteur ne croit pas avec ce praticien qu'un [illegible] puisse recouvrer la contractilité volontaire tout en restant [illegible] sible à l'excitation électrique. Nous n'avons pas vu de cas de [illegible] genre, mais nous ne les regardons pas comme absolument in[illegible] sibles ; la volonté est une force très puissante, et nous compre[illegible] qu'un effort très énergique produise un effet que ne pourrai[illegible] duire une machine même très forte. Nous avons vu souvent [illegible] muscles demeurer immobiles quand on les électrisait directem[illegible] et entrer en contraction quand on appliquait les pôles sur [illegible] nerfs qui les animent ; or, c'est par les nerfs qu'agit la v[illegible]

Si nous croyons à la possibilité du phénomène que nous ve[illegible] de signaler, nous ne sommes pas aussi accommodant pour les [illegible] où M. Duchenne a vu les nerfs qui se rendent à des muscles s[illegible] pléés par ceux qui se rendent à des muscles voisins. Nous cro[illegible] que, dans ce cas, notre confrère est tombé sur des anomalies.

La paralysie du nerf facial occupe spécialement M. Becquere[illegible] qui paraît l'avoir étudiée avec un grand soin ; aussi est-ce av[illegible]

grand étonnement que nous avons lu la proposition suivante : « Dans les cas où à la suite d'une lésion traumatique la paralysie faciale est complète, c'est-à-dire dans les cas où les mouvements volontaires des muscles sont complétement abolis, *la contractilité électro-musculaire est anéantie.* » Nous avons dans notre vie arraché ou coupé le facial au moins deux cents fois sur des lapins, des chiens, des cochons d'Inde, et la contractilité électrique s'est *toujours* conservée; nous avons montré cette année à notre cours de physiologie expérimentale un cabiai sur lequel le facial était arraché depuis dix-huit mois, et les muscles avaient conservé leur contractilité électrique, bien qu'ils soient complétement soustraits à l'influence de la volonté. L'observation citée par notre confrère ne nous paraît pas péremptoire. Il s'agit d'un homme qui avait eu un abcès dans la parotide, lequel avait bien pu détruire, non-seulement le facial, mais encore l'auriculo-temporal, qui lui envoie de larges anastomoses sensitivo-nutritives. Nous ne nions pas la proposition énoncée, mais nous n'avons pas encore rencontré de lésions du *facial seul* suivies de la perte de la contractilité électrique dans le premier temps.

Après avoir traité des paralysies symptomatiques de lésions nerveuses, l'auteur s'occupe de celles qu'on appelle *essentielles.* Il les divise en trois groupes : 1° les paralysies hystériques ; 2° les paralysies symptomatiques d'une lésion des organes génito-urinaires; 3° les paralysies essentielles proprement dites. A propos du mode de production des paralysies hystériques, M. Becquerel rapporte deux explications données par M. Valerius, auquel, du reste, il a fait de nombreux emprunts. Suivant le médecin de Gand, *ces paralysies seraient dues, soit à une déviation de l'influx nerveux occasionné par la maladie! dont le caractère serait de détourner l'influx nerveux d'un organe pour le porter sur un autre, soit à un trouble électrique survenu dans les muscles paralysés.* Notre savant confrère trouve ces explications *ingénieuses.* Nous craignons bien qu'il soit seul de son avis.

Parmi les caractères que l'auteur assigne aux paralysies hystériques, il en est un qu'il a négligé et qui sans être constant se rencontre pourtant assez souvent et permet de distinguer à peu près sûrement une paralysie dite nerveuse d'une paralysie due à une lésion du centre cérébro rachidien ou des nerfs : c'est la faculté qu'a la peau de reprendre sa sensibilité pendant l'électrisation et de la conserver pendant un temps qui varie avec des circonstances qu'il serait trop long d'énumérer ici.

A propos des paralysies symptomatiques d'une maladie des organes génito-urinaires, M. Becquerel, après avoir critiqué l'*hypothèse* par laquelle M. Leroy d'Étiolles explique ces sortes de paralysies, fait à son tour la suivante : *Les filets du grand sympathique qui président aux fonctions des organes génito-urinaires peuvent transmettre à la moelle, par l'intermédiaire de leurs nombreuses anastomoses avec les filets médullaires, la souffrance de ces organes, et la moelle déterminer la paralysie par action réflexe.* C'est évidemment dans la rapidité d'une improvisation que notre auteur a conçu cette hypothèse dont il est bien difficile de saisir le sens. Nous concevons des mouvements par action réflexe; mais une *paralysie* musculaire consécutive à la transmission de la souffrance d'un organe au centre cérébro-rachidien se conçoit bien difficilement dans l'état actuel de la science. Ajoutons que l'auteur paraît croire ici qu'un nerf peut directement faire participer un autre nerf à son état actuel, ce qu'il avait nié avec raison dès les premières pages du livre.

Quant à l'efficacité de l'électricité dans le traitement des paralysies dites essentielles, M. Becquerel est, sous ce rapport, d'un avis tout à fait opposé à celui de M. Duchenne : il croit que le plus grand nombre des guérisons annoncées auraient eu lieu sans l'emploi de l'agent électrique, qu'il ne recommande que quand la maladie a résisté à tous les moyens connus. Il n'en est pas de même pour les paralysies rhumatismales, pour le traitement desquelles il conseille l'électricité aidée des moyens généraux.

Nous regrettons que le chapitre qui traite de la crampe des écrivains soit si court. On décrit sous ce nom des maladies bien différentes ; les unes sont de véritables paralysies, tandis que les autres sont des espèces de chorées partielles. Nous avons vu l'électricité réussir dans les paralysies; mais dans la chorée, c'est-à-dire dans les cas où les doigts s'étendent ou se crispent sur la plume, nous n'avons pas obtenu le moindre succès, et M. Duchenne, que nous avons eu l'occasion de consulter à ce sujet, n'a pas été plus heureux que nous.

Le chapitre qui traite des paralysies du sentiment et des organes des sens est divisé en quatre paragraphes : 1° paralysie de la sensibilité cutanée; 2° paralysie de la sensibilité musculaire ; 3° l'analgésie proprement dite ; 4° la paralysie des organes des sens. Quant à l'anesthésie cutanée, l'auteur traite successivement de celle qui résulte des altérations du cerveau ou de la moelle, de celles qui sont consécutives à une intoxication, et enfin des anesthésies hystériques. L'auteur ne nous paraît pas s'être préoccupé de l'influence qu'a l'anesthésie sur la régularité des mouvements; et il ne montre pas comment on pourrait croire quelquefois à une paralysie musculaire quand, en réalité, il n'y a qu'une paralysie de la sensibilité. Panizza avait depuis longtemps insisté sur ce fait, et nous avons eu bien souvent l'occasion de l'observer. Disons d'une manière générale que M. Becquerel nous paraît s'être renfermé trop exclusivement dans les données médicales proprement dites, qu'il fait trop bon marché des découvertes récentes qu'on doit à la physiologie expérimentale. Il n'est pas assez pénétré de l'idée que la science médicale est une, que les phénomènes dits pathologiques ne sont point soumis à des lois différentes de celles qui régissent les actes normaux.

Il reconnaît comme les physiologistes trois sortes de sensibilité musculaire, ou plutôt trois sortes de manifestations de cette sensibilité.

1° La sensibilité musculaire proprement dite;
2° Le sens d'activité musculaire de Gerdy;
3° La conscience musculaire de M. Duchenne.

Après avoir bien fait comprendre ce qu'on doit entendre par ces trois dénominations, il s'occupe spécialement de la conscience musculaire que M. Duchenne définit : « Un sens qui siége dans les muscles, et qui sert à l'accomplissement de la contraction volontaire, et éclaire, pour ainsi dire, le cerveau sur les choix de muscles dont il doit provoquer la contraction. » Quand ce sens est aboli, et que les yeux du malade sont fermés, quelque effort que celui-ci fasse pour exécuter les mouvements qui lui sont commandés, le membre reste dans un repos presque complet, tandis que, les yeux étant ouverts, les mouvements s'exécutent avec la plus grande netteté. C'est bien à tort, suivant nous, que M. Becquerel doute de l'existence de ces cas ; ils sont beaucoup plus nombreux qu'il le pense. Nous en avons sous les yeux un exemple depuis cinq ans, et nous venons d'observer avec notre ami M. Liégeois, dans le service de M. Jobert, une femme hémiplégique de la sensibilité cutanée et de la conscience musculaire, qui présente le phénomène au plus haut degré. Si on la fait marcher, tant qu'elle regarde ses jambes sa démarche est assurée ; mais aussitôt qu'on lui ferme les yeux, la jambe insensible lui fait défaut, et elle tombe du côté malade. Si on lui commande de lever le bras gauche (c'est le côté gauche qui est insensible), il reste absolument immobile. Si on l'engage à lever le bras droit, aussitôt le mouvement est exécuté. Cette femme présente, en outre, un phénomène des plus extraordinaires. Si les yeux étant fermés on lui bouche l'oreille du côté sain (elle a perdu l'ouïe du côté malade), aussitôt elle perd complétement l'intelligence; si elle a commencé une phrase, elle s'arrête immédiatement. M. Liégeois publiera bientôt cette observation, qu'il a prise avec le plus grand soin. Quant à la malade que nous soignons depuis douze ans, et qui a perdu depuis cinq ans ce qu'on appelle la conscience musculaire, elle la récupère momentanément par l'électrisation, et alors elle exécute, les yeux fermés, tous les mouvements qu'on lui commande.

Nous voudrions analyser le paragraphe qui traite des paralysies des organes des sens, mais nous avons déjà dépassé l'espace qui nous est réservé. Qu'il nous suffise de dire que le lecteur y trouvera les renseignements les plus utiles. Nous recommandons à son attention les chapitres dans lesquels il est question des maladies convulsives, des contractures, du tétanos et des névralgies.

M. Becquerel n'accorde aucune confiance à l'électricité pour le

traitement de l'atrophie musculaire progressive, qu'il considère comme une conséquence de l'atrophie des racines antérieures des nerfs. Nous n'avons pas, à ce sujet, une opinion aussi arrêtée que celle de notre confrère.

On consultera avec fruit ce qu'il dit de l'emploi de cet agent dans le traitement de l'aménorrhée, dans les accouchements, dans l'asthme, dans l'angine de poitrine, etc.

L'auteur nous paraît avoir accordé une importance trop grande au travail de M. Poey sur l'extraction des métaux contenus dans le corps humain au moyen de l'électricité.

L'article qui traite de la galvanocaustique est bien complet.

Dans cette analyse trop longue, mais que nous n'avons pas eu le temps de faire plus courte, nous avons relevé quelques opinions qui nous ont paru hasardées. Il ne faut pas voir dans cette manière d'agir un besoin de critique, mais bien plutôt une preuve du prix que nous attachons à un livre que nous croyons appelé à rendre de grands services, disons plus, que nous croyons indispensable à tous ceux qui emploient l'électricité. On remarquera, du reste, que nos critiques ne s'adressent guère qu'à la partie théorique de l'œuvre de notre savant confrère, la partie véritablement pratique nous paraissant traitée avec le talent et l'honnêteté scientifique qui caractérisent tous ses autres travaux.

Docteur Martin-Magron.

VIII.

VARIÉTÉS.

Le médecin praticien est exclusivement passible de l'imposition de la patente. — Le médecin qui renonce à l'exercice de sa profession est fondé à réclamer contre son inscription au rôle des patentés; mais il est indispensable qu'il établisse qu'il n'a pas exercé depuis le commencement de l'année à laquelle se rapporte sa demande. Le *Journal des contribuables* rapporte une décision qui consacre ces principes: « Considérant qu'il résulte de l'instruction... que le sieur Lavabre n'a pas exercé la médecine en 1834, que dès lors il est fondé à demander décharge des droits de patente, auxquels il a été indûment imposé en qualité de docteur en médecine; il est accordé décharge..., etc. » (Conseil d'État, 27 décembre 1834.)

— M. le docteur Duchesne-Duparc a ouvert son cours public sur les maladies de la peau le mardi 26 mai, à sa clinique de la rue Larrey, n° 8, près de l'École de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à onze heures précises du matin.

Chaque leçon sera précédée de l'examen des malades.

— M. A. Devergie commencera sa clinique sur les maladies de la peau le vendredi 29 courant, à huit heures et demie, à l'hôpital Saint-Louis, et la continuera les vendredis suivants, à la même heure.

— Depuis dix-sept mois, il règne sur les bêtes à cornes du village de Septfontaines (Doubs) une épizootie grave que MM. les médecins vétérinaires appellent la péripneumonie maligne. On compte dans cette commune environ 700 pièces de bétail; 350 à 400 ont été atteintes, et 59 ont succombé. Il y a actuellement 20 bêtes malades. (*Écho médical de Suisse.*)

Pour toutes les Variétés, A. Dechambre.

IX.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

Bien que le Bulletin des journaux, *que la* Gazette hebdomadaire *publie depuis sa fondation, soit d'une utilité non douteuse, nous l'avions sacrifié depuis plusieurs mois à l'avantage de gagner un peu de place au profit de la rédaction. Mais des réclamations instantes nous décident à le rétablir. Parmi les journaux de Paris, nous n'y ferons entrer que ceux qui paraissent toutes les semaines ou plus rarement.*

Afin de vider notre arriéré le plus promptement possible, sans trop surcharger le Bulletin, *et sans y laisser non plus de lacune sérieuse, nous nous contenterons de relever dans les journaux arrivés au bureau depuis le mois de janvier jusqu'au commencement de mai le titre des travaux les plus importants, en négligeant ceux dont l'analyse a été ou sera donnée dans la* Gazette hebdomadaire.

Archives générales de médecine. — 1857. Février. Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les muscles qui meuvent le pied, par *Duchenne* (de Boulogne). — Sur l'amylène, par *Luton*. — Sur la saumure (fin), par *Goubaux*.

Bulletin général de thérapeutique. — 30 mars. Note sur l'atrésie de l'[illegible], par *Goyrand*. — Traitement de l'hémorrhagie cérébrale par la saignée, par *Max-Simon*. — 15 avril. *Idem*. — 30 avril. Suture entrecoupée substituée à la suture [illegible] dans l'opération de bec-de-lièvre, par *G. Mirault*.

Gazette médicale de Lyon. — 1857. N° 4. Sur quelques affections [illegible] graves, par *Gubian*. — 5. Accouchement prématuré par les douches utérines, par *Chandelux*. — Ophthalmie purulente pendant la vie fœtale, par *Rivaud-Landrau*. — Hygiène des voies digestives et emploi de l'opium dans les affections des voies digestives, par *Robin*. — 6. *Idem*. — 7. Nouveau procédé d'avivement pour la cure radicale des fistules vésico-vaginales, par *Gubian*.

Gazette médicale de Strasbourg. — 1857. N° 1. De la science et de la pratique, par *Schützenberger*.

Journal de chimie et de pharmacie. — 1857. Janvier. Sur la préparation spontanée du valérianate d'ammoniaque, par *E. Robiquet*. — Action thérapeutique de la codéine, par *le même*. — Mars. Sur les alcaloïdes de quinquina, par de [illegible] — Avril. Mode de préparation du tartrate de zinc et formule pour son emploi, par *Gobley*.

Journal de médecine de Bordeaux. 1857. — Janvier. Deux cas d'uréthrorrhagie à la suite d'injection de perchlorure de fer, par *Venot*. — Sur le muguet, par *Lutriller*. — Février. *Idem*. — Mars. *Idem*. — Sur les cancroïdes, par *Denucé*.

Journal de médecine de Toulouse. — 1857. Mars. Torticolis; ténotomie; appareil nouveau; guérison, par *Lacaze*.

Revue médicale française et étrangère. — 31 mars, 15 avril et 30 avril. Leçons sur la scrofule, par *Bazin*.

Revue thérapeutique du Midi. — N° 1. Hernies étranglées, traitées avec succès par la belladone, par *Delarue* et *L. Saurel*. — 2. *Idem*. — 3. Nouveau moyen de prévenir les déchirures du périnée, par *Mattei*. — 4. Sur la suture des tendons extenseurs des doigts, par *Mourgue*. — 6. Expériences sur l'amylène, par [illegible]

Union médicale de la Gironde. — Janvier. Certaines complications de fractures des membres, par *E. Soulé*.

Annales médicales de la Flandre occidentale. — 1re livraison. Sur la [illegible] sacro-iliaque, par *Bertherand*. — Influence de la rougeole sur les névralgies, par *Imbert-Gourbeyre*.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — 1856-57, n° [illegible] Dilatation artificielle du thorax et traitement des déviations de la taille par un nouveau mode d'application du courant d'induction galvanique (Rapport), par *Lebeau*. — Nouvelle disposition des lithotomes, par *Leroy* (d'Étiolles). — 3. Causes et [illegible] de la phthisie pulmonaire, par *Fossion*. — 4. Note sur la phthisie, par *Dauvmerie*.

British Medical Journal. — 1857. Nouvelle série. — N° 1. Sur la taille médiane, par *Smyth*. — 2. Trois observations de maladie d'Addison, par *Jeaffreson*. — 4. Mort par inhalation du chloroforme, par *Holmes*. — 5. Cause possible du premier bruit du cœur, par *Cockle*. — 7. Emploi de la pepsine dans certaines affections, par *D. Nelson*. — 8. Mort par le chloroforme (suite). — 9 Pepsine (suite).

Edinburgh Medical Journal. — 1857. Janvier. Pathologie et traitement du condylome, par *Gillepsie*. — De la constitution des femmes, par *Ch. Bell*. — Traitement des fractures du fémur par coups de feu, par *D.-G. Dundee*. — Sur la taille médiane, par *Kelburne King*. — Mars. Influence des progrès du diagnostic et de la pathologie sur le traitement des inflammations internes, par *Bennett*. — Action de l'atropine sur la pupille, par *B. Bell*.

The Lancet. — 1857. N° 1. Manière dont M. Liston dirige le bistouri dans la lithotomie, par M. *Pirrie*. — 4. *Idem*. — 9. L'ovariotomie est-elle justifiable? par *M. Duncan*. — 12. Note sur un cas de mort par le chloroforme, par *Marshall Hall*. — 13. Opération césarienne, guérison, par *Thornton*. — 15. Température relative du sang artériel et du sang veineux, par *Savory*. — Note sur un cas de mort par le chloroforme (suite).

Livres.

Études sur l'électricité appliquée au diagnostic et au traitement des paralysies, par le docteur *R. Philipeaux*. In-8° de 104 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr. 50

Guide pratique du médecin et du malade aux eaux minérales de France et de l'Étranger et aux bains de mer, suivi d'une étude sur l'hydrothérapie et d'un traité thérapeutique des maladies pour lesquelles on conseille les eaux, par le docteur *Constantin James*. 4e édition, 1 vol. grand in-18 de XI-629 pages, avec une carte itinéraire des eaux et de nombreuses vignettes gravées sur acier. Paris, Victor Masson. 7 fr.

Tableaux des opérations qui se pratiquent sur l'homme, ou Résumé analytique des règles principales qu'il convient de suivre pour exécuter les diverses opérations chirurgicales, par le docteur *Fano*. II. *Amputation des membres*. In-16 de 35 pages. Paris, Victor Masson. 1 fr. 25

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr. Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 5 JUIN 1857. — N° 23

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 1er au 31 mai 1857.

65. PRUNIER, Eugène-Ernest, né à Arthonay (Yonne). [*Considérations sur l'asthme au point de vue de sa nature et de son histoire.*]

66. DOCTRELEUR LA BARBATE, Jean-François-Hippolyte, né à Arlanc (Puy-de-Dôme). [*Des différentes méthodes de traitement des fièvres intermittentes.*]

67. LEMERRE, Louis-Joseph, né à Songeons (Oise). [*Du chloroforme, de ses effets physiologiques, des précautions à prendre dans son administration, et des accidents qu'il peut occasionner.*]

68. TROTIGNON, Jean-Isidore, né à la Châtre (Indre). [*De la métrorrhagie.*]

69. BEUF, Hilarion-Joseph, né à Valensole (Basses-Alpes). [*Des polypes fibreux de la base du crâne, dits naso-pharyngiens, et de leur traitement par la résection de la voûte palatine.*]

70. DESMICHELS, Étienne-Abel, né à Paris (Seine). [*Du catarrhe pulmonaire dans ses rapports avec les maladies.*]

71. MONDELET, Frédéric, né à Arnac-la-Porte (Haute-Vienne). [*Des différentes variétés d'orchites aiguës.*]

72. ANDRÉ, Emmanuel-Auguste, né à Péronne (Somme). [*Du traitement des cas de croup observés à l'hôpital des Enfants en 1856.*]

73. REBOUL, Paul-Eugène, né à Livron (Drôme). [*Des adénites vénériennes.*]

74. PÉRIAT, Hippolyte-Hector, né à Saint-Étienne (Loire). [*Recherches historiques sur l'opération du bec-de-lièvre, et des avantages qu'il y a à la pratiquer chez les enfants nouveau-nés.*]

75. LEVASSEUR, Paul-Léon, né à Gruchet-la-Valane (Seine-Inférieure). [*De l'hydrocèle et de l'hématocèle de la tunique vaginale, au point de vue du diagnostic différentiel avec l'encéphaloïde du testicule.*]

76. BOUINON, André-Gustave, né à Toulon (Var). [*Considérations sur quelques tumeurs pulsatiles des os improprement appelées* anévrysmes, *au point de vue du diagnostic et du traitement.*]

77. LEDO, Denis-Aldéric, né à Saulle-Chevreuil (Manche). [*De la procidence du cordon ombilical pendant l'accouchement.*]

78. RABAUD, Jean, né à Excideuil (Dordogne). [*Recherches sur l'historique et les causes prochaines des contractures des extrémités.*]

79. MENDEZ, Guelberto, né à Montevideo (Amérique méridionale). [*Des polypes de l'utérus.*]

80. MICÉ, Léopold-Laurent, né à Langon (Gironde) [*De la rotation de la matière chez les êtres vivants.*]

81. GASNE, Jacques-Philippe-Auguste, né à Banize (Creuse). [*Recherches sur la transpiration dite* insensible *et les sueurs*]

82. PRAVAZ, Jean-Charles-Théodore, né à Paris (Seine). [*Essai sur le traitement des anévrysmes par les injections de perchlorure de fer (méthode Pravaz).*]

83. MARCHAND, Benoît-Paul, né à Bellegarde (Creuse). [*De la gangrène par ossification des artères.*]

84. LEGRAS, Marie-Joseph-Paul, né à Monthureux (Vosges). [*Des phénomènes mécaniques du travail de l'accouchement.*]

85. BARBOT, François-André-Fernand, né à Mende (Lozère). [*Des principaux troubles fonctionnels pendant la grossesse.*]

86. MARCOTTE, Alphonse-Adrien, né à Marle (Aisne). [*Du traitement de la chorée ; emploi du tartre stibié contre cette affection.*]

87. REULET, Jean-Bertrand-Eugène, né à Villeneuve-l'Écussan (Haute-Garonne). [*De l'ictère typhoïde.*]

88. MASSON, Albert-Dominique, né à Thiergeville (Seine-Inférieure). [*De la thoracentèse dans la pleurésie aiguë.*]

89. POSTEL, Louis-Eugène, né à Isigny (Calvados). [*Considérations physiologiques et médicales sur la sociabilité et les systèmes pénitentiaires.*]

90. DUQUESNEL, Émile-Léopold, né à Méry (Oise). [*De l'éclampsie chez les femmes enceintes ou en couches.*]

91. ALCANTARA, Christophe-Marie, né à Mahon (Espagne). [*De la congestion cérébrale chez le vieillard.*]

92. BINET, Frédéric-Marc, né à Bonneville-d'Anjou (Calvados). [*Des hémorrhagies après l'accouchement.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 4 juin 1857.

LA SALICORNE HERBACÉE COMME ALIMENT. — ASSOCIATION DES MUSCLES DANS LES MOUVEMENTS DU CORPS. — LA VRAIE PENSÉE DE M. DEVERGIE SUR LE RÔLE DE L'ASPHYXIE DANS LA MORT PAR LE CHLOROFORME. — PEAU BRONZÉE ET *milza nigra*. — VALEUR DE LA POTASSE ET DE LA LIQUEUR DE BARRESWIL POUR LA RECHERCHE DU SUCRE DANS LES URINES.

Trois objets distincts ont occupé mardi dernier l'Académie de médecine. Le premier est la plante nommée salicorne herbacée, plante nutritive que M. Chevallier, dans une note, a présentée comme pouvant offrir d'assez grandes ressources à l'alimentation, approuvé en cela par M. Cloquet et par M. Chatin. La discussion sur ce point a été courte et simple. M. Trousseau a demandé à M. Chevallier si la salicorne herbacée était aussi nutritive que les épinards; à quoi M. Chevallier a répondu qu'il le croyait.

Puis est venu un rapport de M. Bouvier relatif à l'orthopédie physiologique de la main, rapport élaboré, comme tous ceux de l'honorable membre, avec une conscience d'appréciation et un soin d'exactitude historique qui lui font le plus grand honneur. Au sujet d'une doctrine fort ancienne oubliée pendant longtemps, puis reprise par la physiologie moderne, et qui a reçu des expériences de M. Duchenne (de Boulogne) une lumière toute nouvelle, — la doctrine des associations musculaires pour l'accommodation du mouvement à un but précis, — M. Guérin a présenté quelques remarques dont il nous a été difficile de saisir le sens. Son exposé de l'action synergique des muscles nous paraissait entièrement semblable, quant au fond, à celui de M. Bouvier, quand il a ajouté que dès lors il n'y avait dans le système musculaire « ni adducteurs, ni abducteurs, ni extenseurs, ni fléchisseurs; » et c'est ce qui brouille nos idées. Nous ne comprenons pas bien comment l'action propre et spécifique de chaque muscle disparaîtrait dans la composition des forces qui concourent à un mouvement donné. M. Bouvier, qui ne paraissait pas beaucoup plus édifié que nous sur le sens de l'objection, a répondu qu'il y aurait toujours des antagonistes dans le système musculaire *et ailleurs*. Et, à tout prendre, l'argument est plus sérieux qu'il n'en a l'air. C'est par un équilibre de forces antagonistes que le monde physique et le monde moral se tiennent debout, et il y a tout lieu de croire que les choses ne se passent pas autrement dans le jeu de la mécanique animale.

Après l'argumentation de M. Guérin, l'ordre du jour ramenait la discussion sur l'emploi des appareils dans la pratique de l'anesthésie, et c'est encore M. Guérin qui a pris la parole, mais pour un demi-discours seulement. L'honorable M. Devergie a protesté contre l'opinion qu'on lui a généralement attribuée, à l'Académie et dans la presse, sur la portée du rôle de l'asphyxie dans la mort par le chloroforme ou par l'éther. Ce genre de mort serait, à ses yeux, exceptionnel, et non l'un des plus communs, comme on le lui a fait dire.

Il est juste de reconnaître que le texte de M. Devergie n'attribue nulle part une action prédominante à l'asphyxie; mais en même temps on s'explique la méprise. L'existence de ce genre de mort avait été présentée par lui comme devant motiver la *généralisation* de l'emploi des appareils; l'état du sang qu'il regarde comme l'indice de l'asphyxie se rencontre chez *beaucoup de sujets* morts sous le coup des anesthésiques; l'*ensemble* des expériences de chloroformisation faites sur les animaux avait été invoqué à l'appui de sa thèse; on comprend dès lors que ces expressions de son travail : « Il est des cas où la mort peut intervenir par asphyxie, » n'aient pas paru exprimer précisément une exception. Les adversaires de M. Devergie ne manqueront pas de lui demander comment une *exception* peut commander une *règle* de pratique aussi absolue que celle qu'il voudrait établir. Quoi qu'il arrive pourtant, l'affirmation de notre honoré confrère doit suffire. Sur ce point comme sur d'autres, on l'avait mal compris.

— Le journal propose et la science dispose. Nous avions manifesté l'intention de laisser les observations de peau bronzée se succéder dans la presse jusqu'à ce que nous y fussions ramené par quelque pas décisif fait dans la question pathogénique, c'est-à-dire dans celle de la liaison de la nigritie avec une altération des capsules surrénales. Mais voilà que M. le professeur Tigri publie d'un seul coup, dans la GAZETTE MÉDICALE DE TOSCANE (19 mai), *trois* observations desquelles il résulterait que, conformément à ce qu'il avait dit précédemment dans le même journal (1855, juillet, n° 31), la maladie d'Addison, au lieu de dépendre d'une lésion quelconque des capsules, a son point de départ dans la rate. Est-il possible de ne pas donner un coup d'œil à ces observations et à cette doctrine?

Le premier cas est relatif à une petite fille de huit ans, qui avait été atteinte, dit le texte, de *cachexie mélanique*. La rate était chargée de *matière charbonneuse*, et les capsules surrénales étaient entièrement saines. La peau offrait une coloration plus sombre, *più scuro*, que de coutume, et en général manquait de sa transparence ordinaire. Par places, elle était très blanche; mais à la partie externe et antérieure des cuisses, elle avait la coloration du bronze.

Dans le second cas, il s'agit d'un jeune homme mort dans les prisons de Sienne par suite d'une cachexie semblable et qui présenta aussi l'infarctus noir de la rate (probablement sans altération des capsules, quoique le texte ne s'explique pas sur ce point).

La troisième observation est plus complète. Le 5 mai 1857, on apporta de l'hôpital de Sienne, dans les salles d'anatomie, le corps d'un homme de trente ans, qui offrait les caractères extérieurs de la cachexie mélanique. La rate, dont le volume avait augmenté d'un tiers, présentait une coloration noire tirant sur le bleu et une infiltration manifeste, quoique médiocrement abondante, de matière charbonneuse. Le même dépôt existait dans les glandes lymphatiques situées derrière le cardia; on en trouvait des traces seulement dans le foie, et les capsules surrénales étaient absolument saines. On constata dans le thorax les traces d'une pleuropneumonie double, à laquelle le sujet avait sans doute succombé. L'auteur conserve un morceau de peau enlevé à la région hypogastrique, et qui offre la teinte bronzée. Sur le reste du corps, le tégument moins taché « montrait cette espèce d'opacité qui lui ôte sa teinte naturelle, *rivelava quella specie d'opacamento che toglie ad essa la tinta naturale*. »

M. Tigri ajoute qu'il résulte de l'ensemble de ses observations que la coloration noire commence par la rate et s'étend d'abord au foie, puis à la peau. Pour lui, la cachexie a son point de départ dans le sang, qui, *ayant perdu la propriété de fixer l'oxygène, par suite de l'inertie fonctionnelle des organes d'hématose*, dépose son carbone dans les organes.

Cet exposé est loin de suffire, ce nous semble, pour assimiler les observations de M. Tigri à la véritable maladie d'Addison. Les symptômes de la cachexie n'ont été observés par lui-même dans aucun de ces trois cas. La description de l'altération cutanée est loin de correspondre à celle du médecin anglais. Il n'est pas question ici de ces taches isolées qui se réunissent pour former des plaques, ou de ces reflets noirs répandus çà et là sur un fond uniformément obscur. La coloration franchement bronzée, quand elle existait, n'occupait qu'une partie du corps, et parfois une partie qu'on trouverait très foncée chez une foule d'individus, par exemple, la partie interne et supérieure des cuisses. Ce n'est pas tout : la *rate noire* est une lésion bien connue, sur laquelle M. Fuehrer a fait il y a deux ans une intéressante communication à la Société allemande (GAZ. HEBD., 1856, p. 43), et qui ne donne pas lieu à l'ensemble de symptômes qui caractérise la maladie décrite par le médecin anglais. Il y a d'ailleurs à faire remarquer, au profit de ce dernier, que lui et les autres observateurs qui ont décrit la même affection ont examiné dans beaucoup de cas les viscères abdominaux, la rate en particulier, et que souvent ils n'y ont rien trouvé d'anormal ; quant aux cas où la rate elle-même était le siége d'une coloration noirâtre, rien n'indique qu'il y faille voir autre chose que l'extension à un organe interne du dépôt pigmenteux qui tend à envahir l'économie.

— Cette négation de M. Tigri nous engage à y opposer une affirmation qui vient fort à propos : c'est un exemple très avéré de maladie d'Addison avec altération des capsules surrénales, et, de plus, *intégrité de la rate*. L'observation est rapportée par M. Gubian dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE DE LYON (31 mai 1857). Il y avait émaciation, débilité progressive. La peau offrait une coloration sépia, uniforme, excepté au scrotum et à la région cervicale, où la nigritie était plus prononcée encore. Les deux capsules surrénales étaient ravagées par des dépôts tuberculeux ; la droite avait environ cinq fois son volume naturel ; aucune altération, ni de texture, ni de couleur, dans le foie et la rate. La peau exceptée, on ne trouvait de dépôt pigmenteux qu'aux muqueuses labiale et palatine.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, c'est que la nigritie, bien qu'accidentelle et non de race, était congénitale ; ce qui, à supposer une corrélation réelle entre la couleur de la peau et une affection des capsules, s'expliquerait assez bien, dans le cas présent, par la nature de cette affection, laquelle a pu être aussi congénitale.

— A la Société médicale des hôpitaux de Paris (séance du 25 mars dernier), M. le docteur Béhier a appelé l'attention de ses collègues sur une question d'une grande importance pratique : celle du degré de confiance qu'il convient d'attribuer à la réaction du liquide de Barreswil et de la potasse sur les urines sucrées. S'étant mis à rechercher, à l'aide de ces deux agents, le glycose dans l'urine de femmes en couches et étonné, pour ainsi dire, de ses succès, il résolut de faire la contre-épreuve et d'examiner au même point de vue et de la même manière l'urine de sujets entrés dans son service pour des affections diverses. Et voici comment il expose lui-même le résultat de ses expériences.

« Sur 40 malades, l'urine, traitée par la *potasse caustique* et par l'ébullition, a donné 18 fois une coloration rouge-brun. Cette coloration est, chez ces 18 malades, analogue de tous points à celle que l'on obtient quand on traite par le même réactif de l'eau dans laquelle on a étendu du pain à chanter préalablement humecté de salive pour y produire une certaine quantité de glycose. 8 autres malades ont offert la coloration jaune foncé, 11 la coloration jaune, 3 la coloration jaune clair.

La coloration jaune foncé, par une ébullition prolongée, passe au brun-rouge ; la coloration jaune ou jaune foncé et la coloration jaune clair au jaune.

Par la liqueur de Barreswil, *récemment préparée et n'offrant préalablement aucun précipité :*

Sur 39 malades, 19 ont présenté la coloration rouge-brun que donne le pain à chanter humecté de salive et traité de la même manière, 3 une coloration rouge jaunâtre, 4 une coloration jaune-vert foncé, 11 une coloration jaune verdâtre, 1 une coloration grisâtre, 1 une coloration vert clair.

Toutes ces colorations reviennent, par une ébullition prolongée, au rouge-brun, d'une nuance plus ou moins foncée. »

Ces résultats sont ceux que donne, en effet, l'expérience dans les conditions où on l'exécute habituellement et où s'est placé à dessein M. Béhier. Mais, comme l'ont dit MM. Gubler et Cahen, il n'en faudrait pas conclure que la potasse et surtout la liqueur de Barreswil soient des réactifs tout à fait trompeurs, encore qu'ils ne soient pas la perfection du genre. Les fausses apparences notées par M. Béhier tiennent à l'action de l'agent chimique sur l'acide urique et les matières organiques contenues dans l'urine. Quand on a soin de détruire préalablement ces matières par l'acétate de plomb, de les détruire complétement, de bien filtrer la liqueur, de la débarrasser, au moyen du carbonate de soude, du sel de plomb qu'elle a pu retenir, de filtrer de nouveau ; puis, après avoir versé le réactif, de faire bouillir assez longtemps pour réduire le liquide d'un quart ou de moitié, il y a beaucoup moins de chances d'erreur. Assurément la fermentation est plus fidèle encore ; mais outre qu'elle ne donne de résultats bien sensibles (pour un chimiste de circonstance comme est le praticien) que si l'on opère sur des quantités assez considérables, la levûre de bière *fraîche* n'est pas partout aussi facile à trouver que la liqueur de Barreswil, ou, tout au moins, c'est un grand inconvénient d'avoir à s'en procurer chaque fois qu'il est besoin d'expérimenter.

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

RECHERCHES SUR LA STRUCTURE INTIME DU POUMON, par le docteur LOUIS MANDL. (Extrait du Mémoire présenté le 4 mai 1857 à l'Académie des sciences.)

§ I. — En terminant le *Mémoire sur la structure intime des tubercules* (*Archives gén. de méd.*, 1855), nous disions qu'après avoir pris connaissance des diverses apparences de la substance tuberculeuse, nous pouvions désormais étudier le siége du tubercule dans le poumon ; mais que, pour résoudre cette question d'une manière aussi précise que possible, nous avons cru devoir entreprendre quelques études sur la structure du poumon. En effet, il nous paraît impossible d'étudier les questions de l'anatomie pathologique des poumons sans avoir acquis préalablement des notions bien exactes sur l'anatomie normale de ces mêmes organes. Comment se prononcer, par exemple, sur le siége du tubercule, et affirmer qu'il se produit primitivement, soit dans les vési-

cules aériennes, soit dans le tissu interstitiel, lorsqu'on ne possède point des connaissances positives sur la terminaison des bronches, surtout lorsque les opinions émises par les auteurs à ce sujet peuvent laisser des doutes dans l'esprit, à cause de la méthode vicieuse d'investigation.

§ II. — C'est donc en vue de l'examen prochain de diverses questions d'anatomie pathologique que nous allons exposer les résultats de nos recherches sur la structure des poumons. Les principaux points qui doivent fixer notre attention sont la terminaison des bronches et la distribution des capillaires. Dans l'exposé de ces recherches, nous fixerons l'attention du lecteur sur le mode d'investigation; car de lui dépend en grande partie la confiance que peuvent inspirer les conclusions énoncées par l'observateur.

Dans la question qui nous occupe, nous voyons en effet que les résultats les plus divers ont été proclamés et toutes les hypothèses imaginables épuisées par les anatomistes. Or, il n'y a un si grand nombre de théories émises sur la structure des poumons, que parce qu'aucun mode d'investigation n'a pu s'acquérir une entière confiance. Cependant, toutes les exigences seront satisfaites, dès que l'observateur possédera un critérium qui lui permettra de se convaincre qu'en effet il a sous les yeux les *dernières* terminaisons des bronches, les *dernières* ramifications des vaisseaux sanguins. Or, la plupart des méthodes employées jusqu'à présent ne fournissent que des préparations opaques. On est obligé alors de se restreindre à l'emploi de grossissements de 50 à 60 fois, et toute observation avec des grossissements de 400 à 500 fois devient impossible. Cependant, pour se convaincre qu'en réalité on a sous les yeux les dernières ramifications des vaisseaux aériens ou sanguins, il serait nécessaire de faire ses recherches sur des préparations transparentes, qui admettent l'emploi de tous les grossissements usuels, qui permettent d'analyser et de mesurer chaque terminaison, et qui peuvent ne laisser aucun doute dans l'esprit de l'observateur et aucune prise aux objections.

§ III. — Il nous restait donc un vaste champ d'investigation à parcourir, un point important à résoudre : trouver, en effet, tel mode de préparation qui répond le mieux aux justes exigences que nous venons d'énoncer, qui apporte le plus de certitude possible dans les résultats acquis. Le lecteur jugera jusqu'à quel point nous sommes parvenu à remplir le programme tracé. Nous ajouterons seulement que ce travail est terminé depuis tantôt quatre ans, et que l'assentiment de savants français et étrangers nous a paru suffisamment encourageant pour ne pas retarder davantage la publication de ces recherches.

§ IV. — Nous allons d'abord étudier les bronches dans leur terminaison, leur développement et leur structure intime; puis nous nous occuperons de la distribution des capillaires. Ces études préalables, quoique longues et quelquefois pénibles, sont absolument nécessaires pour résoudre le problème du siége du tubercule, de l'altération des capillaires dans les poumons des phthisiques, etc.

Chapitre Ier. — De la terminaison des bronches.

I. — *Du mode d'investigation.*

§ V. — La méthode habituellement employée pour explorer la terminaison des bronches dans les poumons des mammifères adultes consiste à faire des injections dans la trachée avec des matières liquides colorées (gélatine ramollie ou substances grasses) qui deviennent solides au bout d'un court espace de temps. On examine ensuite avec de faibles grossissements, de 50 à 60 fois, et à la lumière réfléchie, la surface externe du poumon, les préparations étant séchées ou conservées dans l'alcool ou la térébenthine. Les vésicules saillantes à la surface, sous la plèvre pulmonaire, réunies par grappes, sont décrites par les auteurs comme dernières terminaisons des bronches. Cependant, lorsqu'on emploie des grossissements un peu plus considérables, par exemple ceux de 100 diamètres, on aperçoit quelques-unes des vésicules, qui précédemment paraissaient entières, présenter une surface divisée en deux ou trois lobules. Cet aspect prouve que la vésicule, considérée jusqu'alors comme *dernière* terminaison, se compose à son tour de deux ou trois vésicules: aussi peut-on se demander si des grossissements plus considérables, que la lumière réfléchie cependant ne permet pas d'employer, ne feraient pas à leur tour découvrir des vésicules encore plus petites.

§ VI. — Aux injections d'autres observateurs préfèrent l'insufflation. Du poumon insufflé et desséché, on se procure alors des lamelles très minces que l'on soumet à l'observation microscopique, à de faibles grossissements. On aperçoit les coupes transversales des vésicules, et de grandes vacuoles pourvues de vésicules latérales.

§ VII. — Deux objections graves peuvent être faites contre ce mode d'examen, et elles méritent une attention d'autant plus grande, qu'elles entachent d'une nullité presque complète les résultats obtenus. D'abord on ne peut nier la friabilité du tissu et la facilité avec laquelle il se casse. Aussi ne peut-on se procurer de lamelles suffisamment minces; elles se composent toujours de plusieurs couches de cellules superposées, et n'admettent pas l'emploi de forts grossissements. Or, comme, d'une part, les vésicules sont très ténues, transparentes et aplaties; que, d'autre part, les grossissements sont faibles, il devient impossible de distinguer les vésicules supérieures d'avec les inférieures, et, par conséquent, impossible de reconnaître la forme, la connexion, la dimension, etc., de chaque vésicule isolément. Les unes se confondent avec les autres. On voit un lacis de lignes plus ou moins épaisses, dont il serait impossible de déterminer d'une manière précise la marche et les terminaisons.

Une autre objection est la suivante: Au milieu de grandes vacuoles, on voit des parois se terminer brusquement. Sont-ce des parois cassées, et la vacuole elle-même est-elle le résultat d'une déchirure? La grande friabilité du tissu rend cette supposition très plausible, d'autant plus que l'on aperçoit souvent, suspendu au milieu de la vacuole, un lambeau de tissu déchiré. La facilité avec laquelle se casse le tissu ne permet donc pas à l'observateur d'affirmer que les vacuoles et les parois qui s'y terminent brusquement appartiennent à la structure normale, et qu'elles ne seraient pas plutôt le résultat artificiel de la préparation. Les résultats ne sont pas plus nets lorsqu'on place une de ces lamelles dans une goutte d'eau. La grande quantité des bulles d'air rend au contraire l'image encore plus obscure, et, parvînt-on même à les chasser complétement, on n'aura rien gagné pour la clarté de la préparation : les vésicules affaissées deviennent tout à fait indistinctes. Du reste, il est impossible d'appliquer ce mode d'investigation à l'anatomie pathologique des poumons.

§ VIII. — Les résultats ne sont pas plus satisfaisants, lorsqu'on soumet à l'examen non plus la surface externe du poumon injecté avec de la gélatine colorée et desséchée (§ V), mais bien celle d'une coupe faite à travers la substance. On distingue bien par-ci par-là quelques subdivisions; mais les vésicules sont bien moins distinctes que sous la plèvre pulmonaire, et il est impossible de se former une idée nette après ces préparations.

§ IX. — Mais dans l'examen des poumons desséchés, les vésicules fussent-elles même distinctes, le mode d'investigation laisserait encore toujours des doutes dans l'esprit de l'observateur. En effet, on ne soumet à l'examen que le tissu desséché, racorni. La forme arrondie de la vésicule, sa grandeur, ses dimensions, ses connexions, etc., sont-elles le résultat de la préparation, ou bien existent-elles telles quelles déjà dans le tissu frais? Quels sont les changements subis à la suite de la dessiccation? Nul criterium ne peut guider l'observateur, et des appréciations arbitraires remplacent l'observation scientifique.

§ X. — On peut espérer d'arriver à des résultats plus satisfaisants, en rendant au poumon ses dimensions primitives. A cet effet, j'ai fait ramollir dans une goutte d'eau une lamelle très mince d'un poumon injecté avec de la gélatine et coloré avec le chromate de plomb. Le tissu se gonfle, se dilate, devient plus transparent, et permet l'emploi de forts grossissements. On aperçoit alors, au milieu de la matière colorante, opaque, les parois des vésicules, limitant des espaces plus ou moins arrondis. Mais, par-ci par-là, on voit quelques-unes de ces parois se terminer brusquement au milieu de la masse des particules colorées. Ces tronçons de parois appartiennent ils à la structure normale, ou sont-ils le résultat de la préparation, ou bi en n'avons-nous sous les yeux qu'une partie de la paroi, le reste étant caché par la matière colorante? Cette dernière supposition paraît d'autant plus plausible, que le chromate de plomb est très lourd et qu'il s'amasse volontiers autour des parois. Je n'ai pas été plus heureux avec d'autres matières colorantes, telles que le bleu de Prusse, l'arsénite de cuivre, etc., et j'ai fini par supprimer complétement l'emploi de matières colorantes.

§ XI. — C'est alors que j'ai obtenu des résultats un peu plus satisfaisants. Ayant fait ramollir de la gélatine parfaitement transparente, après avoir décanté l'eau en excès, j'ai fait l'injection avec cette substance, après sa liquéfaction à une douce chaleur. Dès que la gélatine s'est consolidée, j'ai mis des parcelles du poumon sous le microscope, et j'ai pu voir distinctement les vésicules distendues, grâce à l'injection. Mais la mollesse de la gélatine s'oppose à ce que le scalpel puisse enlever une très mince lamelle sur le poumon injecté. Aussi l'image, à cause de l'épaisseur de la préparation, et par conséquent de la superposition d'une foule de vésicules, n'est-elle pas aussi distincte qu'on pouvait l'espérer. Il s'agissait de remédier à cet inconvénient.

§ XII. — Je me suis arrêté au moyen le plus simple, qui consiste à faire dessécher le poumon injecté et coupé en petits morceaux. Ceux-ci deviennent très durs au bout de quelques jours, et alors il est très facile d'enlever, à l'aide du scalpel, une lamelle très mince. On place cette préparation dans une goutte d'eau. Au bout de quelques instants, on la voit se ramollir et se dilater : or, comme la gélatine est très avide d'eau, elle aura bientôt acquis, dans l'intérieur des vésicules pulmonaires, les diamètres qu'elle avait au moment de l'injection; c'est-à-dire que les vésicules se trouvent au même degré de dilatation que le poumon frais injecté, ce qui répond à l'état de dilatation du poumon dans l'inspiration. En même temps, la préparation est devenue transparente, ce qui permet l'emploi des grossissements les plus divers et de la lumière réfléchie aussi bien que de la lumière directe. Enfin, l'excessive ténuité de la préparation fait que l'on ne soumet à l'examen que la section d'une seule couche de vésicules, dont les contours, parfaitement limités, se prêtent facilement à l'observation. Il n'y a donc plus superposition de plusieurs couches de vésicules, il n'y a plus de contours couverts par la matière colorante, il n'y a plus de limites posées à l'emploi des grossissements : l'observateur peut manier le poumon injecté, comme tout autre tissu frais dont il désirait connaître la structure intime. Cette méthode mérite donc qu'on la préfère aux autres employées par nos prédécesseurs.

Examinons maintenant les résultats obtenus. Cependant, disons d'abord, par anticipation sur les résultats qui ne seront exposés que plus tard, que notre mode d'investigation se prête aussi merveilleusement bien à l'examen des poumons affectés non-seulement de tubercules, mais aussi de toute autre altération pathologique; que les préparations sont également transparentes ou le deviennent facilement en les faisant ramollir dans une goutte d'eau chargée de carbonate de potasse; en un mot, que notre méthode permet de faire des études inaccessibles jusqu'à présent aux observateurs.

II. — *Des vésicules et des cavités.*

§ XIII. — En faisant usage de faibles grossissements, par exemple de 60 ou 80 diamètres, pour l'examen des préparations précédemment décrites, on aperçoit des espaces limités par quatre ou cinq contours, et qui répondent aux vésicules pulmonaires décrites par les auteurs (fig. 1, *b*). Sur le bord de l'un ou de l'autre de ces contours on aperçoit souvent des portions de parois étalées (fig. 1, *c*) dont nous étudierons plus tard la structure intime. Nous devons en outre signaler des espaces polygonaux beaucoup plus grands que les vésicules (fig. 1, *a*). A leur intérieur se terminent brusquement des parois saillantes. Ces espaces, nous les appelons les *cavités terminales;* nous expliquerons tout à l'heure leurs rapports avec les éléments nommés *vésicules.* Mentionnons encore, pour compléter l'image, les coupes transversales de quelques grosses bronches ou vaisseaux sanguins (artères), dont les ouvertures, béantes et arrondies, se rencontrent au milieu des utricules et des cavités.

§ XIV. — Ces préparations peuvent être examinées aux grossissements les plus divers, depuis les plus faibles jusqu'à ceux de 500 ou 600 fois, à la lumière directe et à la lumière réfléchie. Le réseau des lignes qui composent les vésicules et les cavités forme une image élégante lorsqu'on emploie la lumière réfléchie et un faible grossissement, par exemple celui de 30 ou 40 fois. L'injection gélatineuse disparaît alors complétement sur le fond noir, où l'on n'aperçoit que les contours blancs des éléments vésiculaires (fig. 1).

Cependant la même préparation peut être soumise à un grossissement des plus considérables; en employant alors la lumière réfléchie, on distingue parfaitement la matière injectée, surtout lorsque la gélatine est faiblement grenue.

§ XV. — Il est important de se convaincre, dans ces premières recherches, que la gélatine remplit tout l'espace oc-

cupé par l'air dans le poumon frais ; on y arrive par un moyen fort simple, à savoir, l'emploi d'une solution iodée (iode dans l'éther acétique) qui teint en jaune non-seulement le tissu,

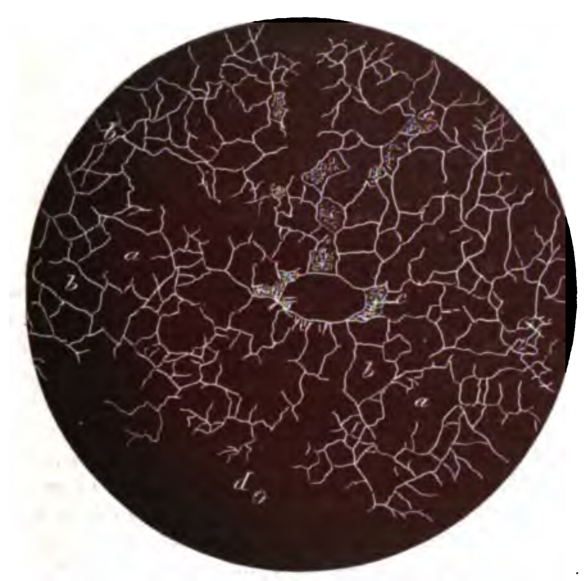


FIG. 1. — Poumon du lapin ; injection gélatineuse desséchée, puis ramollie dans l'eau. Vu à la lumière réfléchie ; grossi 45 fois : *a*, cavités terminales ; *b*, utricules ou vésicules ; *c*, membrane utriculaire.

mais aussi la gélatine. On voit alors cette dernière substance remplissant les vésicules et les cavités, s'accolant partout aux parois. Les parois saillantes qui s'avancent, libres, vers le centre de la cavité, où elles se terminent brusquement, se trouvent donc emprisonnées dans cette substance gélatineuse. Si nous n'avions sous les yeux que des parois rompues, les débris enlevés devraient se retrouver dans le voisinage, dans l'intérieur de la cavité. Rien ne peut être perdu, puisque la gélatine consolidée remplit toutes les cavités perméables à l'air et constitue pour ainsi dire un empâtement solide autour de tous les éléments. Mais jamais, dans aucune de nos préparations, nous n'avons pu constater une rupture analogue.

L'objection principale faite contre les préparations des poumons insufflés et desséchés, fondée sur la grande fragilité du tissu, n'a donc pas lieu pour les préparations faites d'après notre méthode. La disposition des parois, leurs saillies, leur terminaison, etc., répondent à l'état naturel ; les éléments sont distendus par l'injection, comme ils le sont pendant la vie par l'air dans l'inspiration, et s'il y avait quelque part rupture, on retrouverait nécessairement dans la cavité, au milieu de la gélatine, la portion détachée.

Disons-le encore en passant, l'injection gélatineuse offre sur toutes les autres, faites avec des matières grasses ou résineuses, un avantage très précieux. En effet, l'air contenu dans les vésicules, et qui est excessivement gênant dans les injections grasses, disparaît complétement, en partie chassé, en partie absorbé par la gélatine.

§ XVI. — Il s'agit maintenant de comprendre la valeur des divers espaces signalés dans la préparation soumise à l'examen microscopique. A cet effet, étudions l'expression la plus simple d'un sac aérien, à savoir, le poumon de la grenouille. En l'insufflant ou en l'injectant avec de la gélatine, en le desséchant ensuite, et puis en faisant des coupes dans divers sens, nous allons obtenir des figures dont la connaissance nous facilitera beaucoup l'intelligence des poumons des mammifères.

§ XVII. — En coupant un poumon de grenouille à travers son axe longitudinal, on voit, au centre du sac qui constitue le poumon, une grande cavité centrale dans laquelle se terminent librement des cloisons qui partent de la paroi externe du sac. Toutes ces cloisons n'ont pas la même élévation : les unes, plus hautes, limitent, par leur jonction, des espaces polygonaux dont le fond est constitué par la paroi même du sac, et dont la face supérieure, non recouverte, forme une ouverture qui s'abouche directement avec la cavité centrale. Ce sont donc, pour ainsi dire, autant de compartiments ou des boîtes polygonales adossées les unes aux autres, placées sur la paroi interne du poumon et privées de couvercle (fig. 2, *aaaa*).

Au fond de ces boîtes s'élèvent d'autres cloisons qui les subdivisent en plusieurs compartiments, mais qui sont moins hautes que les précédentes. Il en résulte que les espaces limités par ces cloisons plus basses constituent à leur tour des boîtes plus basses que celles dans lesquelles elles sont placées ; mais le fond est formé par la même paroi pulmonaire, et elles communiquent aussi directement avec la cavité centrale (fig. 2, *bb*).

§ XVIII. — Cette disposition, déjà visible à l'œil nu, devient encore plus évidente lorsqu'on emploie de faibles grossissements (15 à 20 fois). En changeant le foyer du microscope, en les haussant ou en les baissant, on distingue facilement les parois saillantes plus hautes et celles qui sont plus basses. Nous appellerons désormais les espaces limités par les hautes cloisons, les *cavités terminales* (fig. 2, *aa*), et les espaces renfermés dans celles-ci et circonscrits par les cloisons plus basses des *utricules* (fig. 2, *bb*).

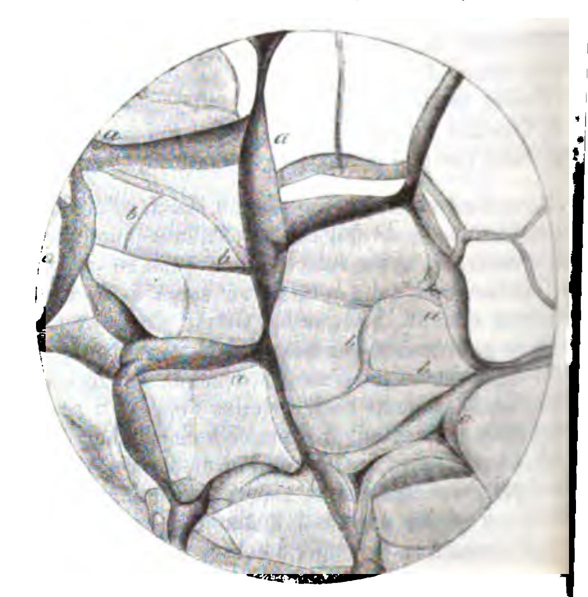


FIG. 2. — Poumon de la grenouille : *a a a a*, cavités terminales ; *b b b*, utricules ; grossi 15 fois.

Nous pouvons, par conséquent, résumer la structure du poumon de la grenouille en ces termes : A la surface interne de la paroi pulmonaire existent des cavités terminales adossées les unes aux autres, et au fond desquelles on aperçoit plusieurs (4-5) utricules. Ceux-ci, pas plus que les cavités

ne sont pas clos du côté de la cavité centrale, avec laquelle communiquent par conséquent librement et les utricules et les cavités.

§ XIX. — Des coupes faites à travers les cavités terminales fournissent des figures différentes, suivant le sens de la section. Une coupe parallèle à la paroi pulmonaire, près de l'ouverture de la cavité terminale, présente un espace quadrilatéral ou pentagonal; une autre, plus basse, et qui passe à travers les utricules, fait voir ce même espace subdivisé en trois ou quatre compartiments. Enfin, une section faite perpendiculairement à la surface pulmonaire représente les contours de la cavité terminale, formés par les parois latérales et la surface pulmonaire, d'où s'élèvent deux ou trois cloisons saillantes, basses, qui sont les sections transversales des parois utriculaires.

§ XX. — Ces dernières figures nous rappellent les grands espaces polygonaux avec des cloisons saillantes incomplètes décrits précédemment dans les poumons des mammifères. Aussi appellerons-nous désormais ces espaces des *cavités* (fig. 1, *a*), et ceux qui sont limités par des cloisons saillantes à l'intérieur de la cavité, des *utricules* ou des *vésicules* (fig. 1, *b*). On comprend que cette figure est le résultat d'une section de la cavité faite dans le sens de sa longueur, à travers son axe. Lorsqu'au contraire la section est faite près de la surface de la cavité, elle ne comprendra que les utricules coupés, alors non plus longitudinalement, mais bien transversalement. Aussi leur section présentera-t-elle un polygone, comme la section transversale d'une cavité terminale du poumon de la grenouille. Or, dans toute préparation faite sur un poumon de mammifères, on aperçoit, entre les espaces que nous avons désignés sous le nom de *cavités*, une foule de ces polygones, les vésicules aériennes des auteurs. Nous comprenons maintenant que ces polygones sont les sections transverses des vésicules ou utricules, et que leur diamètre varie, pour une et la même vésicule, suivant que la section s'approche plus ou moins de la surface de la cavité.

Il résulte de ce que nous venons de dire que, dans toute préparation faite sur un poumon de mammifère, on aperçoit des cavités coupées longitudinalement et d'autres transversalement, près de leur surface, puisqu'on aperçoit toujours des espaces polygonaux, sections transverses des vésicules, entre les cavités terminales. Or, puisque la section est faite dans le même plan, il s'ensuit que les axes des diverses cavités comprises dans cette section ne sont pas situés tous dans le même plan, puisque les unes sont coupées longitudinalement et les autres transversalement. Nous devons en conclure que les cavités sont placées dans les directions les plus diverses; que les unes sont posées perpendiculairement, les autres obliquement, ou parallèlement à la surface du poumon. Il suffit, pour le moment, de signaler ce fait, dont nous aurons l'explication plus tard, lorsque nous étudierons le rapport des cavités avec les bronches.

§ XXI. — Les cavités sont donc les éléments importants et caractéristiques du poumon qu'il s'agit d'étudier, lorsqu'on veut connaître les différences qui peuvent exister suivant l'espèce, l'âge, le sexe, etc. Ces différences, en effet, ne peuvent guère être saisies uniquement par l'examen des utricules ou vésicules, comme l'ont fait jusqu'à présent les auteurs, vu que la même vésicule offre des diamètres divers, suivant que la section est plus ou moins rapprochée de sa base.

III. — *Des différences suivant l'âge, le sexe*, etc.

§ XXII. — En comparant entre elles les cavités terminales des animaux, suivant l'âge, nous sommes arrivé à ce résultat, que ces espaces sont beaucoup plus petits dans les jeunes animaux que dans les adultes, plus petits chez l'enfant que chez l'homme adulte, plus grands chez le vieillard que dans l'âge viril (voir, pour les détails, notre *Anatomie microscopique*, t. II, p. 325. Paris, 1857). Ainsi, les cavités terminales d'un enfant de sept ans mesurent 0,3 à 0,6 de millimètre, et celles du lobe inférieur du poumon, chez un homme âgé de vingt-six ans, mort accidentellement, près d'un millimètre.

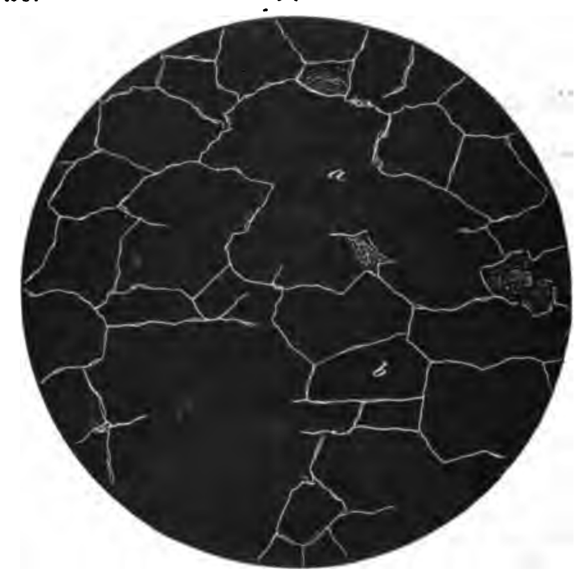


Fig. 3. — Homme âgé de vingt-six ans, mort accidentellement. Lobe supérieur, vu par réflexion : *a*, cavités ; *b*, utricules ; grossi 65 fois.

§ XXIII. — Des différences marquées existent entre la grandeur des cavités terminales du lobe supérieur et celles du lobe inférieur. Les premières (fig. 3) avaient, par exemple, chez un homme bien portant, âgé de 26 ans, mort à la suite d'une chute, 0,5 à 0,6 de millimètre, c'est-à-dire les dimen-

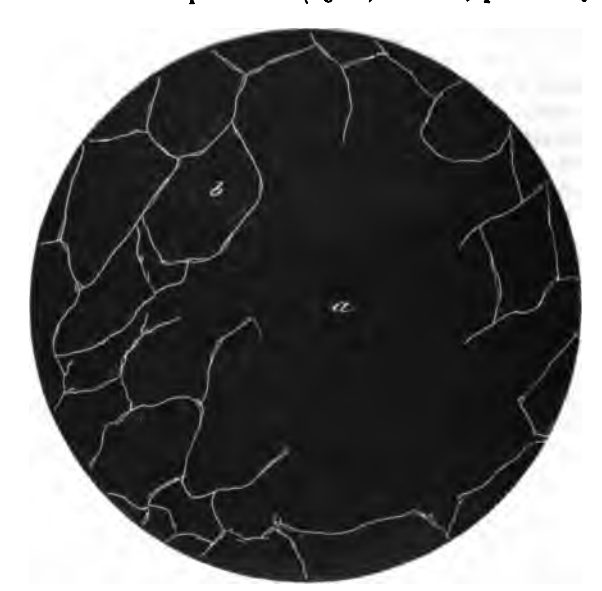


Fig. 4. — Même sujet. Lobe inférieur : *a*, cavités ; *b*, utricules.

sions des cavités chez l'enfant ; tandis que, chez ce même individu, la grandeur des cavités terminales atteignait, dans le lobe inférieur, près d'un millimètre (fig. 4, a). On peut donc dire que le lobe supérieur persiste au degré de développement qu'il a atteint dans la jeunesse, tandis que le lobe inférieur continue à s'agrandir. Ces détails anatomiques s'accordent avec les phénomènes constatés par l'auscultation différentielle des lobes supérieur et inférieur.

(La fin à un prochain numéro.)

III.

REVUE CLINIQUE.

Un cas d'échinocoques du foie ; opération (1).

Obs. — Madame J..., âgée de dix-huit ans, mariée depuis trois mois à un ouvrier en ambre de Dantzig, me consulta pour la première fois au mois de mars 1853. Elle était d'une bonne constitution, grande et svelte, et avait joui jusqu'à ce moment d'une parfaite santé. L'objet de la consultation était une tumeur ayant son siége dans la région du foie et qui s'était développée lentement et sans douleur depuis un an environ.

Voici ce que j'ai constaté :

Une tumeur résistante s'étendait de l'hypochondre droit jusqu'au nombril et dépassait à gauche la ligne médiane d'environ trois largeurs de doigt. En l'explorant, je sentis à sa superficie, dans trois endroits différents, des proéminences de douze millimètres de hauteur et d'un diamètre de 4 à 7 centimètres, ayant la forme de boules et présentant une grande tension ainsi qu'une vague fluctuation (mais non l'espèce de bourdonnement propre aux hydatides) ; l'une de ces proéminences avait son siége au creux de l'estomac, la seconde immédiatement au-dessous de la première, la troisième à droite de l'ombilic. La tumeur était quelque peu mobile ; la pression n'en était nullement douloureuse. A la percussion, la région tuméfiée rendait un son mat qui s'étendait jusqu'à la hauteur de la quatrième côte. Du reste, nul trouble dans les fonctions du foie, point de coloration ictérique ; les autres organes de l'abdomen, ainsi que ceux de la poitrine, étaient parfaitement sains.

Je vis que j'avais affaire à un cas d'échinocoques du foie, car ce n'est que dans cette affection hépatique que la santé générale reste bonne (à moins cependant qu'il n'y ait du trouble causé par la pression plus ou moins grande de la tumeur sur les organes environnants). Ce ne pouvait être une affection carcinomateuse, qui amène toujours à sa suite un extérieur cachectique. Ce qui de plus ne me permettait pas de diagnostiquer une affection de ce genre, c'était le jeune âge de la malade, aussi bien que le manque de dépôts carcinomateux dans les autres organes, et surtout dans les glandes lymphatiques. Ce ne pouvait pas non plus être un abcès du foie, puisqu'il n'y avait ni fièvre, ni douleurs dans la région de l'organe attaqué. L'absence du bourdonnement hydatique, que Piorry signale comme un signe pathognomonique des affections causées par les échinocoques, ne pouvait détruire mon diagnostic, puisque ce phénomène ne se présente pas toujours, surtout quand les parois des kystes contenant les échinocoques sont soumises à une grande tension.

On connaît le peu d'action de la médication interne dans cette affection. J'eus ici et le temps et l'occasion d'observer l'inefficacité de tous les remèdes préconisés contre cette maladie. Je me servis pendant longtemps et sans succès de solutions concentrées de sel culinaire appliquées sur la région de la tumeur, de frictions avec l'onguent d'iodure de potassium et d'applications locales de teinture d'iode. L'emploi interne de ces remèdes, vantés par Budd et Hawkins, n'eut pas plus de succès. J'essayai l'effet du mercure, dont l'affinité pour le foie est connue, ainsi que l'action destructive qu'il exerce sur tous les organismes animaux ; le calomel, donné jusqu'à salivation, resta sans effet. Un état d'anémie se développant de plus en plus chez ma malade, j'eus recours au fer, qui me rendit de bons services.

Au mois d'août 1853 (pendant une épidémie de choléra), la malade fut prise subitement de diarrhée et de vomissements bilieux qui amenèrent à leur suite une diminution de volume dans la tumeur. L'espoir que j'eus d'abord de la rupture d'un des kystes et de l'évacuation de son contenu dans le canal intestinal fut bientôt déçu par l'exploration attentive des matières évacuées, qui ne m'en montrèrent d'anormal qu'un excédant de bile.

La tumeur continua à augmenter peu à peu de volume, au point que, au commencement de l'année 1855 (c'est-à-dire après deux ans d'observation), elle remplissait tout l'hypogastre droit, et qu'elle dépassait à gauche la ligne médiane de cinq à six pouces.

L'abdomen avait la circonférence qu'il atteint chez la femme dans les derniers mois d'une grossesse. Deux des proéminences avaient pris surtout une grande extension. Le son mat de percussion s'étendait au-devant jusqu'à la troisième côte, et par derrière jusqu'au milieu de l'omoplate. Dès cette époque, cette énorme tumeur, par la pression qu'elle exerçait sur les organes environnants, détermina de graves accidents : la malade se plaignit d'engourdissement le long du nerf crural droit, et, dans l'épaule du même côté, de ces violentes douleurs sympathiques qui accompagnent ordinairement les affections du foie ; la respiration devint courte et difficile ; un œdème des membres inférieurs se développa peu à peu ; peu de temps après l'hydropisie avait envahi tout l'abdomen, qui prit une extension énorme.

Au commencement du mois d'août 1855, la dyspnée augmenta tellement d'intensité, que je fus forcé de faire une ponction de l'abdomen ; j'enfonçai le trocart à un endroit de l'hypogastre gauche que la tumeur n'avait pas encore atteint ; évacuation d'environ [illegible] litres de liquide. Huit jours après je dus renouveler l'opération. Comme je voyais mon diagnostic se vérifier de plus en plus, j'entrepris, vers le milieu du mois, et avec l'assistance de M. le docteur Wagner, de vider le kyste, qui avait son siége au creux de l'estomac ; ne le trouvant ni situé profondément ni couvert du parenchyme du foie, j'en fis la ponction immédiate au moyen d'un trocart rond et de volume moyen. Évacuation d'environ onze décilitres d'un liquide clair et limpide, et, peu après, d'environ cinq litres [illegible] décilitres d'un liquide clair aussi, mais légèrement jaunâtre ; affaissement complet du kyste après l'opération. Le contenu ne montra aucune trace de dépôts calcaires, comme on en trouve souvent dans celui des kystes d'un volume considérable et [illegible] anciens. Je ne pus découvrir, au moyen du microscope, d'éléments morphologiques ni dans l'un ni dans l'autre liquide. L'épidémie de choléra qui régnait alors me prenant tout mon temps, je ne pus faire l'analyse chimique des liquides. Après l'opération, les douleurs sympathiques de l'épaule droite augmentèrent d'intensité et durèrent quatre heures ; elles se renouvelèrent chaque fois qu'une ponction fut pratiquée.

L'opération ne soulagea la malade que momentanément : au bout de huit jours, je dus renouveler la ponction de l'ascite, ainsi que celle du premier kyste ; il ne sortit de ce dernier que cinquante-sept centilitres du même liquide jaunâtre. Je n'observai point la suppuration du kyste, accident qui se présente souvent à la suite de la ponction, et qui est fort à redouter.

Le 8 septembre, je me décidai à ouvrir le kyste énorme qui avait son siége dans l'hypogastre droit. J'avais renvoyé de jour en jour cette opération, ayant observé dans toute l'étendue du kyste une espèce de crépitation que je crus d'abord devoir attribuer à une exsudation qui commençait à se former dans le péritoine ; cependant la constance des phénomènes et l'absence complète de douleurs au siége du kyste me firent abandonner cette opinion. Thompson (voyez Budd, *Maladies du foie*, trad. allem. de Henoch ; Berlin, 1846, p. 420) a déjà mentionné cette crépitation particulière, mais il ne l'a point expliquée ; je crois qu'elle provient du déplacement et de la friction qui ont lieu parmi les nombreuses

(1) Cette observation est traduite du *Deutsche Klinik*.

petits kystes contenus dans le kyste principal, lorsqu'on exerce une pression sur ce dernier. Il ne s'évacua que quelques gouttes d'un liquide épais, jaunâtre, muqueux, auquel étaient mêlés des lambeaux de membranes transparentes, que je reconnus appartenir à de petits kystes d'échinocoques. Je vis qu'il y avait un obstacle qui empêchait l'écoulement du contenu du kyste principal, et je ne pus parvenir à l'écarter, ni au moyen d'une sonde que j'introduisis dans la canule du trocart, ni en faisant prendre à la malade les positions les plus diverses. Supposant qu'un kyste d'un plus grand volume bouchait l'orifice de la canule, j'introduisis dans cette dernière une seringue, et ayant fait quelques aspirations à vide, j'eus le plaisir de retirer, suspendu à l'orifice de la seringue, un kyste d'échinocoque rompu, de la grosseur d'une noix. Par cette manœuvre, et avec l'assistance de M le docteur Abegg, je parvins, en quatre heures, à évacuer du kyste principal environ 300 à 400 kystes secondaires, dont la grosseur variait de celle d'un pois à celle d'une noix. Les plus petits kystes sortirent intacts et sans que j'eusse besoin de faire usage de la seringue; leurs membranes, tantôt limpides, tantôt légèrement nuageuses, renfermaient un liquide parfaitement clair, tandis que celles des kystes d'un volume plus considérable étaient ternes, à demi transparentes et remplies, soit en entier, soit seulement en partie, d'un liquide épais et jaunâtre semblable au pus. Ces derniers kystes étaient donc les plus anciens, déjà sans vie, et leur contenu avait été en partie résorbé. Avec ces kystes il sortit environ quatre litres six décilitres d'un liquide jaune, muqueux, inodore; chaque extraction (à l'aide de la seringue) d'une cinquantaine à une soixantaine de kystes était suivie d'une évacuation d'environ cinq décilitres à un litre de liquide. Il est probable que le kyste principal renfermait des kystes secondaires, qui à leur tour en contenaient de plus petits; quand, au moyen de la seringue, on aspergeait les parois d'un kyste secondaire, on en voyait sortir d'abord les kystes tertiaires, puis le liquide dans lequel ils nageaient. Nous arrêtâmes notre opération dès que nous vîmes des parties sanguinolentes mêlées au liquide. L'opération ne fut suivie d'aucun accident fâcheux; la malade ne se plaignit que de ces douleurs, dans l'épaule droite, dont nous avons déjà fait mention.

Le microscope nous montra les parois des kystes sans structure propre, et composées de membranes simplement superposées les unes aux autres; leur face interne était couverte de corpuscules de forme ronde, amorphes, non transparents (concrétions calcaires). On découvrait, dans le contenu liquide et trouble des plus grands kystes, de nombreux corpuscules de pus et quelques cristaux de cholestérine, tandis qu'on ne trouvait aucun élément morphologique dans le liquide parfaitement clair des kystes plus petits. Malgré l'examen le plus minutieux, je ne découvris pas non plus d'appendices crochus (1), ni suspendus aux parois des kystes, ni nageant dans leur liquide.

Analysés chimiquement, les liquides se trouvèrent contenir en grande abondance du sel de cuisine et de l'albumine (environ dix-sept onces de cette dernière substance sur quatre litres six décilitres du liquide). Budd prétend qu'on ne rencontre jamais cette substance dans le liquide des kystes, et Heintz (*Jenaische Annalen f. Physiol. und Medic.*, 1850, Band I, Seite 180) dit n'en avoir trouvé que des traces. L'analyse chimique démontre en outre la présence d'acide succinique (qui se précipite en beaux cristaux en forme d'aiguilles, comme succinate de soude?); cet acide, que Heintz a toujours trouvé comme partie constituante du contenu des kystes d'échinocoques, et qui ne se rencontre dans aucun autre liquide animal, peut être considéré comme un signe pathognomonique de cette affection.

Quinze jours après l'opération, le kyste inférieur présentant les phénomènes de la fluctuation, j'en fis la ponction: évacuation d'une trentaine de kystes et de onze décilitres de liquide. Le lendemain la malade fut prise d'une violente diarrhée qui résista à tous les remèdes et qui acheva d'épuiser complétement ses forces. Dans les dernières semaines, l'abdomen avait beaucoup diminué de volume, les kystes étaient beaucoup plus petits, et la disparition de l'ascite prouvait que la pression exercée sur la veine porte n'existait déjà plus, ou du moins était moins prononcée. Cependant les forces continuèrent à faiblir, la diarrhée persista, et la malade mourut le 6 octobre, après avoir gardé le lit pendant dix semaines.

Je ne pus obtenir la permission de faire l'autopsie du cadavre.

Qu'on me permette quelques observations sur le traitement que je fis subir à ma malade. Je crois que j'aurais dû pratiquer plus tôt la ponction des kystes, lorsque la malade n'était point encore épuisée et qu'il n'y avait pas encore de troubles dans la circulation (œdème des extrémités, ascite). La malade supporta parfaitement toutes les opérations à la suite desquelles je n'observai point d'accidents fâcheux (suppuration des kystes). Les divers liquides des kystes n'étaient pas assez irritants pour produire une inflammation du péritoine, car cette membrane fut mise en contact avec ces liquides après chaque ponction. Je ne pus faire usage dans ce cas des injections d'iode recommandées par M. Velpeau; je m'en serais à coup sûr servi, si, comme cela arrive du reste rarement, les liquides des kystes s'étaient souvent renouvelés, ou s'il s'était formé une cavité purulente. Dernièrement encore le docteur Weber (de New-York) a fait mention d'un cas semblable dont la guérison fut obtenue de cette manière (*Prager Vierteljahrsschrift*, 1853, Band IV, Analect. Seite 53), et le docteur Richard rapporte un autre cas de cette nature qui fut guéri à l'hôpital Saint-Louis au moyen d'injections d'alcool

Cette observation est loin d'être unique; des cas pareils ont déjà été observés; aussi Laënnec a-t-il dû se tromper en considérant les kystes d'échinocoques qui ne contiennent point d'embryons, et qu'il a nommés acéphalocystes, comme des êtres complétement différents de l'échinocoque. Les échinocoques n'étaient considérés autrefois que comme des parasites des hydatides. M. Livois (*Recherches sur les échinocoques chez l'homme et chez les animaux*. Paris, 1843), s'appuyant sur environ 800 cas d'échinocoques, prouva le premier l'identité de nature des échinocoques et des hydatides. Dans ces dernières années, MM. Buhl (*Münchener illustrirte med. Zeitung*, 1852), Zeller (*Dissertat.*, Zurich, 1854), Dittrich et d'autres ont décrit, comme un colloïde alvéolaire du foie, une tumeur particulière, qui diffère en certains points des tumeurs ordinaires de cet organe produites par les échinocoques, et dans laquelle on n'observe point d'appendices crochus ou du moins fort peu. Cependant M. Virchow démontra que c'étaient des échinocoques (« *die multioculære, ulcerirende Echinococcen-Geschwulst der Leber* » in den Verhandlungen der phys. med. Gesellschaft in Würzburg, Band. VI, Heft I); tout en citant un autre cas de ce genre, observé par M. Gaillet (*Bullet.*, 1852, p. 519) où de nombreux kystes avaient envahi le foie, la vésicule du fiel, la rate, le ligamentum latum et l'épiploon, et dans lesquels MM. Lebert, Robin et d'autres ne purent découvrir que des traces d'appendices crochus, il conclut qu'il existe des kystes d'échinocoques stériles (Siebold avait déjà dit dans le *Handwœrterbuch der Physiol.* de Wagner, art. Parasite, Band II, Seite 678, qu'un échinocoque de l'homme, rempli d'embryons, ne diffère en aucune façon de l'échinocoque qui n'en présente aucune trace). M. Virchow dit encore qu'il suffit, pour préciser le diagnostic de l'échinocoque, d'en trouver les parois sans structure et composées de membranes vitreuses simplement

(1) Ce sont les appendices crochus qui entourent, en forme de couronne, l'ouverture buccale des échinocoques.

superposées les unes aux autres. Ayant trouvé dans les matières fécales d'un malade des membranes qui avaient les caractères indiqués, il n'hésita pas à poser le fait de la présence d'échinocoques.

Docteur ŒHLSCHLAEGER (de Dantzig).

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 25 MAI 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

PHARMACIE. — *Mémoire sur la fabrication de l'huile de foie de morue destinée aux usages de la médecine*, par M. *Hogg*. — La condition essentielle pour la production de l'huile naturelle et douée de ses propriétés thérapeutiques est, suivant l'auteur, que le poisson dont on l'extrait soit dans un état de parfaite conservation ; l'huile présente alors des caractères physiques qui permettent de la reconnaître immédiatement, et une saveur beaucoup moins désagréable que celle de l'huile brune généralement répandue dans le commerce. M. Hogg joint à son mémoire le dessin de l'appareil employé à Terre-Neuve pour la préparation des huiles. (*Comm. :* MM. Rayer, Valenciennes, Bussy.)

CHIMIE ORGANIQUE. — *Sur la solubilité du phosphate de chaux dans certains liquides organiques de réaction alcaline. Lettre de M. le docteur L. Mandl à M. Elie de Beaumont.* — Plusieurs liquides organiques, neutres ou alcalins, contiennent du phosphate de chaux en dissolution; tels sont, par exemple, le sang, le lait, la salive. On a voulu d'abord expliquer cette solubilité à l'aide d'un acide, comme de l'acide carbonique libre dans le sang, de l'acide lactique dans le lait. Puis quelques chimistes ont invoqué l'action des alcalis (M. Haidlen), du phosphate de soude (M. Enderlin). Suivant M. Haidlen, une solution de phosphate de chaux et de caséine se comporterait tout à fait comme du lait. Enderlin rapporte aussi que, suivant Woehler, les sels ammoniacaux dissolvent le phosphate de chaux, et que, d'après Thomson, le chlorure de sodium possède la même propriété. La gélatine dissout aussi le phosphate de chaux en grande quantité ; et j'ai trouvé, dans mes expériences, que le sucre et l'albumine pouvaient remplacer la gélatine.

Mais ces dernières solutions sont très étendues et demandent, pour être employées, au lit du malade, un état de concentration plus grand. Cependant, toutes les tentatives faites par moi dans ce but ont échoué : dès que j'ai cherché à évaporer la solution pour la concentrer, le phosphate de chaux s'est précipité. Je compte donc reprendre ces expériences en faisant intervenir un sel alcalin.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 2 JUIN 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté après une rectification demandée par M. *Huguier*.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Un rapport de M. le docteur *Lafont*, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Sare. — *b*. Un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Forcalquier, sur une épidémie de cholérine qui s'est récemment déclarée dans les communes de Banon, Montsallier et Redortiers. — *c*. Un mémoire de M. le docteur *Sergeant* (de Neaufle-le-Château), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné, en 1856, dans quelques communes du département de Seine-et-Oise. — *d*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1856, dans les départements de l'Aisne, du Jura et de la Nièvre. (*Commission des épidémies.*) — *e*. Une demande d'analyse d'une nouvelle source découverte près de celle des Célestins, à Vichy. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : — *a*. Un mémoire intitulé : *Toul et Florac comparés au point de vue de l'hygiène, et considérations sur la meilleure marche à suivre pour la confection des statistiques d'hygiène*, par M. *Husson*, pharmacien. (M. [illegible], *rapporteur.*) — *b*. Un mémoire de M. *Masse*, médecin-major au 82e de ligne, sur la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde (M. Michel Lévy, *rapporteur.*) — *c*. Quelques réflexions à propos de la récente communication de M. Devergie, par M. le docteur *Dufay*.

M. *Robinet* dépose sur le bureau des échantillons comparatifs d'eau de Seine puisée à l'époque des basses eaux et de cette même eau filtrée à l'aide des appareils tubulaires de M. *Nadault de Buffon*. (M. Poggiale, *rapporteur.*)

Lectures et Rapports.

PHYSIOLOGIE. — M. le *secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre adressée à M. *Bouley* par M. *Chauveau*, chef des travaux anatomiques à l'École vétérinaire de Lyon, à propos du mémoire de M. le professeur *Bérard* sur la formation physiologique du sucre dans l'économie animale.

M. Chauveau déclare hautement qu'il y a du sucre dans la lymphe et dans le chyle chez les animaux nourris exclusivement à la viande. Mais il a émis sur la source de cette glycose une opinion autre que celle de M. Colin, qu'il considère comme dénuée de tout fondement. L'auteur vient rappeler les faits et les expériences sur lesquels il a basé ses convictions, et que M. Bérard a passés entièrement sous silence.

Il a suffi à M. Colin, dit M. Chauveau, de trouver du sucre dans la lymphe pour affirmer que cette substance s'était formée aux dépens de la trame des tissus. Il fallait d'abord se demander si cette matière sucrée ne venait point du sang. Or, j'ai prouvé qu'il y a du sucre dans le sang de la circulation générale, non seulement chez les animaux en digestion, mais encore chez ceux qui sont privés de nourriture depuis plusieurs semaines.

Sur un cheval à la diète, les troncs lymphatiques versent dans le cœur droit, par l'intermédiaire de la veine cave antérieure, une quantité de lymphe qu'il est impossible d'évaluer à plus de 2 litres par heure, et qui contient, en moyenne, 3 grammes de glycose, à raison de 0gr,150 pour 100 grammes de lymphe. Dans le même temps, le cœur droit reçoit du système des veines caves environ 270 litres de sang, quantité calculée sur le nombre de pulsations cardiaques exécutées en une heure, et sur le volume de sang lancé par le poumon à chaque systole ventriculaire ; et ces 270 litres de sang arrivent au cœur après s'être dépouillés, en traversant le réseau capillaire, de plus de 21 grammes de glycose. Or, sur ces 21 grammes, 3 seulement passent dans les lymphatiques ; et ces chiffres répondent assez à ceux qui voudraient prétendre qu'il y a dans la lymphe plus de sucre que le sang n'en pourrait verser.

Tels sont les faits pressants par lesquels j'ai montré que le sucre lymphatique vient du sang, et non de la trame des tissus.

S'il pouvait exister du sucre dans le sang sans que ce sucre passât dans les vaisseaux lymphatiques, ainsi que semble l'admettre M. Bérard, on pourrait injecter dans le sang une solution de sucre de raisin sans modifier en rien la proportion de glycose contenue normalement dans la lymphe. Il n'en est rien : l'expérience m'a démontré qu'après cette opération la quantité de glycose lymphatique est doublée, triplée, quadruplée !

Le travail présumé de décomposition qui s'opère au sein des tissus ne fait donc pas entrer de glycose dans les lymphatiques. Mais la digestion en introduit-elle ? M. Bérard le soutient, et la preuve qu'il donne de cette assertion, c'est qu'on trouve de la glycose dans le chyle, lequel est composé, d'après lui, de l'humeur lymphatique et de l'humeur puisée dans la cavité des intestins dans la proportion de 1 à 100. Que M. Bérard consulte et dépouille avec soin les tableaux que M. Colin a publiés dans son livre de physiologie, au chapitre de la circulation lymphatique, et il verra combien cette proportion est inexacte ; il verra que la quantité de lymphe recueillie par une fistule pratiquée au canal thoracique est tantôt plus abondante, pendant la digestion, tantôt moindre, et que, dans les deux cas, les différences sont telles qu'on peut très bien n'en pas tenir compte ; il se convaincra ainsi que la digestion n'ajoute que fort peu de chose à la lymphe intestinale ; car si les

chiffres donnés par M. Bérard étaient exacts, la quantité de liquide charrié par le canal thoracique devrait quintupler au moment de la digestion, sextupler, décupler peut-être.

La composition de la lymphe, après qu'elle est devenue chyle, est si peu modifiée, que, s'il y a du sucre dans la lymphe intestinale d'un animal à jeun, on doit le découvrir, en proportion à peu près égale, dans cette même lymphe, après sa transformation en chyle. Mais il paraîtrait que MM. Bérard et Colin l'ont trouvé, sur leur taureau, en quantité supérieure ; et l'excédant, selon eux, a dû être fourni par la digestion. Je répondrai à ces messieurs qu'au moment de la digestion il y a généralement, dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, plus de sucre que pendant l'abstinence ; rien de plus naturel alors que de trouver la glycose de la lymphe intestinale pure moins abondante que celle de la lymphe intestinale devenue chyle. M. Bérard parle vaguement d'une quantité de glycose, contenue dans le chyle, supérieure à celle que contient la lymphe des autres parties du corps : or ceci ne suffit pas, car si la différence est légère, elle peut n'être qu'accidentelle, comme je l'ai trouvé dans quelques expériences exécutées sur le chien.

En résumé, que reste-t-il de l'opinion soutenue par M. Colin sur l'origine de la glycose des vaisseaux lymphatiques et chylifères ? Les personnes impartiales en décideront ; et M. Bérard se félicitera peut-être, un jour, de n'avoir reproduit cette opinion qu'avec la plus grande réserve.

Alimentation. — M. *Chevallier*, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. *Mélier*, donne lecture d'un *rapport sur un mémoire de M. Viau, relatif à la salicorne herbacée* (*Salicornia herbacea*). — Il résulte, des recherches auxquelles la Commission s'est livrée, que la salicorne, récoltée à l'époque de sa végétation, pourrait être utilisée et employée comme alimentaire en concurrence avec les légumes servis sur nos tables, les épinards, le pourpier, les haricots verts, etc.

Le ministre de la marine pourrait donner des instructions aux chefs des vaisseaux de l'État, dans le but de rechercher la salicorne sur les divers points des côtes où les eaux douces se jettent dans la mer. La présence de ce végétal alimentaire, dans diverses stations, serait, dans un grand nombre de cas, précieuse pour nos marins, qui ne peuvent se procurer d'aliments de nature végétale.

La Commission propose de répondre au ministre que la communication qui lui a été faite par M. Viau mérite non-seulement des remercîments, mais encore qu'elle doit fixer son attention, et qu'il y aurait un grand intérêt à ce que le parti qu'on peut retirer de la salicorne herbacée reçût une très grande publicité.

Ces conclusions sont adoptées après quelques observations présentées par MM. *J. Cloquet*, *Chatin* et *Trousseau*.

Orthopédie. — M. *Bouvier*, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. *Bérard*, lit un *rapport sur un mémoire de M. le docteur Duchenne* (de Boulogne) *relatif à l'orthopédie physiologique de la main*. — On sait que les muscles moteurs de la main peuvent être atteints de paralysies partielles, traumatiques, saturnines, rhumatismales, atrophiques, laissant à peu près intacte l'action des muscles antagonistes de ceux qui sont paralysés. On a imaginé de suppléer, dans ce cas, les muscles impuissants par des corps élastiques, disposés de manière à faire exécuter aux doigts les mouvements dont ils sont privés. Après avoir rappelé les appareils mécaniques imaginés par Delacroix, par M. Millet et par M. Rigal (de Gaillac), le rapporteur expose comment M. Duchenne a été conduit à appliquer à l'orthopédie de la main les données qu'il avait recueillies dans ses explorations électro-physiologiques sur les phénomènes de l'action musculaire.

A l'aide de l'analyse physiologique des paralysies de la main, on peut étendre à toutes les variétés l'emploi du moyen orthopédique qui n'avait encore été appliqué que dans la paralysie des extenseurs. M. Duchenne a décrit dans son mémoire : 1° le gantelet des extenseurs des doigts ; 2° le gantelet des extenseurs du poignet ; 3° le gantelet des interosseux ; 4° le gantelet des muscles de l'éminence thénar.

Des malades, dont l'observation est rapportée par M. Duchenne, ont recouvré, à la faveur du gantelet des muscles de l'éminence thénar, la faculté de manier aisément une plume, un crayon, une aiguille, un compas, de ramasser et de saisir les plus petits objets, d'écrire, de dessiner, de coudre.

Comment, dans toutes ces circonstances, une force élastique morte, invariable, peut-elle créer un antagonisme semblable, en apparence, à celui qui résulterait de l'action vitale du muscle qu'elle remplace ?

M. Bouvier examine, à ce propos, le mécanisme des mouvements volontaires, tel que l'admettent encore, avec Galien, beaucoup de physiologistes modernes. Il observe que, si cette théorie était vraie, il arriverait, suivant la juste remarque de M. Duchenne, que chaque fois que les parties cesseraient de se mouvoir dans le sens des muscles sains, elles seraient entraînées brusquement en sens contraire par les ressorts antagonistes, et que, au lieu de la précision, de la netteté des mouvements qu'ils procurent, on ne verrait qu'une suite de secousses, de saccades irrégulières qui jetteraient le trouble dans les actes de la volonté.

Le rapporteur passe ensuite à l'étude du principe contraire à celui de Galien, le principe de l'action des antagonistes dans la production des mouvements, formulé par Winslow et soutenu depuis par Bordenave et J. Hunter.

Dans cette théorie, récemment développée par un savant médecin de Lyon, M. Foulhioux (*Recherches sur la nature et le traitement de la danse de Saint-Guy*), on se rend aisément compte de l'effet des muscles artificiels. Les muscles naturels, leurs antagonistes, agissent, comme à l'ordinaire, en *modérateurs* du mouvement, et le règlent, lorsqu'il y a lieu, dans le sens de la force élastique. Il ne faut, pour cela, ni préparation ni étude, et l'on comprend ainsi comment on s'aperçoit à peine, chez certains malades, de l'artifice qui leur rend l'usage de leurs membres.

Telle est aussi l'explication donnée par M. le docteur Duchenne, qui voit dans les faits qu'il a communiqués à l'Académie la démonstration de la double action nerveuse qui préside à l'exécution des mouvements volontaires, en provoquant, d'une part, la contraction de certains muscles, et, de l'autre, la contraction simultanée de leurs antagonistes, immédiatement suivie d'un relâchement de ces derniers, proportionnel et parallèle à l'action des principaux moteurs, les antagonistes agissant toujours de manière à modérer le mouvement et à le rendre ainsi plus sûr.

Cette théorie, dit M. Bouvier, est appuyée de preuves expérimentales qui manquaient à celle de Winslow, et qui semblent de nature à effacer enfin l'erreur de Galien des traités classiques de physiologie.

Certaines causes anéantissent dans le système nerveux la faculté de relâcher à volonté les antagonistes des muscles paralysés, qui, au contraire, se contractent spasmodiquement avec d'autant plus de force que le malade fait plus d'efforts pour produire le mouvement opposé. C'est ce qu'on voit, par exemple, aux fléchisseurs de la main et des doigts, dans certaines formes d'hémiplégie cérébrale qui affectent plus spécialement leurs extenseurs. M. Duchenne ne croit pas les muscles artificiels avantageux dans cette circonstance, où l'on ne peut, en effet, obtenir la même harmonie de mouvements.

M. Duchenne a appliqué également les appareils élastiques aux paralysies partielles des membres inférieurs.

En résumé, dit M. Bouvier, le travail présenté à l'Académie par M. le docteur Duchenne (de Boulogne) est un pas de plus dans la voie ouverte et à peine tracée par les praticiens qui l'ont précédé ; c'est une application importante de ses découvertes physiologiques au soulagement d'une classe d'infirmes trop négligée de la plupart des médecins.

Nous avons l'honneur de vous proposer : 1° d'adresser des remercîments à M. Duchenne ; 2° de déposer son mémoire dans les archives de l'Académie.

M. *Guérin* s'élève contre la théorie de l'action des muscles antagonistes dans la production des mouvements. Selon lui, un mouvement n'est jamais le fait d'un muscle unique : il est la *résultante*

de plusieurs actions musculaires se produisant simultanément sur un même levier, pour arriver à un même but définitif.

M. *Bouvier* soutient qu'il y a des antagonismes dans le système musculaire, et qu'il y en aura toujours, là comme ailleurs.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Discussion sur les anesthésiques.

M. *Devergie*. Avant d'aller plus loin, je demande à l'Académie la permission de formuler de nouveau mon opinion, qui a été mal comprise par les orateurs de la dernière séance, et mal interprétée par une partie de la presse médicale.

Je n'ai pas prétendu, comme on me l'a fait dire, que les accidents graves qui accompagnent quelquefois l'emploi des anesthésiques dussent être toujours attribués à l'asphyxie. J'ai dit et je répète que, chez l'homme, le genre de mort par les anesthésiques n'est pas constant ; qu'il est, au contraire, très variable : ce qui rend compte des explications si diverses qu'on en a données. J'ai avancé, en outre, que la mort arrivait *quelquefois* par asphyxie ; et c'est pour prévenir ces cas, que je considère d'ailleurs comme l'*exception* et non comme la règle, que j'ai conseillé l'usage d'appareils spéciaux à inhalation, capables à la fois de garantir les malades d'un danger réel, et de mettre à couvert la responsabilité du médecin.

M. *J. Guérin*. Messieurs, la question, telle qu'elle vient d'être posée par M. Devergie, est inspirée par un sentiment si louable, qu'il est impossible de ne pas applaudir au but qu'elle se propose. Quoi de plus sage, en effet, et de plus utile à la fois, que d'éviter à un opéré des accidents mortels, auxquels expose le chloroforme, et que de soustraire le praticien à tout ce qui pourrait engager sa responsabilité ?

Mais M. Devergie ne s'est préoccupé que d'une classe d'accidents, et c'est à l'asphyxie seule qu'il a songé à obvier. Encore n'a-t-il eu en vue qu'un genre d'asphyxie : celle qui résulte, soit de la privation d'air, soit du défaut d'action des muscles respiratoires. Or, je crois que cette espèce d'asphyxie, que j'appelle asphyxie *mécanique*, est extrêmement rare, qu'elle ne se produit peut-être même jamais dans l'éthérisation. Des faits nombreux et des recherches encore récentes sur les chiens et les lapins m'ont appris que le chloroforme détermine, chez les animaux, un véritable empoisonnement : les accidents qu'il provoque, la mort qu'il amène parfois, sont le résultat d'une action spéciale sur les centres nerveux, d'une influence directe sur les nerfs qui président aux fonctions respiratoires : je désigne l'ensemble de ces phénomènes sous le nom d'asphyxie *toxique*.

Il est cinq heures. M. *J. Guérin* continuera son argumentation dans la prochaine séance.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 1er MAI 1857. — PRÉSIDENCE DE M. GÉRY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend plusieurs numéros du *Journal médical de Valence ;* fascicules du *Bulletin des hôpitaux* ; plusieurs mémoires de M. Bertherand.

M. *Guibout* fait à la Société la communication suivante :

Obstacle à l'accouchement par un spina bifida de l'enfant.

Au n° 13 de la salle Notre-Dame, actuellement consacrée aux accouchements, fut apportée, dans les premiers jours d'avril, une femme chez laquelle le travail durait déjà depuis un grand nombre d'heures. Cette femme avait fait appeler en ville deux médecins qui n'avaient pas pu la délivrer. A notre arrivée dans la salle le matin pour la visite, nous la trouvâmes dans l'état suivant :

Les deux jambes d'un fœtus à terme sortaient par la vulve. Le toucher ne donnait aucune sensation distincte du reste du fœtus, excepté de la face, que l'on sentait tournée en arrière, vers la symphyse sacro iliaque gauche ; du côté opposé, au contraire, le doigt rencontrait une masse molle dont on ne pouvait sentir les limites ni reconnaître la forme. La femme était épuisée par de longues douleurs ; les contractions utérines avaient cessé.

Les tractions les plus énergiques sur les jambes du fœtus que j'opérai dans divers sens, avec l'aide de M. Wieland, interne très distingué, attaché au service, n'amenèrent aucun résultat, et ne purent modifier en rien la position du fœtus. J'invoquai alors l'assistance de M. Michon, qui voulut bien se rendre à mon appel. Après de nouvelles et infructueuses tractions, M. Michon crut sentir que la masse molle dont nous avons parlé était comme pédiculée ; car les deux indicateurs, passés l'un en avant, l'autre en arrière, se rejoignaient et se touchaient au-dessus de cette masse à sa partie supérieure. Par conséquent un lacs fut introduit, de manière à contourner le pédicule ; je saisis les deux chefs de ce lacs, au moyen desquels je pus opérer des tractions énergiques, pendant que M. Michon, de son côté, tirait simultanément sur les deux jambes du fœtus. Ce fut par ces efforts combinés que nous amenâmes enfin la délivrance de cette malheureuse femme. L'enfant était mort ; mais tout annonçait qu'il avait succombé pendant le travail de l'accouchement. Il était évidemment à terme, et parfaitement conformé, si l'on en excepte toutefois une tumeur énorme, ayant bien deux fois le volume de la tête, et naissant à la partie inférieure de la colonne vertébrale, au niveau de la région sacrée. Cette tumeur était molle, fluctuante et recouverte par la peau prolongée des fesses. L'enveloppe de la tumeur est assez résistante pour qu'elle n'ait pas cédé aux efforts nécessités pour produire l'accouchement.

Description de la tumeur. — La tumeur est irrégulièrement sphérique, un peu pyriforme ; la grosse extrémité se trouve en haut, et la plus petite en bas. Les dimensions de cette tumeur sont les suivantes : dans le sens vertical, à partir de son pédicule au-dessous de la racine des bourses, jusqu'à son sommet qui est en bas, 20 centimètres ; dans son diamètre transversal, 21 centimètres, et 63 centimètres pour sa circonférence.

Cette poche semble, comme nous l'avons déjà dit, formée par la peau des fesses, énormément distendue, sans changement de coloration ni de texture. A la partie antérieure et supérieure, on trouve l'ouverture anale par laquelle s'échappe une grande quantité de méconium ; le doigt introduit pénètre dans le rectum. Aucune trace de division sur la tumeur ne donne l'apparence de l'interstice fessier.

La tumeur ouverte laisse écouler environ un litre de sérosité limpide légèrement teintée de sang. Les différentes couches qu'on est obligé d'inciser pour arriver au liquide sont les suivantes :

La peau ; le tissu cellulaire sous-cutané sous forme d'une couche lamelleuse très fine ; une couche fibreuse, assez dense, qui semble être la charpente du kyste ; et enfin une couche de nature séreuse, qui tapisse tout l'intérieur de la tumeur, non pas d'une manière uniforme, car il y a sur la partie gauche, en haut, un diverticulum semblant former un second kyste. Ce dernier n'avait pas de communication avec l'autre.

La surface interne est parsemée de tractus qui semblent formés par la membrane interne, froncée sur elle-même, non par le fait de l'évacuation de la tumeur, car ces plis sont adhérents dans toute leur étendue, et ne peuvent être effacés par la distension artificielle.

Le kyste n'a pas de communication avec le canal rachidien, il est fermé de tous côtés. La partie inférieure de la région sacrée, cependant, n'était fermée que par une toile fibreuse peu dense, ce qui me semble indiquer une communication dans les premiers temps de la vie utérine.

Le canal vertébral, ouvert dans toute son étendue, nous présente la moelle se terminant entre la neuvième et la dixième vertèbre dorsale. De ce point divergent les cordons nerveux qui forment la queue de cheval, dont il est difficile de suivre les divisions ; celles-ci au niveau de la tumeur sont devenues tellement grêles et minces, qu'on ne peut les saisir. Néanmoins il semble que l'on puisse en suivre une jusqu'à la partie supérieure du kyste. Si cette poche contient dans ses parois des filets nerveux, ils sont excessivement ténus et fort peu nombreux. Tout le reste du canal vertébral est parfaitement conformé, ainsi que toutes les autres parties du corps du fœtus.

L'opinion de M. Cruveilhier est que nous avons affaire à un spina bifida dont l'ouverture de communication avec le rachis se serait comblé pendant la vie intra-utérine.

Nous partageons complétement cette opinion de l'illustre anatomo-pathologiste, qui a présidé à la dissection de la tumeur. Si cette tumeur n'était pas d'origine hydro-rachitique, comment expliquer sa formation ? D'autre part, cette simple lamelle fibreuse qui ferme le canal rachidien à sa partie inférieure, et dont la ténuité est si remarquable, n'indique-t-elle pas par sa minceur même qu'elle

est de formation récente, et qu'elle s'est produite postérieurement à l'existence de la tumeur, dont elle a ainsi fermé l'ouverture de communication avec la cavité rachidienne? Nous avons donc là une énorme poche dépendante, à l'origine, de la cavité rachidienne, dont elle était en quelque sorte un diverticulum ou un épanouissement, et plus tard, à une époque ultérieure de la vie fœtale, s'étant séparée de cette cavité par une cloison membraneuse. Cette cloison mettant la cavité rachidienne, la moelle et ses enveloppes à l'abri de tout contact extérieur, aurait permis de vider la tumeur du liquide qu'elle contenait et même d'en opérer l'ablation au niveau de son pédicule ; il est donc bien regrettable que la mort de l'enfant ait eu lieu pendant le travail de l'accouchement, puisque l'art aurait pu intervenir d'une manière efficace pour le débarrasser de son infirmité.

Discussion.

M. *Ad. Richard :* Je ne doute point que l'enfant que vient de décrire M. Guibout n'ait réellement présenté un spina bifida ; car l'anatomie pathologique nous montre tous les degrés possibles de cet arrêt de développement depuis les cas extrêmes où l'on a sous la main les méninges revêtues à leur sac interne d'une couche nerveuse jusqu'à ceux où la poche est entièrement isolée du canal rachidien.

J'ai pu une fois assister même pendant la vie à cette transition qui convertit un vrai spina bifida en un kyste isolé. Un enfant âgé de vingt-quatre ou quarante-huit heures m'est amené par une sage-femme, à Saint-Louis. On ne pouvait avoir aucun doute sur la nature de la tumeur sacro-lombaire : transparente, réductible, s'accompagnant de douleurs et de symptômes cérébraux lors de la réduction. C'était l'époque où, malgré des insuccès précédents, je tentais encore une opération contre l'hydrorachis, et je la proposai à la sage-femme, qui voulut consulter la mère. Quand cette dernière fut rétablie, elle nous amena l'enfant, et nous fûmes bien surpris de ne plus trouver trace de spina bifida, pas même aucune déformation des régions épineuses. J'ai dit un mot de l'opération du spina bifida. Malgré certains succès des injections, je conserve toutes mes craintes, car j'en ai autopsié un assez grand nombre. L'hydrorachis, comme l'encéphalocèle, a toujours pour couche interne une surface nerveuse : c'est donc sur cette surface, sur le canal dilaté de la moelle, qu'en définitive l'iode va agir. Bien que de mes yeux j'aie pu en constater en certains cas l'innocuité, les dangers et les inconvénients d'un pareil désordre me frappent assez pour me lier les mains à l'avenir jusqu'à plus ample informé.

M. Boinet : Il faut distinguer les cas, pour le traitement de l'hydrorachis par l'injection d'iode. Si le trou osseux est grand, il faut s'abstenir ; si le kyste est isolé, l'opération est naturellement sans danger. Enfin si la communication est un petit trou, un simple pertuis, on ne doit pas craindre le contact du liquide sur la substance nerveuse. M. Ad. Richard a été témoin avec moi d'un fait chez M. Velpeau : Un petit enfant fut injecté à cinq ou six reprises dans une poche d'hydrorachis, dont la communication intra-rachidienne était évidente. Il n'y eut jamais d'accidents, et la guérison finit par être radicale. L'observation a été publiée par M. Piachaud dans les Archives.

Des faits analogues se sont produits dans la pratique de MM. Nélaton, Chassaignac, Brainard, non pas que la guérison ait toujours eu lieu, mais au moins les accidents n'ont jamais existé.

M *Forget :* Les distinctions qu'établit M. Boinet sont importantes ; mais comment y arriver avant le traitement ? Pour moi, je me figure bien qu'une injection d'iode arrivant dans une poche isolée ou simplement communiquant par un petit pertuis puisse la fermer ; mais si elle est versée sur une membrane nerveuse, comment pourrait-elle en amener l'oblitération ?

M. *Duchenne* (de Boulogne). J'ai entendu avec plaisir les citations très consolantes de M. Boinet. Je puis citer à la Société un résultat moins heureux de l'injection : Un enfant portant un spina bifida fut opéré par M. Maisonneuve ; dès que l'injection iodée fut poussée, immédiatement il se déclara une paralysie complète du mouvement et du sentiment dans la moitié inférieure du tronc et les membres abdominaux : la contractilité électrique elle-même disparut complétement. La tumeur sans doute fut guérie, mais l'enfant, dont la moitié du diaphragme était paralysée, fut asphyxié par une bronchite.

M. *Boinet* fait remarquer que l'enfant dont M. Duchenne a raconté l'histoire présentait, avant l'opération, des accidents nerveux, de la rétraction musculaire, signes évidents d'une lésion de la moelle, et qu'il est dès lors juste de ne pas les attribuer à l'injection iodée.

Quant au traitement du spina bifida, M. Boinet pense qu'il vaut mieux ne pas opérer aussitôt après la naissance, parce que l'expérience démontre qu'il y a quelquefois guérison spontanée ; il conseille donc d'attendre jusqu'à l'âge de un an, dix-huit mois.

Il ne partage pas la crainte exprimée par quelques membres de la Société et relative à la possibilité de léser la moelle épinière, au moyen de l'injection iodée. Chez les enfants, la moelle arrivant rarement jusqu'au spina bifida, on ne peut pas l'atteindre.

Au point de vue du pronostic, M. Boinet reconnaît que les tumeurs pédiculées se trouvent dans des conditions plus favorables pour le traitement ; cependant on a pu obtenir des succès lorsque les tumeurs offraient une base plus large.

M. *Forget*, tout en acceptant les succès constatés dans les cas où le spina bifida communique largement avec le canal rachidien, conseille de ne pas employer l'injection iodée : à son avis, de tels succès sont des succès malheureux, parce qu'ils encouragent les praticiens timides ou prudents à entreprendre des opérations trop périlleuses.

Nomination d'un secrétaire particulier.

M. *Raoul Leroy* (d'Étiolles) est nommé à la majorité des suffrages.

La séance est levée à cinq heures.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 5 JUIN 1857.

1° Rapport de M. *Duparcque*, sur plusieurs mémoires du docteur Bertherand.

2° Communications sur la nature et le traitement du diabète, par M. *Fauconneau-Dufresne.*

3° Rapport de présentation du docteur Gras, par M. *Baillarger*.

Élection de plusieurs membres correspondants.

Société médicale allemande de Paris.

SÉANCE DU 2 MARS 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MEDING.

De l'absorption de l'albumine dans l'intestin grêle.

En 1854, M. le docteur Knapp fit, dans le laboratoire de M. Lehmann, à Leipsick, une série d'expériences sur l'absorption de l'albumine par l'intestin grêle. Il dirigea d'abord ses recherches sur ce côté de la question, à savoir si le degré de concentration de la solution albumineuse exerce de l'influence sur l'absorption, se proposant de reprendre plus tard ses expériences dans un autre sens. Voici de quelle manière M. Knapp procédait : Après avoir fait une incision à l'abdomen d'un lapin, il en faisait sortir une anse intestinale qu'il vidait en la comprimant légèrement entre les doigts ; puis, y ayant appliqué deux ligatures très rapprochées l'une de l'autre, il pratiquait entre elles une petite ouverture par laquelle il injectait la solution d'albumine. Après avoir fermé la plaie de l'intestin par une troisième ligature, il le réduisait, réunissait par un point de suture la plaie abdominale, et abandonnait les animaux à eux-mêmes. Cette opération ne les faisait pas trop souffrir, car ils continuaient à manger avec appétit et conservaient presque toute leur vivacité.

La solution albumineuse injectée était du sérum de sang de

couleur grisâtre ou noirâtre. Le cœur était légèrement hypertrophié ; les valvules étaient normales. Les autres organes n'ont pu être examinés.

Des fragments provenant des poumons de ce sujet furent envoyés au professeur Bennett (d'Édimbourg) et au docteur Beale ; l'examen microscopique qui en a été fait par ces médecins a donné des résultats qui concordent avec ceux qu'avait obtenus le docteur C. Hall lui-même. Ces résultats conduisent à cette conclusion que les lésions du parenchyme pulmonaire sont le résultat d'un travail chronique d'exsudation, et qu'elles ne diffèrent en rien d'essentiel de celles qui caractérisent la pneumonie chronique. La coloration noire que présentaient la plupart des points affectés résultait en grande partie de l'adjonction d'une certaine quantité de granules pigmentaires à la matière exsudée. La matière granuleuse noire siégeait aussi, dans certains points, dans l'épaisseur même des tubes bronchiques les plus ténus et sous la membrane muqueuse qui tapisse ces tubes. Elle formait par accident des conglomérats qui paraissaient parfois renfermés dans une cellule. Tout porte à croire que cette substance granuleuse noire provient d'une altération particulière, d'une sorte de dégénérescence des globules du sang. Un fait bien digne d'être noté, c'est que les parties altérées des poumons renfermaient çà et là des particules de grès ; mais le docteur Hall n'est pas parvenu à y démontrer l'existence des particules métalliques.

Les moyens prophylactiques proposés par l'auteur ne diffèrent guère de ceux qui ont été recommandés par les hygiénistes français, et qui sont, pour la plupart, mis en usage dans nos manufactures. Ils consistent surtout : 1° à réduire le nombre des heures de travail ; 2° à empêcher que les enfants ne soient admis dans les ateliers ; 3° à obliger les ouvriers qui font l'aiguisage à sec de se servir constamment d'appareils de ventilation appropriés ; 4° à faire en sorte que les aiguiseurs à sec et les aiguiseurs sur la meule humide ne soient pas réunis dans un même compartiment de l'atelier.

Pour ce qui est du traitement de la maladie une fois déclarée, voici, en abrégé, quels sont les moyens le plus habituellement employés : les individus affectés sont éloignés pour quelque temps des ateliers ; les vésicatoires volants, des ventouses sèches sont, à plusieurs reprises, appliqués sur différents points de la poitrine ; l'emploi de l'huile de croton ou de la térébenthine, en frictions, se montre souvent utile, et les médicaments expectorants sont souvent mis en usage avec succès. L'usage du baume de copahu, les inhalations de vapeur de goudron, de créosote ou de chlore, très dilués, sont très utiles, principalement dans les cas où l'expectoration est très abondante.

On voit, par ce résumé du travail du docteur Hall, que les observations de ce médecin concordent sur tous les points essentiels avec celles que le docteur Desayvre a été à même de faire sur les ouvriers de la fabrique d'armes de Châtellerault, et qu'il a consignées dans un mémoire fort intéressant dont la GAZETTE HEBDOMADAIRE a fait plusieurs fois mention (n° 12, p. 109, et n° 7, p. 98, 1856). Ces travaux nous paraissent établir d'une manière définitive qu'il existe chez les aiguiseurs une maladie particulière ; que cette maladie est déterminée par l'inspiration et l'introduction, dans les voies aériennes profondes, des particules de grès qui sont projetées par les meules pendant l'aiguisage ; qu'elle consiste surtout en une inflammation chronique et disséminée du parenchyme pulmonaire, dont la conséquence principale est la formation de noyaux indurés, plus ou moins nombreux et plus ou moins consistants, infiltrés, pour la plupart, de granulations mélaniques, et qui, à une époque, peuvent subir un travail de ramollissement et donner ainsi lieu à la formation de cavernes dans les poumons. On ne peut, en outre, méconnaître que les lésions pulmonaires qui ont été rencontrées par M. Tardieu (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, 2e série, 1854, t. II, p. 1, et *Gazette hebdomadaire*, n° 7, p. 98, 1856) chez les mouleurs en cuivre, et celles qui ont été décrites chez les houilleurs par les médecins anglais, ont une très grande analogie avec les altérations qui peuvent se manifester dans les poumons chez les ouvriers aiguiseurs. (*British Medical Journal*, mars, nos 11, 12, 13 ; avril, nos 15, 16. 1857.)

Note sur deux cas de fièvres pernicieuses intermittentes,
par M. le docteur MINERVINI.

Les fièvres pernicieuses sont beaucoup plus fréquentes en France qu'on ne l'a cru longtemps. C'est un fait que l'on commence à reconnaître. Leur caractère insidieux a, d'ailleurs, si souvent donné lieu à de funestes méprises qu'on ne saurait trop s'efforcer, en multipliant les exemples, de mettre les praticiens en garde contre les difficultés d'un diagnostic dont dépend la vie ou la mort des malades. Dans un mémoire que nous lûmes il y a plusieurs années à la Société de médecine de Paris, sur 40 cas 33, découverts à temps, furent traités avec succès ; les 7 autres, dont la nature ne fut point soupçonnée, ou pour lesquels il ne fut pas permis d[illegible], eurent une issue rapidement malheureuse.

Parmi divers opuscules dont a daigné nous faire hommage un de nos éminents confrères d'Italie, M. le docteur Minervini de Naples, plusieurs contiennent des faits qui, par leur importance pratique ou les réflexions qui les accompagnent, nous paraissent dignes de fixer l'attention de nos lecteurs. Aussi nous proposons-nous de leur en offrir un résumé en ouvrant cette série par ceux du mémoire dont le titre précède.

Les sujets de ces deux observations sont le mari et la femme, habitant, dans la rue Pacella à Naples, une maison propre, commode, ni humide ni environnée d'eaux courantes ou stagnantes, mais exposée aux vents et au soleil.

OBS. Ire. — La dame, âgée de vingt-deux ans, mère de trois enfants, d'une constitution délicate, néanmoins bien portante, ressent vers les derniers jours d'août 1851 une douleur de tête qu'elle ne soigne pas, l'attribuant à une migraine datant de l'enfance.

Le dimanche matin, au réveil et les heures qui suivent, cette douleur augmente d'intensité. Malgré cela, la malade dîne ; mais, se sentant mal à l'aise, elle se couche et bientôt survient du délire. Une saignée copieuse soulage.

M. Minervini est appelé, le lundi, dans la matinée, et trouve la tête lourde, la langue pâteuse, le ventre gargouillant et le pouls fréquent, déprimé, il croit à un rhumatisme bilieux et prescrit une potion diaphorétique et un purgatif d'huile de ricin.

Même état le mardi matin ; mais sur les midi, la céphalalgie redouble, la malade est prise d'envie de vomir, de dyspnée. Dans la soirée il y a de nouveau du délire. Des sangsues sont appliquées derrière les oreilles. Les symptômes s'apaisent à mesure que coule une sueur profuse.

Le mercredi, un amendement si notable se prononce, qu'on espère la solution prochaine. Réitération du purgatif. A la fin du jour, le pouls s'accélère et se déprime.

Cependant rien de plus grave ne s'était produit le jeudi matin. Tout à coup l'après-midi, à l'heure fatale, un frisson intense envahit tout le corps ; tremblement général, prostration, face cyanosée, extrémités froides, livides, vomissements bilieux, mal de tête cruel, oppression invincible.

M. Minervini ne saurait plus se méprendre à ces signes formidables, à ces brusques revirements. C'est une fièvre pernicieuse algide. Vingt-[illegible] grains de sulfate de quinine furent administrés le vendredi de bonne heure, à la suite d'une consultation avec le docteur Semmola.

Le samedi, le paroxysme manqua ; il n'y eut, ainsi que le dimanche, qu'un peu d'étourdissement, des bourdonnements et de légères nausées. Le mieux, confirmé le lundi, se soutint sans récidive, grâce à des doses décroissantes du fébrifuge continuées les jours suivants.

OBS. II. — M. Minervini ne fut appelé qu'en dernier lieu par le mari, qui avait été pris, au commencement du même mois, d'une façon à peu près analogue. Agé de vingt-six ans, doué d'une santé excellente, cet homme ressent, durant quelques jours, du malaise ; son teint s'altère, puis un mardi il éprouve une vive céphalalgie, de la dyspnée et des quintes de toux qui obligent à faire une saignée. Le mercredi, le pouls est agité, mou, et il se produit une sueur abondante ; on croit reconnaître un rhumatisme bilieux et on administre un purgatif et des sudorifiques.

Le jeudi, accès semblable à celui du mardi et jugé aussi par des sueurs le vendredi.

Consulté alors, M. Minervini resta dans le doute sur le caractère du mal. Mais dans la matinée du samedi, on voit surgir de plus graves accidents. A un frisson incommode se joignent une forte douleur de tête et une sorte de délire. Le malade pleure, se désole, craint de devenir fou. Sa langue est sèche, sa soif ardente. Il est tourmenté par des vomissements de bile répétés, une intolérable dyspnée, de l'anxiété précordiale et d'affreuses toux sans excrétion. Les carotides battent avec force.

M. Minervini, redoutant une pneumonie par la raison que le malade était exposé la veille à un courant d'air, prescrit une seconde saignée.

Le dimanche, à la suite d'un copieuse transpiration, toute trace fâcheuse avait disparu.

Dans la soirée du lundi, retour des accidents, sauf les vomissements. Une éruption herpétique couvre les lèvres; les paupières sont chassieuses. On applique des sangsues à la base du thorax, une sueur arrive et met un terme à la plus douloureuse scène.

La périodicité est alors soupçonnée, mais cette idée est écartée par le consultant, partageant à cet égard l'avis du médecin ordinaire. Cependant, dans la nuit du mercredi, la crise se manifeste plus violente encore que les précédentes.

On en vint enfin au spécifique, qui ne tarda pas à triompher de la maladie.

Dans ces deux cas, la terminaison n'a point été funeste malgré l'administration tardive de la médication antipériodique. Il ne faudrait pas toujours compter sur une pareille chance, car le plus communément le deuxième ou le troisième accès sont mortels.

Quand une forme morbide se dessine équivoquement, affectant une physionomie et une allure insolites, s'accompagnant de phénomènes alternatifs d'exacerbation et de rémission, provoquant des craintes et des désespoirs en apparence chimériques, la prudence conseille alors la suspicion de l'intermittence et par suite l'emploi préventif du moyen propre à conjurer de perfides symptômes. C'est l'occasion du précepte : « *Melius anceps quam nullum.* » Le seul inconvénient serait, d'ailleurs, d'avoir agi sans utilité, le sulfate de quinine, on le sait aujourd'hui, n'exposant guère à des dangers sérieux.

Souvent les périodes d'apaisement sont assez marquées pour que le contraste inattendu de ce calme avec un état naguère violent éveille une salutaire défiance; mais dans beaucoup de cas aussi les paroxysmes *subintrants*, comme on dit, enjambent les uns sur les autres. Le trouble, occasionné par l'accès qui précède, n'est pas encore fini que déjà se manifestent les prodromes de celui qui va suivre; de sorte que la fièvre, apparaissant continue, il est aisé de se méprendre sur sa véritable nature, surtout si, comme nous en avons constaté auparavant et observé depuis des exemples, la perturbation semble s'enter sur quelque affection locale.

Il y a un an, nous eûmes à traiter un vieillard de soixante-huit ans, qui souffrait d'une bronchite aiguë. Cette phlegmasie, peu intense au début, finit par le contraindre à garder le lit. Il s'y ajouta même des signes de pneumonie. Toutefois je ne sais quelle particularité dans l'ensemble des symptômes généraux, une anxiété *suspirieuse* que ne justifiait point l'étendue de la lésion, me faisaient pressentir le génie de la périodicité. Je hasardai 50 centigr. de sulfate de quinine. La position avait peu changé le lendemain. Quelques crachats seulement étaient sanguinolents, rouillés, et en certains points on constatait une crépitation fine, révélatrice de l'inflammation pulmonaire.

Séduit par ces circonstances, un élève qui m'assistait me fit fléchir vers le désordre thoracique. Après une émission sanguine, je prescrivis un émétique. Hélas! bien que par l'effet d'une double évacuation le poumon se trouvât plus libre, la position n'en devint pas meilleure. Dès l'après-midi, au contraire, un cortége d'effrayants phénomènes, frisson, dyspnée, sueur froide, visqueuse, parole cassée, altération des traits, subdélirium, nous présenta l'appareil d'une fin prochaine.

Si j'en étais aux regrets de ma condescendance, ce n'était pas un motif d'inaction et de désespoir. Immédiatement j'ordonnai, à prendre par fractions, 1 gramme de sulfate de quinine. Bien tard, dans la journée du lendemain, un peu de mieux modéra les appréhensions. Je profitai de cet intervalle pour réitérer le remède. Deux autres paroxysmes se montrèrent, mais ils furent moins longs, moins violents, et séparés par des périodes de calme plus parfait. On continua le sulfate de quinine environ une semaine à moindre dose, et une franche convalescence s'établit.

A quelque temps de là je vis un autre vieillard présentant depuis plusieurs mois des signes de ramollissement cérébral. Coïncidemment à une céphalalgie sus-frontale, la vue et les facultés faiblissaient. Ce progrès insensible aboutit, comme d'habitude, à de petites congestions encéphaliques, auxquelles on opposa sangsues, dérivatifs, séton, sans succès.

Le mal de tête devenait intolérable, il y avait du délire. Malgré des oscillations d'aggravation et de soulagement, il était difficile d'attribuer à des symptômes si positifs un caractère d'ataxie; le malade cependant présente, dans une matinée, une physionomie plus rassurante. Mais vers trois heures le délire éclate, les traits s'altèrent, la famille croit à une fin inévitable.

J'arrive à minuit; et en comparant cet état avec ce qui s'était passé précédemment, je me demande si nous n'aurions pas affaire à une complication périodique. Le sulfate de quinine est aussitôt prescrit à haute dose, et quel ne fut pas l'étonnement de tous, quand le lendemain nous assistâmes à une résurrection presque complète.

Tout n'était pas fini, du reste. Force nous fut d'insister sur le fébrifuge, car il y eut encore cinq à six exacerbations revenant de deux jours l'un. Bref, le malade se releva. Malheureusement la lésion cérébrale était réelle. L'amaurose, la démence, allèrent leur train, et quatre ou cinq mois après le patient en subissait les dernières conséquences.

En ce moment je traite un épileptique qui, soit ébranlement produit par les crises, ou suppression de transpiration, a été pris, il y a deux mois environ, d'une fièvre intense dont la marche bizarre nous a laissé dans une grande hésitation. Il semblait au malade qu'on lui enlevait la *calotte* de la tête. Des frissons lui parcouraient le corps, particulièrement d'un côté. Le mouvement fébrile, violent dans la nuit, se modérait le matin, sans cesser d'être fortement prononcé. La langue était habituellement rouge et sèche, la soif inextinguible. Il y avait enfin des sueurs. Saignées, révulsifs, glace sur la tête, tout ayant échoué, je songeai, malgré l'impossibilité de déterminer les stages d'ascension et de déclin des symptômes, à employer les antipériodiques à dose élevée.

Dès lors une modification profonde s'opéra dans l'affection. Le pouls diminua; à des surexcitations distinctes succédèrent des rémissions plus nettes, et grâce à la persistance dans le traitement, le malade a pu recouvrer sa santé habituelle.

Une récidive est survenue, il y a trois semaines. Les accidents, moins graves et plus visiblement rémittents, ont cédé lentement au même remède. Le ventre et les membres inférieurs restent le siége d'un froid pénible. Si l'on discontinue la médication, le mal tend à renaître. Nous nous proposons de faire intervenir les arsenicaux.

Que d'observations semblables ne pourrait-on pas invoquer? J'ai, pour moi, la conviction bien arrêtée que, si l'on était plus familier avec ces affections insidieuses, on épargnerait beaucoup de victimes.

M. Minervini agite assez longuement la question étiologique. Il pense, comme une foule d'auteurs déjà rappelés dans notre mémoire, entre autres Fourcault et M. Michel, qu'on accorde trop aux miasmes paludéens. L'humidité elle-même n'aurait qu'une influence adjuvante; et il résulterait, du rapprochement des preuves positives et négatives, que l'action alternante des vicissitudes atmosphériques, dans les saisons du printemps et de l'automne, aurait surtout une prépondérance flagrante. N'est ce pas en vertu de cette donnée que M. Sélade (de Bruxelles) a produit des fièvres intermittentes artificielles? (*Il Severino*, avril et mai 1852.)

D.

Névrome développé en dedans des méninges de la moelle,
par L. BENJAMIN.

Le malade, âgé de soixante ans, n'avait point été observé de son vivant par l'auteur; il avait éprouvé, sept ans avant de succomber, les premiers symptômes de son mal, consistant en douleurs lancinantes dans les extrémités inférieures; bientôt après était survenue une paralysie de ces membres, puis de la vessie, sans que les douleurs fussent en rien diminuées.

Autopsie. Péricarde épaissi, artères coronaires du cœur ossifiées. Dans les grosses artères, et notamment dans l'aorte descendante,

on trouve des plaques gélatineuses, des taches jaunes et des dépôts osseux. Cerveau sain. La graisse déposée par places sur la dure-mère spinale présente dans ses cellules des amas de cristaux d'acide margarique ; l'arachnoïde spinale, très épaissie et injectée, contient, surtout dans sa partie inférieure, des plaques osseuses, disséminées, dont le diamètre atteint jusqu'à 1/2 centimètre.

Dans la région sacrée, la portion postérieure des méninges était soulevée par une tumeur ; une incision pratiquée à ce niveau mit à découvert une masse pyriforme, reposant sur la queue de cheval, à 6 centimètres au-dessus de son extrémité ; la tumeur avait à peu près le volume d'une olive (3 centimètres de longueur) ; plusieurs branches nerveuses cheminaient à sa surface ou lui adhéraient simplement par leur face profonde, et allaient rejoindre plus bas les autres branches ; d'autres pénétraient directement dans la substance morbide, sans qu'il fût possible de les y poursuivre. La tumeur, de consistance molle, était libre de toute adhérence avec les organes voisins, et semblait suspendue par les cordons nerveux ; elle était de couleur blanc brunâtre ; le névrilème des nerfs qui cheminaient à sa surface lui donnait sur plusieurs points un aspect nacré. Elle était entourée d'une membrane fine et résistante, formée de tissu conjonctif et de fibres élastiques. A la section, elle présenta une substance en partie résistante, grenue, couleur d'ocre, en partie molle, analogue à la moelle et remplie de nombreux kystes du volume d'un grain de mil à celui d'un haricot.

Au microscope on trouva, dans les parties molles, des cellules de pus réunies entre elles par une substance hyaline, amorphe, dans laquelle l'acide acétique fit voir un ou deux petits noyaux. Les portions dures présentaient un stroma formé de fibrilles entrecroisées irrégulièrement dans toutes les directions, et ressemblant les unes à des fibres élastiques, les autres à des fibres nerveuses ; dans ce stroma étaient déposées une multitude de grosses cellules granulées. Beaucoup plus rarement on rencontra des cellules elliptiques, fusiformes, purulentes, des corpuscules amylacés ou des granulations graisseuses. Les kystes étaient généralement petits ; un seul avait atteint le volume d'un haricot ; leur paroi, très délicate, enfermait un liquide jaunâtre, gélatineux, sans particules organisées ; plusieurs cellules voisines communiquaient ensemble.

Des vaisseaux volumineux traversaient la tumeur. Les taches jaunes dont nous avons parlé plus haut, consistaient en granulations et en conglomérats arrondis de pigment cristallin, provenant évidemment d'extravasations sanguines.

En examinant les nerfs qui pénétraient dans la tumeur l'auteur constata que, même sur leur partie saine en apparence, au voisinage de la tumeur, ils contenaient des cristaux de pigment couleur de rouille, des cellules analogues à celles qui ont été décrites plus haut et des granulations graisseuses. Dans les parties comprises dans l'épaisseur de la tumeur, les cellules étaient accumulées en masse entre les fibres nerveuses, dont la terminaison n'a pu être déterminée d'une manière bien nette, mais qui semblaient se continuer avec les fibres du stroma.

Il s'agissait là, dit l'auteur, d'un vrai névrome, car la tumeur contenait de la substance nerveuse, altérée pathologiquement ; ce n'était point un produit morbide qui avait simplement contracté des adhérences avec les cordons nerveux. (*Archiv von Virchow*, janvier 1857.)

De l'embryotomie thoracique, par le docteur Giuseppe Posta.

Même sujet, par MM. Dureau, Dubreuilh et Gaubrie.

L'opération dont il s'agit est destinée aux cas d'enclavement de l'épaule avec sortie du bras.

L'auteur commence par attaquer une pratique déjà condamnée, ce nous semble, aux yeux de la presque totalité des accoucheurs : celle de l'amputation du bras. On s'accorde, en effet, à reconnaître que cette opération, qui n'ajoute pas de grandes facilités, soit à la version, soit aux autres manœuvres, est au moins inutile. M. Posta rappelle ensuite qu'il n'est pas toujours possible, soit qu'on ait fait rentrer le bras, soit qu'on l'ait laissé en place, d'aller chercher les pieds pour opérer la version ; il rejette avec grande raison l'espèce de béquille inventée dans ce but par Burton, rappelle les préceptes d'un célèbre accoucheur napolitain, le docteur Cattolica, qui recommande de ne pas tenter de faire rentrer le bras dans l'utérus quand les eaux sont écoulées depuis quelque temps, de ne pas pratiquer l'amputation, de bien se garder d'aller saisir l'autre main pour tirer sur les deux bras, mais d'opérer la version par les pieds ; et, arrivant enfin au sujet de son travail, il cherche à établir que l'embryotomie thoracique est la meilleure opération à pratiquer dans les cas où, le bassin étant très étroit, et l'épaule étant fortement enclavée, la version est devenue impossible. C'est en vue de faits réels, et non de suppositions théoriques, que l'auteur est arrivé à préconiser sa manière d'opérer. Ayant vu, dans un cas d'étroitesse du bassin et d'enclavement de l'épaule après la sortie du bras, où toutes les manœuvres avaient été inutiles, l'accouchement terminé aisément après la désarticulation du bras procident et l'extraction des viscères, il eut recours, avec succès et rétablissement rapide, à cette espèce d'embryotomie régularisée dans deux cas semblables qui se présentèrent à lui. Cette manière d'opérer est aussi ancienne que les difficultés auxquelles elle correspond, et est connue sous le nom d'*éviscération*. Il n'y a de nouveau en tout ceci que le nom, qui semble moins heureusement choisi que celui qui est consacré par l'usage, et quelques modifications dans la manière de procéder qu'il est juste de prendre en considération.

Voici comment l'auteur décrit lui-même le manuel opératoire :

« *Premier temps.* — Dès que l'accoucheur se sera assuré de la sortie d'un bras, il examinera attentivement si c'est le bras droit ou le bras gauche, et devra calculer toutes les circonstances qui indiquent absolument l'embryotomie thoracique. Ces points essentiels bien établis, il prendra un ruban *de fil et de soie* (*di filo e seta*), semblable à celui des *salassatori* (les *saigneurs*), fera un nœud avec lequel il attachera la main descendue dans le vagin, et confiera cette main à une sage-femme ou à un assistant quelconque. S'il s'agit de la main droite, l'assistant doit tenir le bras du fœtus élevé, presque perpendiculaire au pubis de la femme, en l'inclinant un peu vers l'aine droite de celle-ci, de manière à faire descendre le plus possible la cavité axillaire. Alors l'accoucheur porte sur cette cavité l'index et le médius de la main gauche, et, en se guidant sur eux, fait parvenir jusqu'au même point un bistouri droit à manche fixe, dont la pointe est recouverte d'une petite boule de cire ou d'un morceau de diachylon. Parvenu à l'aisselle, il y enfonce hardiment le bistouri et pratique une incision de deux ou trois travers de doigt ; puis, sans perdre de temps, avec deux doigts de la main droite et la pince à polype, il procède à l'évidement (*vuotamento*) des viscères, *tant thoraciques qu'abdominaux*.

» Le *second temps* consiste en une simple manœuvre destinée à terminer l'accouchement par les pieds. » (*Il Filiatre Sebezio*, mars et avril 1857.)

— Il est assurément fort utile de faire ressortir d'avance les conditions les plus propres à assurer le succès d'une opération, et d'établir les règles de son exécution. Mais il est des opérations qui ne peuvent être réglées que d'une manière générale, et dont l'exécution est subordonnée aux cas particuliers. L'embryotomie dont il s'agit est essentiellement dans ce cas, et ce serait compromettre le succès que de la soumettre à des règles fixes et méthodiques. Nous n'en voulons donner qu'un exemple récent, emprunté à un journal de province qui contient une analyse critique du travail de M. Posta. MM. Dureau, Dubreuilh père et fils et Gaubrie, appelés pour délivrer une femme de vingt-quatre ans, primipare, dont l'enfant présentait l'épaule avec issue du bras, trouvèrent, à part l'enclavement, un rétrécissement du bassin, dont le diamètre antéro-postérieur ne donnait que 8 centimètres. Le bras et l'épaule étaient horriblement tuméfiés et d'une couleur livide ; l'enfant ne vivait plus. On fit d'abord des efforts inutiles, soit pour repousser l'épaule, soit pour introduire la main. Plus tard, malgré tous les efforts, il

impossible d'arriver au cou pour l'abaisser, tant l'épaule était [illegible]emment tuméfiée et enclavée dans le détroit. La même difficulté existait pour arriver à la partie médiane du tronc, à cause de hauteur et du peu d'espace que laissait le rétrécissement. En [pré]sence de ces difficultés et de l'épuisement causé par la douleur par un travail qui durait depuis plusieurs jours, ils perforèrent [la] poitrine et enlevèrent successivement tous les organes de cette [ca]vité, puis ceux de l'abdomen; enfin, ils parvinrent à attirer, à [l'a]ide du crochet mousse, la colonne vertébrale, et à en faire la [sec]tion. Chaque partie présenta encore des difficultés inouïes. Ils [par]vinrent à saisir les pieds et à les entraîner en introduisant la [ma]in par derrière, la malade étant sur les mains et sur les genoux. [Pou]r la partie supérieure, ils furent obligés d'avoir recours au [cr]ochet aigu pour avoir la tête. Des accidents de métro-péritonite [fu]rent combattus avec succès, et après un mois cette femme était [com]plétement guérie et reprenait ses occupations. (*Union médic. de la Gironde*, avril, 1857.)

Ponction de l'abdomen à l'aide d'un trocart volumineux, et formation d'un anus contre nature dans un cas d'occlusion complète de l'intestin, par sir Henri Cooper.

Obs. — Une femme, âgée de trente-quatre ans, robuste et jouissant habituellement d'une bonne santé, fit appeler le docteur Gibson, le 10 décembre 1855. Elle déclara que, depuis le 2 de ce mois, époque à laquelle elle avait eu une évacuation peu abondante, elle n'était pas allée à la selle. Depuis plusieurs mois déjà, elle avait éprouvé des douleurs abdominales, de la constipation, une grande difficulté à expulser les matières fécales, et en même temps un certain degré de distension douloureuse dans la région iliaque droite. Elle présentait, lorsqu'on la vit pour la première fois, tous les symptômes propres à l'obstruction intestinale, et en particulier des éructations et des nausées, mais peu ou pas de vomissements. On administra du calomel, de la rhubarbe et des purgatifs salins. On fit ensuite usage du tube d'O'Bierne, qu'on put faire pénétrer dans l'étendue de 14 pouces, et on injecta de grandes quantités d'huile de ricin, de térébenthine, etc.; mais ces substances furent rejetées sans avoir subi de modifications. L'emploi de ces derniers moyens fut continué jusqu'au 13 décembre. On administra alors l'opium à la dose de 3 grains toutes les deux heures. Ce médicament n'eut d'autre résultat que d'amoindrir la douleur, qui était devenue très intense et de procurer du sommeil. C'est à cette époque que sir H. Cooper vit la malade, et il porta tout d'abord un pronostic très défavorable : la prostration était extrême; le facies exprimait l'anxiété et l'abattement; le pouls était faible et fréquent; l'abdomen était extrêmement distendu; il y avait des hoquets et de temps à autre des vomissements d'une matière fétide. Un examen attentif de l'abdomen ne fit découvrir l'existence d'aucune tumeur, d'aucune induration. La distension était uniforme, si ce n'est qu'on remarquait une légère proéminence arrondie au niveau de la fosse iliaque droite, qui était en même temps plus douloureuse que le reste de l'abdomen. Des fomentations émollientes et narcotiques furent employées jusqu'au 15 au soir, époque à laquelle les symptômes s'étaient aggravés, à tel point que les forces vitales étaient décidément chancelantes et qu'il était devenu nécessaire de déterminer s'il y avait lieu d'opérer et quel mode opératoire serait choisi. Dans la discussion de ces questions, les considérations suivantes devaient être prises en considération : le rectum et l'S iliaque du côlon n'étaient pas le siége de l'occlusion, puisque le tube d'O'Beirn avait pénétré facilement et que, d'ailleurs, on avait pu injecter dans l'intestin une assez grande quantité de liquide. Ce fait, que la partie la plus proéminente et la plus distendue de l'abdomen correspondait à la fosse droite, indiquait le cæcum comme étant le siége du rétrécissement. La distension était probablement produite par la tête du côlon ou une partie du tube digestif très voisine. La douleur, manifeste dans cette région, portait à penser qu'il s'était développé là un peu de péritonite, et que *probablement* l'intestin adhérait à la paroi abdominale. Cette paroi était peu épaisse dans la région douloureuse, ainsi que l'indiquait le son obtenu par la percussion. Ces diverses considérations, autant que la gravité des symptômes, déterminèrent MM. Gibson et H. Cooper à pratiquer une ponction au niveau de la partie la plus proéminente de l'abdomen, à l'aide d'un trocart volumineux, et dans le but de procurer tout au moins un soulagement temporaire. L'opération fut, en somme, celle de la paracentèse abdominale, avec cette différence, toutefois, que la ponction ne fut pas pratiquée sur la ligne médiane, mais bien au niveau d'un point situé 3 pouces à droite et 1 pouce au-dessous de l'ombilic. Dès que le trocart fut introduit, il s'écoula par la canule une énorme quantité de gaz, bientôt suivie de matières fécales; une amélioration presque subite se manifesta alors dans l'état de la malade. La canule fut fixée dans la plaie, et on résolut de l'y laisser pendant trois jours, dans l'espoir que, pendant ce temps, des adhérences se formeraient entre l'intestin et la paroi abdominale, et aussi dans l'intention de rendre, en attendant, mécaniquement impossible l'épanchement des matières dans la cavité péritonéale; une vessie constamment humectée, qu'on vidait de temps en temps, y fut adaptée pour recevoir les gaz et les matières fécales. Au bout de trois jours, un tube de gutta-percha, fermé par un bouchon, fut substitué à la canule; mais on dut bientôt le supprimer, parce qu'il s'adaptait mal. On se contenta dès lors de maintenir béant l'orifice de l'anus contre nature, au moyen d'un tampon de charpie bien graissé, et de veiller à ce que les matières fussent toujours d'une consistance convenable. On parvint aussi à produire un agrandissement notable de cet orifice à l'aide de bouchons d'éponge préparée. La convalescence fut pendant quelque temps entravée par divers accidents, et en particulier par un état de débilité nerveuse; mais enfin elle se prononça définitivement vers le milieu de l'été. Aujourd'hui (treize mois après l'opération), cette femme a repris son embonpoint et ses forces habituelles, et elle peut vaquer sans inconvénient aux occupations que nécessite l'entretien de sa maison. Ses fonctions s'exécutent régulièrement. Elle prend chaque jour un peu de sel d'Epsom, et obtient ainsi chaque jour une évacuation demi-liquide accompagnée de l'émission d'une grande quantité de gaz. L'orifice de l'anus artificiel est à peu près du diamètre du petit doigt. L'abdomen a constamment un développement exagéré, ce qui tient sans doute à ce que l'intestin est toujours distendu à l'excès, par suite de la paralysie de ses tuniques. Depuis l'époque où l'occlusion intestinale s'est prononcée, aucune évacuation de matière fécale ne s'est opérée par les voies naturelles; seulement, de temps à autre, il y a par l'anus émission de gaz et de mucus concrets. (*British Medical Journal*, n° 8, 21 février 1857, p. 147.)

— Cette observation nous paraît être unique dans l'histoire de l'art. On ponctionne bien quelquefois l'intestin avec le trocart explorateur, soit pour soulager momentanément le malade, soit pour acquérir quelque donnée relative au siége de l'obstacle; mais ponctionner avec un gros trocart et transformer cette ouverture en un anus artificiel est une opération dont nous ne connaissons pas d'exemple. Sans vouloir la présenter comme un modèle, ou comme une ressource souvent applicable, nous croyons devoir la signaler fortement à l'attention des praticiens.

Accidents choréiques singuliers pendant la grossesse et le travail de l'accouchement, par le docteur Hecker.

La prédisposition développée par la grossesse et les couches à la manifestation spontanée et réitérée d'une foule de phénomènes morbides d'ordres divers, a de tout temps vivement excité l'attention des observateurs, sans laisser deviner en quoi elle consiste; l'influence de cette prédisposition, ou, autrement dit, de l'état puerpéral sur le développement des maladies du système nerveux, est des plus manifestes. De ces maladies on n'a guère étudié sérieusement que l'éclampsie et la manie puerpérale, qui sont à la vérité les plus communes et les plus graves. L'anesthésie et la paralysie hystérique, le tétanos, la catalepsie, la chorée, etc., n'existent, en quelque sorte, qu'à l'état de faits isolés dans le cadre des névroses puerpérales, et toute observation particulière recueillie avec soin est un service réel rendu à la science.

Obs. — Au commencement de juin 1856, une femme de trente ans, ayant l'air de bien se porter, me consulta, dit l'auteur, dans le neuvième mois de sa cinquième grossesse, pour un mal nerveux que nous allons décrire après avoir dit quelques mots sur les antécédents.

Longtemps avant son mariage, cette femme était sujette à de fréquentes hémicranies d'un côté ou de l'autre de la tête, qui étaient quelquefois portées au point de produire des nausées et des vomissements. Après avoir persisté longtemps, cette affection, au dire de la malade, cessa subitement après une forte commotion morale. Les règles s'étaient établies, à l'âge de seize ans, sans difficultés, et restèrent régulières jusqu'au moment du mariage. Mais, à dater de cette époque, l'utérus présenta une irritabilité anormale telle, que des causes minimes amenèrent des avortements successifs, au deuxième mois dans la première grossesse, au quatrième dans les deux suivantes. Le quatrième enfant seulement vint à terme : l'accouchement fut normal. Toutefois, le placenta semble avoir été adhérent, puisque l'accoucheur fut forcé d'introduire la main dans la matrice, et que, le cinquième jour des couches, plusieurs fragments de cet organe furent expulsés avec une grande perte de sang. La veille, des spasmes particuliers s'étaient manifestés. Ces spasmes consistaient dans

des mouvements rotatoires de la tête, qui arrivaient par accès fréquemment répétés, et jusqu'à seize fois en un jour, sans que le cerveau fût intéressé. Cet état, après avoir duré treize jours, cessa tout à coup, et la malade jouit d'une bonne santé pendant les dix-huit mois qui s'écoulèrent avant qu'elle redevînt enceinte.

Elle était déjà dans une période très avancée de sa cinquième grossesse et en attendait le terme dans six semaines, lorsqu'elle fut prise subitement, et sans cause extérieure, des mêmes mouvements convulsifs que je pus observer le jour même. Je trouvai la malade couchée sur un canapé, attendant une nouvelle attaque. Je m'entretenais depuis peu de temps avec elle, lorsqu'elle commença à tourner lentement la tête à droite et à gauche, de sorte que le menton s'approchait tantôt d'une épaule, tantôt de l'autre. Les rotations devinrent de plus en plus rapides et étendus, jusqu'à faire des excursions d'environ 180 degrés, avec des vibrations incalculables. Il s'y ajouta des mouvements du tronc dans le même sens, mais beaucoup plus faibles, qui s'étendaient jusque vers l'ombilic; de sorte que le corps semblait partagé en deux moitiés, une supérieure, animée de mouvements convulsifs, une inférieure, à l'état de repos complet. Après quelques instants, ces mouvements cessèrent et se portèrent sur les extrémités supérieures : celles-ci, dans une position entre la pronation et la supination, étaient mises en mouvement par les contractions alternatives des extenseurs et des fléchisseurs, de sorte que l'avant-bras et la main tombaient et se relevaient alternativement d'une manière brusque, comme des baguettes de tambour, ce qui produisait un singulier effet. Les mouvements, comme ceux de la tête, s'affaiblirent aussi, et l'accès prit fin. Pendant les accès, dont la durée variait d'une demi-minute à une minute, la face était pâle, le globe oculaire dirigé en haut et en dedans, la pupille modérément dilatée, le pouls un peu accéléré ; la malade conservait sa connaissance, répondant à toutes les questions qu'on lui adressait, même au moment des plus fortes rotations de tête et prenant elle-même les précautions les plus utiles pour se garantir de toute lésion. Après la cessation des mouvements convulsifs, elle ne se plaignait que d'une certaine lassitude augmentant avec le nombre des accès, qui, en ma présence, se répétaient de cinq à dix minutes, et qui étaient surtout bien prononcés lorsqu'on essayait de modérer ou d'arrêter les mouvements de la tête à l'aide des mains. On pouvait jusqu'à un certain point fixer la tête ; mais les secousses qu'on recevait dans les bras étaient très considérables, et les mouvements de la partie supérieure du tronc étaient plus prononcés.

Après avoir été secouée de cette manière pendant neuf jours, dans des accès plus ou moins forts, souvent interrompus pendant plusieurs heures, surtout la nuit et le matin, sans en souffrir beaucoup, la malade vit ses convulsions cesser subitement sans médicaments, dont le succès semblait du reste problématique et dont l'emploi n'était pas indifférent par rapport à la grossesse. Au bout de six semaines, le 16 juillet, l'accouchement a lieu. Alors toute la scène se renouvelle : à l'apparition des premières douleurs, les convulsions reviennent comme auparavant, avec cette particularité qu'elles sont pour ainsi dire en antagonisme avec les contractions utérines, avec lesquelles elles alternent. Le travail ne fut nullement troublé par cette complication, et, dès la période d'expulsion, un calme subit des mouvements survint. Après la sortie de l'enfant, le décollement artificiel du placenta, nécessité par son adhérence et une hémorrhagie, ne fit pas revenir les convulsions. Les suites de couches furent normales, et, jusqu'à présent, cette femme est restée exempte de nouvelles attaques convulsives. (*Monatsschrift für Geburts Kunde*, 1856, déc.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Des anévrysmes et de leur traitement, par Paul Broca, agrégé à la Faculté de médecine, 1 vol. in-8°, 1856. Paris, Labé.

Les nouvelles méthodes dont la thérapeutique des anévrysmes s'est enrichie dans ces dernières années devaient nécessairement donner lieu à des appréciations diverses. On les avait d'abord employées sans règles précises et d'après des idées théoriques contestables. Aussi la plupart des chirurgiens, ceux mêmes qui étaient loin de voir dans la méthode d'Anel le dernier terme du progrès, attendaient-ils de nouveaux faits pour formuler une opinion sur des moyens parfois inefficaces et souvent dangereux. Et cependant, parmi les observations publiées, il y en avait un bon nombre où l'on voyait des guérisons définitives que pas un accident n'avait entravées. A défaut des nouveaux faits que chacun désirait, mais que personne ne s'empressait de produire, il y avait à r... ceux qu'on possédait déjà ; aux théories contestables on p... substituer de plus rationnelles, en appelant à son aide l... riences sur les animaux vivants et en invoquant les anal... la physiologie pathologique était à même de fournir.... C'es... des lacunes que M. Broca s'est proposé de combler.

Mais ce n'est pas seulement de méthodes nouvelles que l... s'est enrichie : une de ses plus belles conquêtes viendrait ... de la réhabilitation d'un moyen de traitement déjà assez ... employé avec succès en France par quelques chirurgiens c... mencement de ce siècle, et abandonné, on ne sait trop p... depuis un certain nombre d'années. Si nos compatriotes ... oublié la compression indirecte, les chirurgiens irlandais l'a... heureusement acceptée comme méthode générale ; ils en a... perfectionné les procédés et régularisé l'emploi. Leurs suc... venant de jour en jour plus nombreux et plus probants, M. B... dans un travail publié dans la Gazette hebdomadaire à la ... l'année 1854, chercha à rappeler l'attention des chirurgien... çais sur un moyen qui pouvait, dans un grand nombre de c... aussi efficace que la ligature, sans avoir à beaucoup près les... dangers. Ce travail remarquable remplit une partie du but ... proposait son auteur; mais, pour démontrer que la comp... indirecte devait, dans les anévrysmes de certaines régions, ... moyen par excellence, il ne suffisait pas d'en signaler les a... ges : il fallait, par des études comparatives, prouver que les ... méthodes lui étaient inférieures. C'est sans doute à cette n... que nous devons le livre que nous analysons aujourd'hui ... le premier travail de M. Broca avait laissé quelques questi... décises, celui-ci se présente avec un tel ensemble de faits ... documents, qu'il n'est plus permis de nier la valeur du ... que l'auteur préconise.

Cette idée de la prééminence de la compression indirecte se p... sente presque à chaque instant ; mais qu'on ne s'imagine pas ... c'est là un parti pris auquel M. Broca sacrifie d'avance les op... professées par les autres chirurgiens. Comme nous le verrons ... tard, il ne repousse aucune méthode : il les apprécie et les di... toutes; et s'il a des préférences pour l'une d'entre elles, c... qu'elle lui paraît la plus acceptable au point de vue de la th... et la plus avantageuse sous le rapport des résultats cliniques q... a fournis.

Le livre qu'il a consacré à l'appréciation de ces diverses mét... exigerait, pour être analysé en détail, un espace beaucoup ... grand que celui dont nous pouvons disposer. Nous laisserons ... tous les points d'un intérêt secondaire, pour nous arrêter de p... férence sur les faits fondamentaux qui servent de base à ses d... trines et sur les théories qui légitiment les moyens qu'il cons... M. Broca a divisé son travail en deux parties : dans la premièr... il s'occupe de la pathologie des anévrysmes ; dans la second... étudie successivement les diverses méthodes de traitement. Cette seconde partie est de beaucoup la plus étendue ; elle forme à ... seule plus des trois quarts de l'ouvrage. Cette distribution du s... fait pressentir les préoccupations essentiellement pratiques de l'auteur ; il ne néglige pas cependant les questions où l'intérêt scientifique prédomine, mais il ne s'y appesantit qu'autant qu'e... peuvent éclairer ou féconder l'application d'une méthode de traitement.

Nous n'insisterons pas sur les premiers chapitres. Ils sont consacrés à la détermination des diverses espèces d'anévrysmes. M. Broca en exclut les plaies artérielles avec épanchement, que, par un abus de langage, la plupart des auteurs avaient rangées parmi les véritables tumeurs anévrysmales. L'étiologie lui a fourni matière à d'intéressantes considérations. Mettant à profit les faits nombreux recueillis par Crisp en Angleterre, il arrive, par un emploi sage et raisonné de la statistique, à interpréter d'une manière plus rationnelle qu'on ne l'avait fait avant lui le mode d'action des diverses causes qu'on accuse de produire l'anévrysme.

Parmi les résultats nouveaux auxquels l'ont conduit ses calculs, nous signalerons la proposition suivante : « A mesure que l'homme avance en âge, la disposition aux anévrysmes augmente sur les

...res sus-diaphragmatiques et diminue sur les artères sous-diaphragmatiques. »

Mais hâtons-nous d'arriver aux points fondamentaux de cette première partie, à la physiologie pathologique des anévrysmes. Recueillant des matériaux épars, en ajoutant de nouveaux, M. Broca a écrit là un des chapitres les plus intéressants et les plus neufs. Voulant sortir de l'empirisme et rechercher pourquoi telle méthode guérit, tandis que telle autre échoue le plus souvent, malgré toutes les prévisions des théories classiques, il ne pouvait plus logiquement procéder qu'en appelant à son aide les documents que la physiologie pathologique possède sur la structure et la composition chimique des diverses coagulations sanguines. Il s'occupe successivement des anévrysmes artériels et artérioso-veineux; étudie la manière dont s'opère la circulation dans les diverses espèces; expose les conditions propices à la coagulation, et, à propos de la nature et de la formation du caillot, formule une théorie qui lui servira plus tard pour juger la valeur relative des diverses méthodes.

Les caillots qui se forment dans une tumeur anévrysmale se présentent sous deux aspects différents : les uns sont durs, décolorés, adhérents au sac et disposés en couches régulières; les autres, mous, noirâtres, sans stratification distincte, se laissent dissocier par la moindre pression. Ces deux espèces de caillots sont essentiellement distinctes; elles ne représentent pas deux degrés différents du même acte physiologique ; les conditions de la coagulabilité ne se ressemblent pas dans l'un et l'autre cas. Dans le premier mécanisme, la fibrine s'est déposée lentement, molécule à molécule; en se solidifiant et en se condensant peu à peu, elle est arrivée à former un tissu solide et résistant. Dans le second cas, au contraire, par suite d'une coagulation instantanée, elle est mêlée à une grande quantité de globules qui l'empêchent de se durcir et en favorisent la dissociation. La différence capitale qui existe entre ces deux espèces de caillots avait été signalée d'une manière précise par J.-L. Petit; puis elle fut oubliée, au moins dans sa signification générale, par les auteurs du dernier siècle. Hodgson la retrouva; mais sa théorie fut plus ou moins altérée par ceux de ses compatriotes qui écrivirent sur ce sujet. Les études qu'a fait entreprendre la compression indirecte ont permis de mieux comprendre ce point important de la physiologie pathologique des anévrysmes, et les travaux de Bellingham ont surtout fourni à M. Broca les éléments de la théorie qu'il nous présente aujourd'hui dans son ensemble.

La dénomination de *caillots actifs*, imposée aux caillots du premier genre, conduirait à penser que ces dépôts de fibrine peuvent s'organiser. M. Broca, avec toute la génération chirurgicale actuelle, repousse l'idée huntérienne de l'organisation du sang épanché; mais il est tout disposé à faire une exception en faveur des caillots lentement déposés dans un sac anévrysmal. Il rappelle alors le fait souvent cité de Hunter, un autre appartenant à Kiernann, et un troisième à Blandin. On avait, dans ces cas-là injecté des vaisseaux sanguins dans l'intérieur d'un caillot artériel ; mais, pour des faits susceptibles d'une tout autre interprétation, nous serions plus prudent que M. Broca, et nous ne nous croirions pas encore autorisé à trouver une exception à la doctrine que l'école moderne a eu tant de peine à établir contre l'autorité de Hunter.

Ces deux espèces de caillots ont des effets très distincts au point de vue de la marche des anévrysmes Qu'on attende la guérison des efforts de la nature ou qu'on cherche à l'obtenir par des moyens chirurgicaux, on ne devra, dans tous les cas, compter rationnellement sur un succès qu'autant que des caillots actifs se déposeront dans le sac anévrysmal. Que ces caillots s'organisent ou non, ils subissent des modifications qui amènent la guérison de la tumeur et en préviennent le retour. Leur adhérence au sac devient de plus en plus intime, leur dureté de plus en plus grande, une membrane nouvelle semble même se former sur les points en contact avec le courant vasculaire. Ils ne se déposent pas avec une égale facilité dans toutes les espèces d'anévrysmes. Les anévrysmes artérioso-veineux n'en présentent qu'exceptionnellement, soit que les conditions de la circulation s'y opposent, soit que la nature propre du sang veineux n'en favorise pas la production. M. Broca rappelle à ce sujet les expériences de John Simon relatives aux différences des caillots artériels et veineux. Nous avons nous-même répété ces expériences, et les caillots qui se produisaient dans les veines présentaient, dans la plus grande partie de leur masse, les caractères des coagulations passives.

Parmi les anévrysmes artériels, c'est dans ceux qui sont fusiformes et sacciformes qu'on voit le plus souvent des caillots actifs se déposer. Quant aux anévrysmes diffus, leur cavité anfractueuse en rend la circulation irrégulière ; aussi les coagulations qui s'y produisent sont-elles rarement disposées en couches distinctes et homogènes ; et si l'on trouve quelques fragments qui se rapportent à des caillots actifs, les parties molles et noirâtres en constituent la principale masse. Par suite de cette circonstance, ces anévrysmes doivent être soigneusement distingués des autres, d'autant plus que les méthodes thérapeutiques, quelle que soit leur manière d'agir, ne pourront guère éviter ces coagulations passives. Il ne faut pas croire que ces deux sortes de coagulation dépendent de causes exclusivement mécaniques ; loin de là, elles sont dominées par des influences vitales, et M. Broca reconnaît fort bien que, pour des tumeurs anévrysmales identiques au point de vue des phénomènes locaux, l'action des moyens thérapeutiques pourra présenter des différences très sensibles.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre M. Broca dans l'étude des divers modes d'oblitération de la tumeur, selon qu'il y a telle ou telle espèce de caillot ; mais, d'après ce que nous avons déjà dit, on comprend aisément quelles devront être les idées qui dirigeront le chirurgien dans le choix d'une méthode.

Obtenir des caillots actifs, voilà en quatre mots la règle générale qui doit toujours être présente à l'esprit de celui qui traite un anévrysme. Or, pour arriver à ce résultat, il y a deux conditions principales à réaliser : l'une tient à l'état général, l'autre à l'état local. Il faut que le malade ait un sang assez plastique, et que la tumeur soit mise dans des conditions telles que la circulation y soit notablement ralentie.

La meilleure méthode thérapeutique sera celle qui atteindra ce but avec le plus de certitude et d'innocuité.

Les méthodes thérapeutiques que l'on a proposées aux diverses époques de la science sont beaucoup trop nombreuses pour que nous puissions les passer toutes en revue. M. Broca en compte dix-neuf. Les unes agissent directement sur l'anévrysme, et les autres exercent une action indirecte sur la poche sanguine. Parmi les premières, il y en a qui ont pour but de supprimer la tumeur, d'autres se bornent à la modifier. Plusieurs sont d'une application tellement exceptionnelle, que nous aurons à peine besoin de les mentionner. Dans le nombre, il en est qui ne comptent que par le nom des chirurgiens qui les ont proposées, et plusieurs même sont déjà du domaine exclusif de l'histoire.

Parmi les méthodes directes qui ont pour but de supprimer la tumeur, celle d'Antyllus (ouverture du sac), appelée aussi *méthode ancienne*, est à peu près complétement abandonnée ; certains anévrysmes du cuir chevelu seraient les seuls qu'on pourrait traiter ainsi sans beaucoup d'inconvénients. La double ligature est parfaitement applicable à la cure des anévrysmes variqueux ; elle a sur la méthode d'Anel l'avantage de soustraire complétement la veine à la circulation du sang artériel. La méthode de Purmann (extirpation) est plus grave et plus difficile à exécuter que l'ouverture du sac, qui est elle-même inférieure à la plupart des autres méthodes. Quant à la cautérisation, M. Broca la regarde comme une méthode exceptionnelle, malgré les succès de MM. Bonnet (de Lyon) et Girouard (de Chartres). Il cite à ce sujet le fait remarquable et sans précédents d'un anévrysme du creux sus-claviculaire guéri par M. Bonnet au moyen du chlorure de zinc.

Quant aux méthodes qui agissent en modifiant la tumeur, les unes, comme l'emploi des styptiques, des moxas, nous semblent à peine mériter le nom de méthodes. La méthode endermique, qui n'a pas encore été appliquée aux anévrysmes proprement dits, est encore très problématique. L'acupuncture, utile peut-être dans les petits anévrysmes, n'en sera pas moins d'une application très restreinte, et la suture entortillée nous semble encore plus exceptionnelle. La malaxation (méthode de Fergusson) paraîtra à tout

le monde, comme à M. Broca, incertaine et dangereuse ; l'application du calorique et l'emploi des réfrigérants sont passibles de reproches analogues.

Mais arrivons à des méthodes plus acceptables en théorie et que des faits suffisamment nombreux pourront nous permettre de juger au point de vue pratique. La compression directe a été employée soit comme moyen curatif, soit comme moyen palliatif. Dans un cas, après avoir vidé la tumeur, on cherche à empêcher le sang d'y entrer ; dans l'autre, on essaye seulement de lutter contre la marche progressive de l'anévrysme. Cette méthode peut agir de trois manières : tantôt elle fait oblitérer la tumeur par des caillots passifs ; tantôt elle y fait déposer des caillots actifs ; dans un troisième cas enfin, c'est par la rétraction du sac que la guérison s'opère. Applicable aux petits anévrysmes, aux anévrysmes artério-veineux du coude, par exemple, elle devient très dangereuse dans les tumeurs volumineuses, parce qu'elle peut en occasionner l'inflammation et la rupture.

La galvanopuncture est une de ces méthodes qui, aujourd'hui encore, ont un intérêt de plus, celui de la nouveauté. Depuis assez longtemps proposée par Pravaz et Guérard, essayée à plusieurs reprises, mais sans résultats encourageants, par divers chirurgiens, elle ne fut acceptée que lorsque M. Petrequin eut obtenu ses premiers succès. M. Broca a étudié avec soin les phénomènes que présentent les tumeurs anévrysmales soumises à l'influence de l'électricité, et, pour vérifier et compléter ce qu'on avait fait avant lui, il s'est livré à des expériences comparatives sur le sang et les divers liquides albumineux. Il était important pour la théorie de connaître la véritable nature des caillots galvaniques. Ce n'est pas seulement l'albumine qui se coagule : il se dépose aussi de la fibrine ; mais ce n'en est pas moins un caillot passif qui se produit, et, à ce titre, selon lui, la galvanopuncture ne pourrait pas être érigée en méthode générale ; mais, quoi qu'on en puisse penser, il est des cas où elle constitue une ressource précieuse et où le perfectionnement de ses procédés permettra peut-être un jour de l'employer là où d'autres méthodes ne seraient plus applicables.

Les injections coagulantes constituent une méthode que M. Broca fait remonter à Monteggia. Nous craignons fort qu'on ne continue à faire honneur à Pravaz de cette manière de traiter les anévrysmes ; car, sans la découverte du chirurgien lyonnais, l'idée de Monteggia serait encore méconnue, ou du moins à l'état de projet. Le caillot qui se produit à la suite d'une injection de perchlorure ou de tout autre liquide de ce genre est le résultat de la coagulation de l'albumine. La fibrine ne se dépose que secondairement autour du caillot chimique produit au moment de l'injection. Ce caillot semble toujours devoir participer aux propriétés nuisibles des caillots passifs, puisqu'il paraît, encore moins que ces derniers, susceptible de revêtir un semblant d'organisation. Les faits publiés jusqu'à ce jour sembleraient témoigner contre la valeur de la méthode ; mais il en est un certain nombre qu'il faut mettre sur le compte de l'inexpérience des opérateurs. « La méthode, mieux » appliquée, eût-elle donné de meilleurs résultats ? Il est possible » que non, mais il est probable que oui. »

Toutes ces méthodes directes sont plus ou moins défectueuses, puisqu'elles ne reposent pas sur le principe de la coagulation fibrineuse, et, si la théorie d'où est parti M. Broca se trouve vraie, elles ne devront jamais prétendre à être acceptées comme méthodes générales. Voyons à présent celles qui agissent indirectement sur la tumeur.

La méthode de Valsalva, instituée en vue des anévrysmes inaccessibles à nos moyens chirurgicaux, ne peut guère, par cela même, être mise en parallèle avec celles que nous avons examinées jusqu'ici. Mais elle a pour résultat, lorsqu'elle réussit, de faire déposer dans le sac des caillots actifs ; malheureusement elle est très incertaine et pleine d'écueils : on ne peut jamais se flatter d'un succès, et le plus souvent même on ne retirera aucune amélioration sensible d'un traitement long et dangereux par lui-même. La coagulation fibrineuse manque d'une condition essentielle, le ralentissement de la circulation.

Arrivons à la méthode d'Anel, qui, hier encore, était regardée par quelques chirurgiens comme préférable à la plupart des autres par la facilité de son exécution, son efficacité sur la tumeur, surtout une moins grande gravité. M. Broca est loin d'être [illegible] optimiste ; il serait plutôt disposé à formuler une opinion contra[illegible] En réunissant la plupart des faits publiés, en les commentant [illegible] les divers points de vue, il est conduit à regarder la [illegible] d'Anel comme « dangereuse, incertaine et loin de cons[illegible] » beau idéal du traitement des anévrysmes : elle ne doit [illegible] » dans la chirurgie que comme un pis-aller. »

Au point de vue de la théorie, cette méthode est en eff[illegible] tueuse, puisqu'elle laisse souvent se former dans le sac des [illegible] lations passives : elle expose d'ailleurs à des complications [illegible] breuses ; et, bien que M. Broca en ait peut-être un peu [illegible] le tableau, les accidents dont il parle n'en sont pas moins [illegible]

Comme la méthode d'Anel, et plus encore, la ligature [illegible] sous du sac expose à des coagulations passives ; mais, malgré [illegible] inconvénient, la méthode de Brasdor n'en restera pas [illegible] la pratique, puisqu'elle constitue la seule ressource dont [illegible] gien puisse disposer contre les anévrysmes de certaines [illegible]

Nous touchons enfin à la compression indirecte, à cette [illegible] éminemment naturelle qui, pour venir la dernière dans [illegible] préciation, n'en obtiendra pas moins le premier rang. C'est [illegible] nous regrettons surtout d'être obligé de nous renfermer [illegible] d'étroites limites ; mais nos lecteurs n'auront qu'à se reporter [illegible] articles que M. Broca a publiés il y a trois ans dans ce [illegible] Rappelons seulement que les principes de la méthode peuvent [illegible] ramenés à quatre points : 1° elle favorise la coagulation spont[illegible] du sang dans les poches anévrysmales ; 2° elle n'a pas besoin, [illegible] être efficace, de supprimer le passage du sang : il suffit [illegible] diminue la force du courant ; 3° l'artère ne s'oblitère pas [illegible] veau du point comprimé ; 4° enfin, la compression indirecte [illegible] être supportée sans interruption, lorsqu'on dispose le [illegible] l'artère plusieurs appareils destinés à être serrés et relâchés [illegible] nativement.

Ces principes, dont M. Broca fait précéder l'exposé de sa [illegible] thode, nous font voir suffisamment combien la compression [illegible] recte est acceptable en théorie, et les nombreuses observ[illegible] qu'il a compulsées et commentées viennent bientôt démontrer [illegible] supériorité au point de vue clinique. Innocuité, rareté des [illegible] cations, efficacité, voilà les principaux motifs qui engage[illegible] chirurgien à l'employer, au moins à titre d'essai, toutes le[illegible] qu'elle sera applicable. Il sera d'autant plus encouragé à [illegible] recours, que l'emploi d'un compresseur n'aura pas, le plus [illegible] vent, d'inconvénients notables, et pourra d'ailleurs favoriser [illegible] tablissement de la circulation par la dilatation préalable de [illegible] térales, dans les cas où la ligature serait plus tard jugée indispensable.

En présence des résultats si brillants obtenus par le chirurgien irlandais, on doit souhaiter que les opérateurs français entrent franchement dans cette voie conservatrice. Il est vrai qu'avant d'avoir vu et touché par soi-même, on hésitera à se déclarer partisan d'une méthode dont les résultats tiennent presque du merveilleux. Mais, quelle que soit la réserve qu'on doive montrer en pareil cas, nous croyons que la compression indirecte, si séduisante en théorie, est appelée à jouer un rôle très important dans la pratique ; et, en attendant que l'expérience ait pu permettre à chacun de se convaincre de la valeur des résultats définitifs, on ne [illegible] pas craindre de l'employer, puisque l'application d'un compresseur n'empêche pas de recourir plus tard à d'autres méthodes [illegible] puissantes.

Dans cette rapide esquisse, nous n'avons pu que rappeler [illegible] grands traits les idées principales de M. Broca sur le traitement des anévrysmes. Pour signaler et discuter tous les points de [illegible] ingénieux qu'on trouve dans son livre, toutes les idées origi[illegible] qu'on y rencontre, il nous eût fallu autre chose qu'un simple article de bibliographie. Mais nous aurons atteint notre but, si nous avons rendu fidèlement sa pensée et si nous avons décidé le lecteur à ne pas se contenter de notre trop courte analyse. Ce n'est point là une de ces endormantes compilations que le critique rencontre si souvent sur son chemin : c'est un livre où, malgré l'ancienneté de la matière, la nouveauté surabonde ; on y remue des idées, et l'inté-

il s'y soutient toujours, malgré l'étendue de quelques développements. Par cela même, il ne faut pas s'attendre à y trouver toutes les qualités d'un ouvrage dogmatique. Ceux qui veulent avant tout un ouvrage complet et taillé sur le patron de nos traités classiques, lui reprocheront peut-être certains chapitres écourtés à côté de quelques autres d'une longueur en apparence démesurée. Quant à nous, loin de lui reprocher cette inégalité dans la distribution de son sujet, nous le féliciterons de s'être étendu longuement là où il avait du nouveau à nous apprendre, et d'avoir glissé légèrement là où il n'eût eu que des choses connues à nous redire. Non, cependant, que nous acceptions à la lettre tout ce que renferme ce livre. Parmi les hypothèses et les théories qui y sont exposées, toutes ne sont pas également admissibles, au moins dans leur généralisation. Il y a bien quelques préceptes thérapeutiques qui paraîtront trop précipitamment formulés ; mais pouvait-il en être autrement sur un sujet où il y avait tant de choses à revoir et tant de lacunes à combler?

Mais ce que nous ne saurions trop louer, c'est l'érudition que M. Broca a déployée dans ce travail : analyse rigoureuse des faits, vérification des observations originales, recherche exacte de toutes les dates importantes pour la solution des interminables problèmes de priorité ; il a poursuivi ce but multiple et scabreux avec une persévérance qui eût effrayé un travailleur vulgaire. A chaque instant, le redressement d'une erreur historique, l'interprétation plus rationnelle d'un fait légèrement admis, lui fournissent l'occasion de montrer ses brillantes qualités de polémiste et de critique. Il a voulu, comme il le dit lui-même, marcher sur les traces de M. Malgaigne, et faire pour les anévrysmes ce que son maître et son modèle avait déjà fait pour les fractures et les luxations. Fidèle à son programme, il a heureusement mené à terme une entreprise difficile, et il a fait un livre utile à la science et à la pratique, qui prendra place, nous n'en doutons pas, parmi les travaux les plus sérieux de notre époque. L. OLLIER.

Guide pratique du médecin et du malade aux eaux minérales de France et de l'Étranger et aux bains de mer, par le docteur C. JAMES. 4e édition. 1 vol. grand in-18, avec carte et vignettes. Paris, chez Victor Masson.

Traité thérapeutique des eaux minérales de France et de l'Étranger, et de leur emploi dans les maladies chroniques, *par le docteur* DURAND-FARDEL. 1 vol. in-8° avec carte. Paris, chez Germer Baillière.

De l'emploi des eaux de Vichy, par le docteur WILLEMIN. 1 vol. in-8° de 250 p. Paris, chez Germer Baillière.

Ces trois ouvrages viennent de paraître. Ce n'est donc pas notre faute si nous les annonçons à une époque de l'année où le choix des stations thermales est déjà en partie fait par les médecins et par les familles. Nous croyons néanmoins qu'ils viennent encore à temps pour rendre immédiatement, chacun dans sa mesure, des services notables, et c'est pour cela que nous aimons mieux en parler brièvement, sur une rapide lecture, mais en parler de suite, que de les analyser plus longuement à une période plus avancée de la saison.

L'ouvrage de M. James est si répandu aujourd'hui, il est parvenu si vite à sa 4e édition, que l'on pourrait se contenter d'une simple mention, si l'auteur n'y avait ajouté une partie thérapeutique d'environ 130 pages, qui n'avait son analogue qu'à un degré rudimentaire dans les éditions précédentes. C'est un résumé très succinct, mais très substantiel et très net, des indications que présentent, au point de vue de la médecine thermale, les nombreuses maladies pour lesquelles l'emploi des eaux est conseillé. Point de grand appareil de classification, point de divisions cérémonieuses, point de prétention à l'aphorisme. L'auteur passe en revue les affections du cerveau, du système respiratoire, du système abdominal, etc. ; et, pour chaque affection, dit simplement et tout d'un trait ce que lui a appris sur l'emploi des eaux minérales son commerce assidu et déjà ancien avec presque toutes les stations de France et de l'étranger. On sent que tout cela est écrit *ab experto*, et que, s'il y a erreur, c'est une erreur personnelle. Dans certaines questions pourtant, où la **santé des buveurs est gravement** engagée et qui demandent une longue expérience, l'auteur appelle directement le témoignage des médecins les plus compétents. C'est ainsi que M. Darralde lui a remis, non pour la partie thérapeutique, où elle ne se serait pas prêtée à l'ordre suivi, mais pour l'article *Eaux-Bonnes*, une note détaillée.

L'ouvrage de M. Durand-Fardel, dans sa partie spécialement thérapeutique (car une première partie, beaucoup plus courte que l'autre, est consacrée à la *matière médicale* des eaux, c'est-à-dire à leur constitution générale et à l'étude de leurs classes particulières) ; le traité de M. Durand-Fardel est conçu sur de plus grandes proportions que le précédent. C'est peut-être pour cela, c'est peut-être par dédain pour *plus petit* que soi, qu'il n'en dit pas un mot et qu'il ne le nomme pas parmi les ouvrages *consultés* par lui *avec fruit*. S'il en était autrement, on ne saurait trop déplorer ce nouvel exemple de l'esprit de rivalité dont le spécialisme scientifique et professionnel est déjà si entaché. Au fond chacun des deux ouvrages a son mérite propre. Nous venons de dire celui du GUIDE ; tout autre est celui du TRAITÉ, et ces deux mots même font pressentir la différence. Au contraire de M. James, M. Durand-Fardel, qui, hors de Vichy, n'a pas fait, si nous ne nous trompons, de longues excursions dans le domaine de l'hydrologie médicale, a écrit son livre en partie avec les livres d'autrui. Ce travail de compilation, dans lequel la critique fait trop souvent défaut ou s'égare parfois faute d'un guide expérimental (peut-être même faute du GUIDE), ce travail est conçu avec ampleur, bien soutenu d'un bout à l'autre, bien complet, et forme une sorte de *compendium* de médecine thermale où le praticien ira puiser des renseignements que ne peuvent lui offrir de simples manuels.

Parmi les innombrables questions sur lesquelles les deux auteurs se rencontrent nécessairement, puisqu'ils parcourent le même chemin, il en est une, des plus importantes, où nous les mettrons un instant en présence : c'est celle du traitement de la goutte. On connaît la théorie de Petit, théorie séduisante qui, du reste, n'appartient pas à lui seul et ressemble, au moins beaucoup, à celle de plusieurs médecins anglais et allemands, M. Garrod, M. Buckler. Dans cette théorie, c'est l'accumulation de l'acide urique dans l'économie qui produit la goutte. Cette théorie, suivant nous, n'a jamais été bien établie ni bien attaquée. Ce qu'on en peut dire de plus général, c'est qu'elle ne répond pas aux diverses formes de manifestation de la goutte et que d'ailleurs elle laisse en dehors de l'explication la cause primitive et essentielle de tout le mal, c'est-à-dire de l'accumulation même de l'acide urique. Assurément M. Durand-Fardel, en s'élevant contre la doctrine de Petit et sur les conséquences thérapeutiques que ce regrettable confrère en faisait découler, en y apportant un ton plus scientifique et des arguments moins excentriques que ceux de Prunelle, M. Durand-Fardel a rendu service à la science. A cet égard ses vues sont également partagées par M. James ; mais M. Durand éclaire-t-il beaucoup la difficulté quand il met la goutte sur le compte d'un trouble habituel de la nutrition, aboutissant à la prédominance des principes azotés dans l'économie. Excès des principes azotés, excès d'acide urique (qui est un principe azoté), y a-t-il une grande distance entre ces deux explications ; et substituer le *trouble* de la nutrition à la *fermentation* de Petit, est-ce avancer beaucoup la question ?

L'ouvrage de M. Willemin est uniquement relatif à l'emploi des eaux de Vichy dans le traitement des affections de l'utérus.

(*La suite à un prochain numéro.*)

A. DECHAMBRE.

VII.

VARIÉTÉS.

Congrès d'ophthalmologie de Bruxelles,
les 13, 14, 15 et 16 septembre 1857.

PROGRAMME DES QUESTIONS.

1re *section.* — I. La transmissibilité de l'ophthalmie purulente, *dite* militaire, étant démontrée, peut on déterminer exactement la voie par laquelle la transmission s'en opère? Quel est le rôle que les faits permettent d'y assigner aux granulations, et quelle est la nature de ces dernières? Est-il une formule de traitement dont l'expérience ait sanctionné la supériorité dans le traitement de l'ophthalmie militaire? Quelles sont les meilleures mesures à prendre pour en prévenir l'apparition et en empêcher la propagation?

2e *section.* — II. Quelle est l'influence que la découverte de l'ophthalmoscope a exercée sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'œil? — III. Quels sont les agents qui concourent ou qui président à l'accommodation de l'œil? — IV. L'état actuel de la science ophthalmologique autorise-t-il l'admission d'ophthalmies spécifiques? Dans l'affirmative, que faut-il entendre par cette dénomination et à combien d'espèces d'ophthalmies est-elle applicable? La spécificité de ces affections est-elle reconnaissable à des caractères anatomiques et physiologiques? La guérison radicale peut-elle s'en obtenir par de simples applications topiques, ou requiert-elle toujours l'intervention d'un traitement général?

3e *section.* — V. L'expérience a-t-elle établi que certaines formes de la cataracte peuvent être guéries sans opération? Dans l'affirmative, quelles sont ces formes et quels sont les moyens qui peuvent suppléer aux moyens chirurgicaux? — VI. De quelle utilité l'occlusion palpébrale est-elle dans le traitement des maladies des yeux? Quelles sont les affections de l'œil qui en réclament l'emploi et quel est le meilleur mode de l'instituer? — VII. Est-il utile qu'il existe des établissements spéciaux pour le traitement des maladies oculaires? Dans l'affirmative, quelles sont les conditions qu'ils doivent réaliser?

Le comité d'organisation est composé de MM. Fallot, président de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc., *président*; Bosch, chirurgien à l'institut ophthalmique du Brabant, etc., Hairion, directeur de l'institut ophthalmique de l'armée, à Louvain, etc., Van Roosbroeck, directeur de l'institut ophthalmique du Brabant, etc., *membres*; Warlomont, rédacteur en chef des *Annales d'oculistique*, *secrétaire général*.

Toutes les lettres de communication doivent être adressées à M. Warlomont, rue Notre-Dame-aux Neiges, à Bruxelles.

Le banquet annuel des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le 29 juin. Le prix de la cotisation est fixé à 17 francs. On s'inscrit jusqu'au 25 juin, auprès de l'un des commissaires dont les noms suivent :

MM. Gombault et Brongniart, à la Pitié ; Siredey et Warmont, à l'Hôtel-Dieu ; Binet et Labbé, à la Charité ; Londe et Paris, à l'hôpital Saint-Louis ; Rocque, à l'hôpital La Riboisière ; Senac, à la Salpêtrière ; Kœchlin, à l'hôpital Sainte-Eugénie ; Genouille, à l'hôpital Saint-Antoine.

On se réunira à l'hôtel du Louvre, rue de Rivoli, à sept heures.

— Le concours qui s'est ouvert le 6 avril dernier, pour deux places de médecin au Bureau central des hôpitaux, vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Hervieux et Goupil.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Kobelt, professeur d'anatomie à Fribourg, et auteur d'une brochure sur le *sens génital*, qui fit certaine sensation lorsqu'elle parut, en 1845.

Pour toutes les Variétés, A. Dechambre.

VIII.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

American Medical Monthly. — 1857. Janvier. Sur l'avortement ; nouv[illegible] de traitement, par *Gatch Carey*.

Charleston Medical Journal. — 1857. Janvier. Cas de rupture de l'[illegible] *Reynolds*. — De l'acide nitrique contre la toux, par *C. Witsell*.

Medical Times and Gazette. — 1857. Nouvelle série. N° 340. Nouvelle [illegible] le bec-de-lièvre, par *A.-J. Wood*. — 342. Nouveau caustique, par *Simpson*. — [illegible] l'amylène, par *Snow*. — 343. *Idem*. — 344. Action de la belladone et [illegible] pine sur l'iris, par *G. Harley*. — 345. Traitement des fractures obliques du [illegible] inférieur, par *Dumreicher*. — 347. Stérilité dépendant de la dysménorrhée [illegible] maladies du rectum, par *B. Brown*. — 348. Solution de chlorure d[illegible] certaines affections des gencives avec salivation, par *W. Nunn*. — 350. [illegible] des varices par les caustiques, par *Holmes Coote*. — 351. Cas de mort par [illegible] roforme, par *Snow*. — 352. Mode d'application du froid dans les [illegible] l'utérus, par *Arnott*.

The American Journal. — 1857. Janvier. Remarquable plaie d'arme [illegible] *W.-F. Edgar*. — Appareil pour la réduction de la luxation des doigts, par [illegible] — Rupture de l'utérus, gastrotomie, guérison, par *J.-H. Bayne*. — [illegible] morphine dans l'incontinence d'urine, par *T. Kennard*.

The Cincinnati Observer. — 1857. Janvier. De l'inflammation du corps [illegible] *E. Williams*. — Février. Emploi du fer dans l'hémorrhagie utérine, par [illegible] — Opération pour la cure radicale de l'hydrocèle, par *Byford*. — Mars. Sur les [illegible] qui déterminent le sexe de l'enfant, par *Sutton*. — Avril. Cas d'hystérie [illegible] lepsie, par *A. Jones*.

The Dublin Quarterly Journal. — 1857. Février. Sur la syphilisation, [illegible] — Sur la fistule vésico-vaginale, par *Collis*.

The New-Orleans Medical and Surgical Journal. — 1857. Janvier. R[illegible] de la chimie avec la pratique médicale, par *L. Crawcour*. — Divers cas d'[illegible] — Mars. Traitement de la fièvre jaune ; méthode de *Dufour* (traduit du [illegible] — Anatomie pathologique de la fièvre jaune, par *S.-A. Cartwright*.

The North-American Medico-Chirurgical Review. — 1857. Janvier. N[illegible] plan de traitement de l'hémorrhagie utérine, par *Dupierris*. — Nouveau tr[illegible] par *Gross*. — Mauvais effets des mariages consanguins, par *Bemiss*. — [illegible] le strabisme, par *T. Graham*. — Coqueluche avec symptômes parti[illegible] *C.-A. Hentz*.

El Siglo medico. — IVe année, n° 158. De la diathèse, par *Corbella y Parra*. — [illegible] l'opium dans la gangrène sénile, par *de Erostarbe*. — 171. Gastrorrhagie [illegible] mittente traitée avec succès par le sulfate de quinine, par *Bonet y Lacu*[illegible] — 174. Luxation extraordinaire de la mâchoire inférieure, par *Grasis y* [illegible]

Gazeta medica de Lisboa. — Ve année, n° 101. De l'ophthalmoscope [illegible] applications. — 103. Chlorate de potasse dans la stomatite ulcéreuse.

Gazzetta medica italiana (Toscana). — 1857. Nos de 2 à 7. Des hernies [illegible] culièrement de l'étranglement, par *A. Renzi*. — De 9 à 13. Cinq leçons sur [illegible] vation clinique, par *Buffalini*.

Gazzetta medica italiana (Stati Sardi). — 1857. Nos de 1 à 17. Ébauche [illegible] nouvelle théorie sur les parties du cerveau, par *Moschi*. — Nos 6 et 7. Sur [illegible]

Giornale delle Scienze mediche della R. Accad. Medico-Chirurgica [illegible] — 1857. Nos 1, 2 et 3. Contagiosité du choléra, par *Demarchi*. — 3, 4, [illegible] Sur la fièvre miliaire, par *Sella*.

Il Filiatro Sebezio. — Janvier, février et mars. Introduction à une [illegible] méthodique, par *Lanciano*.

La Cronica de los Hospitales. — 1857. N° 5. De la coqueluche, par *Br*[illegible] — Fracture comminutive du péroné et du tibia ; amputation de la jambe, [illegible] d'un angle du tibia ; résorption purulente et mort, par *Benavides*.

La Espana medica. — 1857. Nos 19 à 23. Sur la douleur au point de vue [illegible] gical, par *Ramon Otero*. — 31. Description d'un monstre bicéphale ; [illegible] sur le dualisme, par *R. Martinez y Molina*. — 34 et 35. Pratique [illegible] par *Gonzalez y Crespo*.

La Iberia Medica (le 1er numéro de ce journal est du 5 avril). — N° 3. E[illegible] ment par la strychnine, par *E. Baeza*.

Livres.

Compte rendu des principaux faits observés a la Clinique d'accouchements pendant les années 1852-1855, par le docteur *R. Dunal*. In-8 de 152 p. Montpellier, impr. Ricard.

Quatrième bulletin des travaux de la Société de médecine de Rouen. In-8 [illegible] VIII-124 pages avec 1 planche. Rouen, impr. de Péron.

Recherches sur les substances anesthésiques — l'oxyde de carbone, l'[illegible] par le professeur *Tourdes* (de Strasbourg). In-8 de 61 pages. Strasbourg, [illegible] Silbermann.

Handbuch der Pathologie und Therapie (Traité de pathologie et de thérapeutique), par *C.-A. Wunderlich*. 4 tomes en 9 volumes. In-8. Stuttgart, chez Ebner et Seubert.

Lehrbuch der gerichtlichen Psychologie (Traité de psychologie légale), *K.-W. Ideler*. Grand in-8. Berlin, chez Hayn.

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Prix et les Départements.
Un an. 24 fr.
Six mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 12 JUIN 1857. — N° 24.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de M. le Ministre de l'instruction publique, en date du 8 juin 1857, il est créé, dans l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse une chaire spéciale d'hygiène.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA SCARLATINE. Leçon faite à la clinique de la Faculté de médecine de Paris, par M. TROUSSEAU.

La scarlatine est, de toutes les pyrexies exanthémateuses contagieuses, la plus variable dans ses formes, dans ses allures ; elle est aussi la plus variable relativement aux dangers qu'elle peut faire courir aux malades. La variole bénigne, discrète, maligne, confluente est toujours la variole: toujours vous la reconnaissez à ses grands caractères, toujours elle se traduit, à l'extérieur, par des formes qui lui sont propres, qu'elle ait été ou non modifiée, comme elle l'est si souvent par une vaccination ou par une variole antécédentes. La scarlatine, au contraire, peut ne pas apparaître, et, dans beaucoup de cas, n'apparaît point du côté de la peau ; elle n'en est pas moins grave. La rougeole garde toujours ses allures, à peu de choses près; son diagnostic est simple, ordinairement au moins, presque toujours facile; ses complications, généralement prévues, arrivent à un certain temps, à un certain jour que le médecin peut prédire. La scarlatine, comme nous le verrons, présente des complications le plus souvent imprévues, que le médecin ne peut connaître d'avance, même à une époque très rapprochée du moment de leur apparition.

C'est pour cela que j'ai voulu commencer par la scarlatine l'étude des pyrexies exanthémateuses.

Cette maladie est tantôt tellement bénigne, qu'un des plus

FEUILLETON.

Lettre médicale.

SOMMAIRE. — Association des médecins du département du Rhône. — Répression de l'exercice illégal de la médecine.

Vous n'êtes pas sans avoir entendu parler, cher confrère, d'une détestable engeance, gourmande et rapace, et fourbe, et malfaisante, qui, depuis l'origine de l'art médical, a l'effronterie de s'asseoir sur la table des vrais médecins, et d'engloutir les mets qu'elle n'a ni préparés ni achetés.

> Ale ha uno late, colli e visi umani,
> Piè con artigli, et pennuto'l gran ventre.

Oui, c'est bien cela : cette description de harpies est faite pour cette légion d'intrus. Ils portent une face humaine, hélas ! il faut bien en convenir ; mais aussi ils ont de larges ailes, pour voler de rapine en rapine ; ils ont les pieds armés de serres, pour saisir la proie que jette incessamment sur leur passage la bêtise humaine ; ils ont le ventre emplumé, comme le vautour ou comme la pie voleuse ; ils l'ont énorme : quoi de mieux approprié à leur famélisme insatiable ?

Eh bien, cette race, que la loi atteint avec plus ou moins de sévérité, mais que les tribunaux frappent rarement, et qui se trouve ainsi comme incessamment pendue en effigie sans souffrir beaucoup de mal, une association médicale des départements, celle du Rhône, vient de lui déclarer une guère à outrance. Sous l'incitation énergique de notre ami et collaborateur, M. Diday, une commission a été nommée pour rédiger un projet de poursuites judiciaires, dont nous n'avons pas manqué de vous parler en temps et lieu (*Gazette hebd.*, 1856, p. 641 et 657). Le 22 avril, le projet de cette commission spéciale a été adopté à une forte majorité, sauf quelques modifications, par la *commission générale de l'association*. Les résolutions votées sont les suivantes :

grands observateurs des siècles passés, Sydenham, disait d'elle, en parlant de plusieurs épidémies qu'il avait vues : *Vix nomen morbi meretur*, elle mérite à peine le nom de maladie. C'est que Sydenham ne nous a donné dans ses écrits que les résultats de son expérience personnelle, et comme il ne l'avait jamais observée grave, il traitait la scarlatine avec cette sorte de mépris qu'il est loin d'avoir pour la rougeole et pour la variole. De nos jours, des écrivains qu'il faut toujours consulter nous disent que, pendant longues années, les scarlatines qu'ils ont observées étaient si peu graves qu'ils n'avaient vu personne en mourir.

Graves, dans ses leçons cliniques, rappelle qu'en 1800, 1801, 1802, 1803 et 1804 la scarlatine ravagea l'Irlande et fut très meurtrière; que de 1804 à 1831 les médecins qui l'avaient trouvée si meurtrière dans les années que nous avons citées ne voyaient plus alors succomber personne à cette affection, devenue d'une étrange bénignité. En 1831, une nouvelle épidémie de scarlatine grave régna à Dublin et aux environs, et en 1834 cette maladie couvrit l'Irlande d'un deuil plus grand que ne le fit, quelques années plus tard, le typhus, que ne l'avait fait le choléra deux ans auparavant.

Lorsque je commençais, à Tours, mes études médicales, M. Bretonneau nous disait que la scarlatine, dont il avait entendu parler par ses maîtres comme d'une maladie grave, lui avait d'abord paru d'une singulière bénignité. Il nous disait que depuis 1799 jusqu'en 1822, époque à laquelle nous étions alors arrivés, il ne se souvenait pas d'avoir vu mourir un scarlatineux, et cependant il avait longtemps exercé dans la campagne avant d'être médecin en chef de l'hôpital de Tours. Depuis il avait rencontré de nombreux cas de scarlatine, tant à l'hôpital qu'à la ville, et jusque-là cette pyrexie exanthémateuse était, pour lui, de toutes la plus bénigne. Mais en 1824 une épidémie sévit sur Tours et sur ses environs; en moins de deux mois M. Bretonneau voit mourir les malades avec une si effrayante rapidité, qu'ennemi des doctrines de Broussais, alors en honneur, il accuse les médications instituées par ses confrères, qui saignaient à outrance pour modérer l'angine et la fièvre inflammatoire du début; bientôt, arrivant lui-même aux prises avec la maladie, il s'aperçoit qu'il ne peut toujours lutter contre elle avec avantage; il voit succomber un nombre considérable de ses malades. Alors, lui qui traitait si légèrement la scarlatine avant 1824, apprend à la redouter à l'égal de la peste, du typhus et du choléra.

Ainsi, pendant plus d'un quart de siècle, la scarlatine règne épidémiquement sans présenter aucune gravité, tou[t à] coup ses allures changent, elle frappe alors cruellement ce[ux] qu'elle touche; il n'en est point ainsi de la rougeole, il n'[en] est point ainsi de la variole. Sans doute, les épidémi[es de] rougeole et de variole sont quelquefois fort graves, mais el[les] ne sont jamais aussi généralement bénignes ou graves que [les] scarlatines. Pour la scarlatine, le génie épidémique est [plus] dominant que dans celle-ci, et, suivant la nature de ce gé[nie,] la maladie est extraordinairement simple ou singulièrem[ent] grave.

Quelle est la durée de la *période d'incubation* de la scarlatine?

Dans une fièvre exanthémateuse rien n'est plus difficile [à] préciser, alors que le virus n'est pas directement ino[culé;] aussi rien n'est plus variable que la manière dont cette [ques]tion a été résolue. Pour la scarlatine, en particulier, les [uns] disent que l'incubation dure quatre jours, d'autres disent [...] d'autres encore quinze, vingt, trente jours. En un [...] n'a posé que des chiffres hypothétiques, parce qu'on n'[a pas] voulu voir qu'il n'y avait de certitude possible qu'alor[s que] l'on pouvait assigner une date précise au début [...] l'incubation. Or, une seule pyrexie peut nous donner [une] date précise, c'est la variole, parce que la variole est i[nocu]lable. Comme pendant un demi-siècle cette inoculation [a été] pratiquée sur une grande échelle dans toute l'Europe [on a] pu parfaitement poser les limites du temps qui s'écoule [entre] le moment où le virus variolique a été introduit sous [la peau] et celui où la maladie se manifeste. Si de cette façon [on peut] préciser la durée de l'incubation dans la variole, il n'e[n est] point ainsi des autres pyrexies exanthémateuses que l'[on n'a] pas inoculées, et qui peut-être ne sont pas inoculables. [Pour] celles-ci, à défaut d'inoculation, on a pris pour point d[e dé]part de l'incubation le moment où l'individu s'était tr[ouvé en] contact avec un autre individu affecté; mais contact et [ino]culation sont deux faits très différents. En voici un exem[ple.] Cinq cents moutons sont réunis dans un même parc [ou dans] une même bergerie; l'un d'eux prend la clavelée, ma[ladie] éruptive des bêtes ovines analogue à la variole de l'h[omme.] Quinze ou vingt jours plus tard, sept ou huit autres m[outons] sont pris, et successivement, chaque jour, on en voit [quel]ques-uns tomber malades; il faut quelquefois que [...] mois se passent avant que le dernier ait été atteint. Or, [tous] ces animaux, enfermés dans un même endroit, respirant [un] air confiné, serrés les uns contre les autres, et souillés [par] le pus des malades, tous ces animaux n'étaient pas pris [...]

1° La répression de l'exercice illégal de la médecine doit être tentée par les moyens judiciaires.

2° L'association s'occupera de cette répression en signalant les délits, qu'un ou plusieurs de ses membres seront chargés de poursuivre en se portant *partie civile*.

3° Les poursuites seront exercées par une commission de cinq membres, que le sort désignera parmi ceux qui auront adhéré au projet de répression.

4° Cette commission emploiera les *moyens qu'elle jugera convenables* pour arriver à la *preuve du délit*.

5° Les frais de poursuites, lorsqu'ils ne seront pas couverts par le chiffre des dommages-intérêts, seront à la charge de l'association, sans que la cotisation annuelle des sociétaires puisse être augmentée.

6° L'excédant des dommages-intérêts sur les frais de poursuites sera consacré à des œuvres de bienfaisance.

7° Il sera présenté à l'Empereur une pétition tendant à obtenir une réforme des lois sur la médecine.

Enfin, le 28 mai, à la séance générale annuelle de l'association, il a été procédé à la nomination de la commission des poursuites et à la signature de la pétition. Celle-ci sera envoyée avant pe[u au] chef de l'État, et cet envoi sera annoncé à toutes les associa[tions] médicales de France, qui seront invitées en même temps à s[uivre] l'exemple de leur intrépide sœur du Rhône.

En présence de cette croisade déjà organisée et prête à ent[rer] en campagne, la première parole de quiconque déplore les envahis[]sements de l'exercice illégal et les ravages de l'ignorance [et de] la piperie, doit être une promesse d'appui claire et expl[icite.] Quelque idée qu'on puisse se former des chances de succès [d']une telle entreprise, de la convenance des moyens employés [, des] résultats imprévus auxquels il est possible qu'on aboutisse, [le de]voir de tout confrère digne de ce nom, de ceux même qui [...] ont combattu le projet, est de se souvenir uniquement d'une [chose:] c'est que l'entreprise a un but manifeste, un but élevé et resp[ec]table, d'intérêt public; c'est qu'elle est généreuse (car ce n'est [pas] dans nos rangs, sans doute, qu'on oserait n'y voir qu'une grosse question de coffre-fort); c'est que plus elle pourra paraître [en]tourée de difficultés, menacée de mécomptes, et plus elle accuse[...]

mêmes époques, les uns l'ont été plus tôt, les autres plus tard. Conclurez-vous de là que chez ceux-ci la durée de l'incubation a été plus longue que chez ceux-là? Nullement, car l'inoculation pratiquée au même jour chez tous vous ferait voir la maladie se manifestant au même jour aussi, chez tous sans exception. Contact et inoculation sont donc deux faits essentiellement différents : par l'inoculation, le virus est introduit nécessairement dans l'économie; par le contact médiat ou immédiat, l'absorption de ce virus ne se fait pas toujours. Une fois cette absorption ayant eu lieu, l'*évolution* de la maladie se fait dans un temps déterminé et égal chez tous, à peu d'heures, à peu de jours près.

Eh bien! le jour où l'on parviendra à inoculer la scarlatine, on pourra préciser, comme on le fait pour la variole, la durée de la période d'incubation; jusque-là il est impossible de le savoir. Dans une famille composée de dix individus, la scarlatine mettra quelquefois cinq semaines à attaquer tous les membres de cette famille; il arrivera pour eux exactement ce qui arrivait pour les moutons du troupeau dont je vous parlais tout à l'heure. Cela ne tient pas à ce qu'ils ont été hors du contact, mais à ce qu'ils se sont trouvés dans des conditions différentes pour en subir les effets. Il arrivera ici ce qui arrive pour la syphilis. Le virus syphilitique inoculé méthodiquement détermine, après un certain nombre de jours, l'évolution d'une vésicule spécifique, et ce nombre de jours est à peu près déterminé; mais que plusieurs individus aient des rapports vénériens avec une femme infectée, les uns prendront la vérole immédiatement, tandis que les autres, s'étant soumis au contact plusieurs jours de suite, ne seront infectés que le dernier jour. Cela tient à ce que les premiers se sont trouvés dans des conditions physiologiques ou pathologiques telles, que dès un premier contact le virus a pu être inoculé, tandis que les seconds ne se sont trouvés que plus tard dans les mêmes conditions.

En dernière analyse, messieurs, la période d'incubation dans la scarlatine, c'est-à-dire celle comprise entre l'époque précise de l'inoculation du virus scarlatineux et l'époque précise des premières manifestations de la maladie, cette période, dans la scarlatine, ne saurait être déterminée rigoureusement. Les mêmes réflexions s'appliquent à la rougeole; elles s'appliquent à la variole elle-même, alors qu'elle n'est pas directement inoculée.

Dans la scarlatine, la période d'invasion est encore très mal déterminée. Vous savez comment les choses se passent dans la variole, et vous pouvez affirmer que, dans les varioles régulières, lorsque vous voyez apparaître l'éruption après quarante-huit heures du début de l'invasion, la variole sera confluente, parce que c'est à la fin du second jour, ou au commencement du troisième que les pustules se montrent dans cette forme de la maladie; que si les pustules se développent seulement vers le quatrième jour, vous diagnostiquerez une variole discrète. Rarement, en effet, l'éruption de la confluente est retardée jusqu'au quatrième jour; rarement aussi celle de la discrète est avancée au second. Ces allures à peu près certaines de la variole vous permettent de reconnaître tout de suite si la maladie sera grave ou bénigne. — Bien entendu, je parle seulement des varioles régulières et non des varioles modifiées ou varioloïdes, dont les allures ne sont plus les mêmes.

Dans la scarlatine les choses marchent différemment : chez certains malades, l'éruption apparaît dans les quatre ou cinq premières heures de la fièvre d'invasion, très rarement plus loin que le premier jour. Il est plus rare encore, à moins de complications, qu'elle se fasse dans le cours du second jour, à plus forte raison dans le cours du troisième. Bien que quelques médecins croient avoir observé cette apparition à cette dernière époque, je le répète, ce fait est extrêmement rare. Je ne nie pas sa possibilité d'une manière absolue; à mon avis pourtant, cela tient à ce que l'attention des malades n'étant pas éveillée, on n'a pas cherché, dans un grand nombre de cas, l'éruption là où elle existait. En général, c'est sur le visage que nous cherchons d'abord les exanthèmes fébriles, parce qu'en effet c'est là qu'ils se montrent en premier lieu : il en est ainsi, du moins, de la rougeole et de la variole; il n'en est plus ainsi de la scarlatine. Dans cette maladie, c'est plus particulièrement sur le tronc, sur les avant-bras, sur le bas-ventre, sur le pli des cuisses, que l'éruption apparaît d'abord; de sorte que celle-ci peut exister depuis vingt-quatre à trente-six heures avant de se montrer au visage, au cou. Nous pouvons croire alors qu'elle commence seulement, bien qu'en réalité elle ait débuté déjà depuis quelque temps. Mais lorsqu'on est prévenu de la marche de la maladie, l'erreur est facile à éviter. En définitive, la période d'invasion dans la scarlatine est extrêmement courte.

Les *phénomènes qui la caractérisent* sont ordinairement une fièvre vive avec ou sans frisson préalable; le plus généralement ce frisson manque. La fréquence du pouls est considérable, plus considérable qu'elle ne l'est dans les autres pyrexies exanthémateuses. Ce fait a de l'importance : car, en étudiant la scarlatine dans ses éléments, en parlant de la

---

chez ceux qui l'ont conçu, l'amour ardent de la profession, et méritera les sympathies et le concours de ceux au profit de qui elle va être poursuivie. Quand la guerre éclate, c'est à l'épée seule à argumenter, et les opinions contraires n'ont plus qu'à se réunir dans un effort commun contre l'ennemi.

Disons encore à cette occasion que les oppositions tirées de l'étroitesse relative de l'objet proposé, c'est-à-dire de sa disproportion avec le mal plus profond et plus étendu qui travaille le corps médical, oppositions dont s'est rendu l'organe un confrère qui a marqué avec originalité sa place dans les questions de cet ordre, M. le docteur Loreau, tombent de soi devant l'impossibilité évidente où est une simple association de se substituer au gouvernement pour remanier l'institution tout entière. Avec ce raisonnement, on amènerait la charité privée et même publique à boutonner ses poches, sous le prétexte qu'elle ne remédie en rien aux causes essentielles de la misère. L'association a fait, pour les intérêts généraux du corps, tout ce qu'elle pouvait en adressant une pétition au gouvernement. C'est ce qu'a, du reste, clairement démontré M. Diday, dans sa spirituelle et sensée réplique à M. Loreau.

Après cette profession de foi sincère, vous nous permettrez, entre nous, — *Iliacos intra muros* — quelques remarques dont les *Grecs* (c'est le mot) n'auront pas la confidence.

Et d'abord nous regrettons, comme nous l'avons toujours fait, que les auteurs du projet et la commission spéciale n'aient pas, spontanément et dès le premier jour, établi une distinction formelle, tranchée, entre l'exercice illégal et le charlatanisme proprement dit : l'accouplement ordinaire de ces deux monstres n'autorise pas à les confondre entièrement et à les appeler du même nom. Or, tandis que le projet n'avait en vue directement que l'illégalité de l'exercice, en quoi nous l'approuvons très fort, c'est la *répression du charlatanisme* qu'on inscrivait au titre, qu'on semblait par là mettre à l'ordre du jour, et qui revenait en effet perpétuellement dans les discussions. Il suffisait d'un peu d'inattention pour se méprendre sur le but du projet; et, comme l'action de la loi sur le charlatanisme est beaucoup moins en faveur que son action sur l'exercice non autorisé, le projet a soulevé des antipathies chez

scarlatine sans éruption, nous verrons que, dans bon nombre de circonstances, on arrive au diagnostic de cette maladie par la seule considération de cette extrême fréquence du pouls qui ne se retrouve pas dans les autres affections que l'on pourrait confondre avec la scarlatine en partie *effacée*, si je puis me servir de cette expression. A cette fièvre s'ajoutent de la céphalalgie, un malaise général, de l'anorexie, des vomissements, de la diarrhée, souvent très abondants. Presque toujours, au moment où la fièvre apparaît, apparaît aussi le mal de gorge; de telle sorte que, dès le début de l'affection, avant que quelques heures se soient écoulées, le malade se plaint de douleur dans cette région; il l'accuse comme le phénomène le plus saillant de ceux qu'il éprouve : c'est sur lui qu'il appelle votre attention. Ce phénomène est d'autant plus important à étudier, qu'il peut en imposer; que cette angine peut être prise pour une angine simple, et que, l'idée se portant vers cette dernière affection, on peut instituer une médication inopportune, tout au moins insuffisante, alors qu'on aurait affaire à une angine scarlatineuse maligne. La langue ne présente, le premier jour, rien de particulier : elle est fébrile, c'est-à-dire chargée d'un enduit un peu limoneux, à peine rouge à la pointe et sur les bords; mais sur le voile du palais on peut constater une rougeur un peu vive, et, dans quelques circonstances; offrant déjà un aspect pointillé. Cette rougeur est très vive, au contraire sur les amygdales, qui sont légèrement gonflées. Cette rougeur, cet aspect pointillé du voile du palais, des amygdales, sans notable tuméfaction, s'accompagnant d'une violente douleur, d'une fièvre intense, doivent vous mettre l'esprit en garde, alors surtout qu'il règne une épidémie de scarlatine, et vous faire redouter une angine scarlatineuse.

Lorsque la scarlatine est maligne, les accidents prennent une tout autre forme. La fréquence du pouls est plus grande encore, à ce point que chez un adulte on peut compter 130, 140, 150, 160 pulsations dès le premier jour, avant même que l'éruption ait apparu à la peau. En même temps surviennent des troubles du côté du système nerveux, se traduisant soit par une grande agitation, soit par de l'insomnie que rien ne peut vaincre, presque toujours par du subdelirium lorsque le malade est abandonné à lui-même. Ce sont là des accidents bien rares dans les simples maux de gorge, bien rares aussi au début des autres pyrexies. Dès le premier jour, dès les premières heures, la scarlatine maligne s'annonce avec toute sa malignité, et cette malignité peut être telle, que les individus succombent avant que vingt-quatre heures se soient écoulées.

J'étais mandé, par mon ami M. le docteur Bigelow, dans un pensionnat de Paris, auprès d'une jeune Américaine. Elle était, depuis le matin, en proie à un délire effrayant; elle avait une fièvre intense et des vomissements incessants; la fréquence du pouls ne permettait pas d'en compter les battements; la peau était d'une sécheresse extraordinaire. Ces phénomènes me firent dire, en arrivant auprès de la malade, que nous avions affaire à une scarlatine; et, en effet, bien que rien autre chose n'en démontrât l'existence, mon diagnostic se trouvait confirmé par la présence de l'éruption caractéristique, chez une autre jeune fille du pensionnat, où régnait alors une épidémie de scarlatine. Notre malade mourut avant la fin de la journée.

En 1824, au commencement de cette désastreuse épidémie qui sévit à Tours, et dont je vous ai parlé, nous voyons, avec M. Bretonneau, une jeune femme succombant en moins de onze heures, avec des accidents terribles, délire, agitation excessive, fréquence extraordinaire du pouls, et rien ne nous indiquait la scarlatine, si ce n'est que nous étions en pleine épidémie et que, dans la famille de cette jeune femme, plusieurs personnes avaient été touchées.

Défiez-vous donc, au milieu d'une épidémie de scarlatine, alors surtout que celle-ci a attaqué déjà des individus autour du malade auprès duquel vous êtes appelés; défiez-vous de ces accidents nerveux arrivant ainsi au début d'une maladie. Presque toujours ils annoncent une scarlatine maligne, et celle-ci tue presque toujours aussi avec une épouvantable rapidité.

Je dois beaucoup insister sur ce point, parce qu'il pourrait donner lieu à des erreurs de diagnostic des plus sérieuses; parce qu'il pourrait donner lieu à des fautes de pronostic plus sérieuses encore pour la réputation d'un médecin. Dans la pratique, en effet, on nous pardonne plus de laisser mourir les malades que de nous tromper sur l'issue d'une maladie (1). Quelque injuste que l'on soit souvent, on sait que

(1) Ces considérations sur l'importance du pronostic se retrouvent déjà dans Hippocrate :

Medicum providendi studio incumbere, optimum esse mihi videtur. Præsentiens enim atque prædicens apud ægrotos et præsentia, et præterita, et futura, et quæcumque ægri prætermittunt, exponens, res utique ægrotantium magis intelligere credetur, adeo ut sese homines medico committere audeant..... Sanos omnes ægrotos efficere nemo potest. Id enim foret præstantius, quam futura prænoscere..... Debet (medicus) differentias morborum assidue in vulgus grassantium cito animadvertere, nec temporis statum ignorare. Sic enim eum omnes merito admirabuntur, et medicus optimus censebitur. Namque et eos, qui servari possunt, multo etiam melius servare poterit, longo ante singulorum curationem præmeditatus, et morituros ac salvandos prænoscens atque prænuncians vacabit crimine. (*Prognosticus*, sect. prima, cap. I.)

Van Swieten, empruntant cette idée à cet admirable passage d'Hippocrate, dit *Con-*

beaucoup de personnes; antipathies imméritées, à la bonne heure, mais pratiquement fâcheuses. Nous pouvons en donner l'assurance à nos confrères et amis de Lyon. Bien plus, à Lyon même, au sein de la commission générale, que s'est-il passé? Le charlatanisme a si bien paru être de la partie, que les opposants ont surtout argué de ce que *le charlatanisme a sa raison d'être dans la nature humaine*; de ce qu'*il y a des charlatans parce qu'il y a des dupes, et non des dupes parce qu'il y a des charlatans*. Et les adhérents répondaient que le *charlatanisme*, s'il est en effet *inévitable*, n'est pas pour cela *au-dessus de toute atteinte*. Cette controverse assurément ne pouvait s'appliquer à l'exercice illégal, car il ne peut venir à l'esprit de personne de soutenir qu'il soit dans la *nature humaine* de commettre une infraction à la loi. C'est seulement dans le rapport de M. Diday à M. Loreau que cette distinction se trouve explicitement consacrée et le simple charlatanisme mis hors de cause. M. Diday entend « qu'on tienne son savoir de la fréquentation de l'école, non du comptoir d'un café, du *maniement des entrailles de victimes porcines* ou de la *sanglante tribune des hautes-œuvres*. »

Et ces exemples sont excellents pour montrer que la seule répression, mais la répression sévère, radicale, de l'illégalité d'exercice porterait déjà, quoique obliquement, un rude coup au charlatanisme; car il n'est pas probable que de telles pratiques puissent se soutenir jusqu'au niveau d'éducation que suppose aujourd'hui le diplôme, même celui d'officier de santé. A Rome, où la médecine était libre, comme elle l'a été chez nous dans la période révolutionnaire, ce genre d'extravagance était beaucoup plus répandu que de nos jours. On attachait une corde de crucifié au cou des gens pour les guérir de la fièvre quarte; on raclait le corps des athlètes après la lutte pour en recueillir un mélange de sueur, de poussière et d'huile, avec lequel on composait, *secundum artem*, une pommade émolliente et résolutive; on confectionnait avec le crâne d'un pendu des pilules contre la morsure des chiens enragés, etc. Et tout cela se pratiquait à une époque où Rome, par de magnifiques monuments d'art, d'histoire, de poésie et d'éloquence, avait déjà mérité de s'appeler la ville éternelle.

La disposition scabreuse du projet est celle qui constitue *partie*

nous ne sommes pas maîtres de la vie; que la mort frappe toujours tôt ou tard; et si parfois alors on nous accuse, toujours on accuse impitoyablement le médecin qui n'a pas su prévoir ce qui allait arriver. Ces préceptes, ne les oubliez pas, et lorsque vous vous trouverez en présence des accidents dont je vous parle, faites vos réserves, car ces accidents peuvent se terminer rapidement par la mort; presque jamais ils ne se montrent aussi inopinément graves dans la rougeole, ni même dans la variole.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ment. aux Aph. de Boerhaave, aph. 548, *De peripneumonia vera*): Operæ protium erit considerare funesta illa symptomata, quæ medicum docent, certam instare perniciem. Sanare quidem ægros foret præstantius, quam futura prænoscere; verum cum illud semper in potestate medici non sit, tunc saltem famæ suæ consulet, et omni culpæ vacare credetur, si præviderit et prædixerit, quinam ægri evadere possint, quinam autem perituri sint. (*Note du rédacteur.*)

Note additionnelle au mémoire lu par M. le professeur Bérard à l'Académie de médecine dans la séance du 19 mai 1857.

Vous avez pu remarquer, messieurs, la réserve que j'ai apportée dans les conclusions de mon travail sur la glycogénie. Je serai aujourd'hui beaucoup plus affirmatif. Un fait considérable, dont la vérification a eu lieu devant moi dans une circonstance assez fréquente, semble de nature à dissiper tous les doutes, si toutefois il en restait.

Posons bien clairement la question.

Après avoir démontré la présence du sucre dans le canal thoracique, chose que personne ne semble disposé à contester aujourd'hui (je ne sais cependant ce qu'en pense maintenant M. Bernard), après, dis-je, avoir constaté la présence du sucre dans le chyle, je me suis demandé d'où venait ce principe immédiat.

Était-il versé dans le canal thoracique par les lymphatiques du foie, qui auraient puisé dans cet organe un principe sucré? Cette théorie ne pouvait être acceptée comme explication générale, puisqu'on trouve aussi du sucre dans les vaisseaux afférents au canal thoracique.

Mais on pouvait admettre peut-être que le sucre sécrété dans le foie et incessamment emporté par le courant sanguin, dans lequel il n'était pas complétement détruit, transsudait des extrémités des artères dans les radicules des lymphatiques, et revenait au cœur par le canal thoracique.

Messieurs, je ne suis pas monté à cette tribune pour me répéter, mais pour compléter ma communication. On peut voir, dans mon mémoire imprimé, sur quels motifs je me suis fondé pour rejeter cette seconde explication. Ces motifs, je les maintiens, et j'y vais ajouter une considération qui me paraît décisive.

La démonstration ne sera pas embrouillée, cependant je vous demande un peu d'attention.

De quoi s'agit-il? De rechercher si le sucre du chyle, si le sucre de la lymphe, si le sucre du liquide mixte du canal thoracique, si, en un mot, le sucre contenu dans le système lymphatique vient ou non du foie. Il ne pourrait venir du foie que par la circulation sanguine, c'est-à-dire qu'il sortirait du foie avec le sang des veines sus-hépatiques, arriverait au cœur, franchirait l'oreillette et le ventricule droit, parcourrait les artères pulmonaires, les capillaires du poumon, les veines pulmonaires, les cavités gauches du cœur, qui l'enverrait par l'aorte à toutes les parties du corps. C'est là qu'un travail endosmotique en introduirait une portion dans les radicules des vaisseaux lymphatiques; le reste reviendrait au cœur par les veines.

Si l'explication est fondée, on doit trouver du sucre dans le sang de la circulation générale, en quelque point du corps que ce sang soit recueilli. Voyons donc ce que nous apprennent à ce sujet les travaux des hommes les plus sérieux et les plus compétents.

Lorsque M. Bernard eut fait l'intéressante découverte que le tissu du foie est sucré, ainsi que le sang contenu dans la partie du système vasculaire comprise entre le foie et le poumon, il proclama qu'*il n'y avait pas de traces de sucre dans le sang des artères ou des veines du système général, ni dans celui de la veine porte* (1).

Je rappellerai une fois pour toutes, pour les personnes qui auraient perdu de vue ce détail, que le sang de la veine porte, lequel n'a pas encore été admis dans le foie, n'est que le sang de la circulation générale; plus, ce que la veine a pu absorber dans le tube digestif. Le sang de la cuisse ne vient pas plus directement de l'artère fémorale, ni le sang du bras de l'artère humérale que le sang de l'estomac et de l'intestin ne vient de l'aorte.

La proposition de M. Bernard fut, vous le savez, vivement

(1) Thèse sur *une nouvelle fonction du foie*, 17 mars 1853, p. 68.

---

civile les délégués de l'association. Au fond c'est, avec la latitude laissée aux délégués pour la constatation du délit, le projet tout entier: car c'est parce qu'on a jugé insuffisante la simple dénonciation au parquet, comme elle a été plusieurs fois pratiquée par l'association de la Seine, qu'on s'est décidé à la plainte directe avec demande de dommages-intérêts. Si cette disposition nous paraît grave, c'est d'abord à cause de l'effet moral qu'elle pourra produire sur le magistrat, puis parce qu'elle soulève une question de droit sur laquelle la jurisprudence n'est pas d'accord et qui peut entraîner pour la Société, non pas seulement des obstacles, que son zèle surmontera toujours, mais des sacrifices d'argent, qu'il ne dépend pas d'elle (surtout en présence de l'article 5 du projet) de prolonger indéfiniment. On l'a vu par un procès récent (Gazette hebdomadaire, 1857, n° 20, p. 332), des pharmaciens, c'est-à-dire des commerçants, ont été déclarés par un tribunal correctionnel *sans qualité ni intérêt* dans une cause où il s'agissait de distribution non autorisée de médicaments, faite à leur préjudice. Il a fallu un appel devant une cour impériale pour faire déclarer la recevabilité de l'action. Ne serons-nous pas plus exposés encore que les pharmaciens à ce désagrément? A Lyon, où siége une cour impériale, l'appel n'entraînerait pas le déplacement de la cause; mais il n'en serait pas de même dans tout autre cas, et la cause devrait aller au chef-lieu du département voisin, ce qui pourrait avoir des inconvénients pour les délégués d'une association. Ajoutez cette cause de dépenses à celles qui peuvent naître d'appels devant la cour de cassation et, par suite, d'un nouveau renvoi devant une autre cour impériale, et vous ne trouverez peut-être pas nos craintes trop chimériques. Les pharmaciens d'Angoulême ont eu affaire à quatre tribunaux ou cours, et sont en ce moment encore en instance devant la cour de cassation.

Voici un autre embarras, qui, assez sérieux pour son propre compte, l'est plus encore quand on le rapproche du précédent. L'association lyonnaise ne s'est peut-être pas rendu un compte exact du nombre de délits relatifs à l'exercice de la pharmacie et de la médecine qui se commettent dans les petites localités. On peut affirmer qu'il n'y a pas de bourg de 1,200 ou

attaquée par M. Figuier. Les mémoires composés par ce dernier ayant été successivement portés devant l'Académie des sciences, ce corps illustre pensa qu'il lui appartenait de résoudre expérimentalement la question. Les commissaires, au nombre desquels figuraient MM. Dumas et Pelouze, invitèrent M. Figuier à démontrer en leur présence que le sang de la veine porte contenait du sucre.

M. Figuier se mit à l'œuvre. Il obtint d'abord, avec ce sang convenablement préparé, des réductions assez nettes; sur quoi l'un des commissaires lui dit : « Nous vous attendons à l'épreuve de la fermentation!... »

Ce fut pour M. Figuier le moment critique. L'expérience fut instituée avec tout le soin convenable; mais la fermentation ne s'établit point : on ne put recueillir une seule bulle de gaz. Les expériences tentées directement par la commission donnèrent le même résultat négatif. Ce fut à ce propos que M. Dumas introduisit dans son rapport la phrase que j'ai déjà citée et que je vous prie de ne point oublier : « Tous » ces phénomènes de coloration, dit-il, de réduction, pro- » duits par des matières organiques, sont trompeurs et in- » certains. Lorsqu'on ne peut pas isoler le sucre en nature, » il faut au moins s'assurer de sa présence par l'action du » ferment et par le développement d'acide carbonique que » la fermentation produit, etc. »

M. Figuier ne se tint pas pour battu, et, pendant deux ans, ses tentatives pour démontrer que le sang de la veine porte ou celui de la circulation générale contenait du sucre témoignèrent au moins des grandes ressources de son esprit.

Efforts infructueux! cette fermentation rebelle ne put être excitée directement; à peine ce sang laissait-il échapper quelques bulles de gaz lorsqu'il avait été préalablement traité par l'acide azotique.

Un dernier essai a été tenté en ma présence il y a dix-huit jours.

M. Figuier, frappé du résultat complet que M. Colin et moi avions obtenu en suivant le procédé qu'il nous avait conseillé pour exciter la fermentation du chyle, imagina que le même moyen allait mettre en évidence le sucre dont il continuait à soupçonner la présence dans le sang. Un énorme chien, nourri de chair depuis plusieurs mois, fut le sujet de l'expérience. On lui retira 600 grammes de sang par une ouverture pratiquée à la veine porte, laquelle avait été liée, au préalable, à son entrée dans le foie; on reçut dans un autre vase 600 grammes de sang provenant de l'artère fémorale du même animal.

Le sang retiré de la veine porte, privé de sa fibrine, de son albumine, etc., et dûment clarifié, suscita de très belles réductions dans la liqueur cupro-potassique. On passa ensuite à l'épreuve de la fermentation. Je suis sûr que le cœur de M. Figuier battait bien fort en ce moment; le mien n'était pas très calme, et pourtant je ne soupçonnais pas encore quelle importance allait acquérir à mes yeux le résultat qui se préparait. Ce résultat, le voici :

Il ne se manifeste pas le plus petit indice de fermentation!

Le sang artériel se comporta absolument comme celui de la veine porte.

Le langage de M. Figuier, dans cette circonstance, m'apprit que je venais d'assister au dernier acte d'une opposition qui, pour avoir été longue et opiniâtre, n'en était pas moins restée consciencieuse. M. Figuier déclara que, sur ce point de la doctrine de la glycogénie, son adversaire avait raison. L'histoire de la science ne nous offre pas beaucoup d'exemples d'un semblable aveu, et cependant les occasions de dire qu'on s'est trompé ne sont pas rares.

Vous voyez, messieurs, comment cette anecdote se lie au point en discussion. S'il est vrai que, hors l'état passager que M. Bernard nomme *débordement sucré*, le sang de la circulation générale ne renferme pas de sucre, ce ne peut être ce sang qui apporte le sucre qu'on rencontre dans le chyle. Le sang ne peut donner ce qu'il n'a pas.

Or, nous venons de dire ce que, à cet égard, l'expérience a constamment montré à M. Bernard, et comment deux chimistes célèbres avaient confirmé sa doctrine.

On pensera peut-être que M. Bernard n'avait pas un grand désir de trouver du sucre dans le sang de la circulation générale; mais voici M. Figuier qui, pendant deux ans, n'eut rien de plus à cœur que de démontrer la présence d'un sucre fermentescible dans les vaisseaux; voici M. Figuier qui vient déclarer qu'il a constamment échoué dans cette tentative!

Il n'est personne qui ne comprenne la portée d'un semblable aveu, aveu dicté par la bonne foi, alors que la passion eût conseillé peut-être le silence.

Mais je veux faire entendre encore quelques témoignages.

En 1855, M. Leconte, agrégé de la section de chimie près la Faculté de médecine de Paris, envoya à l'Institut un travail sur la glycogénie. Dans un tableau résumant les ré-

---

1,500 âmes où le pharmacien n'exerce la médecine, où le médecin ne pratique la pharmacie. Le pharmacien rend un tel service au paysan en lui ordonnant et vendant tout à la fois des médicaments pour des affections peu graves, et le médecin qui visite un paysan dans un village éloigné lui est tellement agréable en lui administrant un remède *illico*, au lieu de l'obliger à l'aller chercher bien loin, que pharmacien et médecin prennent ordinairement le parti de tolérer tacitement leurs empiétements réciproques; et la justice elle-même, qui connaît cette position, croit sage de n'intervenir que contre les abus devenus intolérables. Dans beaucoup de cas de ce genre, la poursuite d'une association pourrait déplaire à la fois au délinquant, à la partie lésée et au procureur impérial, et n'avoir d'autre effet que de jeter la zizanie où régnait auparavant la concorde. Et, de plus, nous le répétons, une besogne de ce genre, accomplie à la rigueur, constituerait une entreprise des plus considérables.

De ces remarques, cher confrère, nous ne tirons qu'une conséquence. Ce n'est pas que l'association doive s'arrêter dans son œuvre courageuse, mais seulement qu'il importe gravement au succès qu'elle ne se serve qu'avec une prudence et des ménagements extrêmes de l'arme qu'elle s'est mise dans les mains. Il ne faut pas oublier qu'un échec, dans de telles circonstances, rejaillirait sur le corps médical d'une manière plus désagréable que dans les cas où l'action est intentée uniquement par le ministère public.

Un dernier mot, cher correspondant. Vous avez vu que toutes les associations médicales de France vont être invitées à imiter l'association du département du Rhône. Il y en a une, au moins, qui ne pourra répondre à cette invitation : c'est celle du département de la Seine, reconnue, par décret du 16 mars 1851, *établissement d'utilité publique*. Si cette faveur, en la constituant *personne civile*, lui confère le droit d'acquérir par dons et legs, elle la soumet à une surveillance administrative qui lui interdit toute modification à ses statuts; elle lui enlève la libre disposition de ses fonds, et, en même temps, la faculté de s'engager dans des poursuites. Une autorisation, en effet, serait nécessaire pour chaque plainte en particulier; et comme ces plaintes, en se multipliant, engage-

…tats de cinq expériences très soignées faites sur des chiens …s au régime de la viande, je vois alignés dans une même …onne les chiffres indiquant la quantité de sucre retiré de …reine porte de ces animaux. Voici ces chiffres :

Première expérience.	0
Deuxième expérience.	0
Troisième expérience.	0
Quatrième expérience	0
Cinquième expérience	0

Il est à peine nécessaire d'ajouter que, chez les cinq ani…aux, le sang des veines sus-hépatiques contenait du sucre.

A côté des faits publiés par nos compatriotes, vous ne …userez pas de placer ceux dont M. Lehmann a fait part, … 1855, à notre Académie des sciences.

« Le sang de la veine porte, dit M. Lehmann, ne ren… ferme jamais les moindres traces de sucre chez les chiens à jeun et chez les chiens nourris avec de la viande (1). »

Dans un tableau dressé comme celui de M. Leconte, la …olonne où sont portés les chiffres qui expriment la quantité …e sucre retiré de la veine porte sur six chiens ne contient …ncore que des zéros. D'autres expériences du célèbre chi…iste font voir la limite que dépasse rarement le sucre en…endré dans le foie. « Lorsque, dit encore M. Lehmann, le sang a traversé le poumon, on n'y trouve généralement pas de sucre (2). »

Je vous demande encore une fois comment ce sang non …ucré fournirait le sucre de la lymphe et surtout le sucre du …hyle!

Mais vous voilà bien embarrassés, si je ne me trompe, …our concilier le langage des Dumas, des Pelouze, des Leh…nann, des Bernard et d'autres encore avec ce qu'on profes…sait naguère à cette tribune. Ne vous disait-on pas que toute la masse du sang contient du sucre, non à des périodes éventuelles, mais constamment, et lors même qu'on fait jeûner les animaux? Ne vous apprenait-on pas, pour chaque expérience, de combien de milligrammes au juste le sang artériel était plus riche que le sang veineux en matière saccharine? Et n'êtes-vous pas tentés de croire qu'en guise de science nous ne possédons sur ce point de physiologie qu'un fatras d'opinions contradictoires?

Rassurez-vous, messieurs! les opérations sur lesquelles ont été basés ces dosages sont de la nature de celles que l'Institut n'a pas voulu accepter, alors même qu'il ne s'agissait que de démontrer la présence du sucre dans la veine porte. Ce sont des opérations de réduction, lesquelles trop souvent font voir du sucre dans les liquides qui n'en contiennent pas.

Ce n'est point ainsi qu'ont procédé les expérimentateurs qui nient jusqu'à la présence, dans la circulation générale, de ce sucre que d'autres ont la prétention d'y doser. M. Lehmann a soin de nous avertir que c'est à la méthode par fermentation que sont dus les résultats qu'il fait connaître. C'est à la fermentation aussi qu'a eu recours M. Leconte. Je n'ai pas besoin de vous rappeler le jugement porté par M. Dumas sur la valeur comparative des deux méthodes.

Les faits que je viens d'exposer me suggèrent une remarque que je vais soumettre à l'Académie.

Toutes les fois qu'on peut, à l'aide de la levûre de bière, susciter la fermentation dans le sang dûment préparé, on obtient aussi avec ce sang des réductions, des décolorations, dans la liqueur cupro-potassique ; mais il n'y a pas réciprocité, et il arrive souvent que tel échantillon de sang qui, bien manifestement, produit des réductions, se montre impuissant à exciter la fermentation : par exemple, le sang des veines sus-hépatiques, celui des cavités droites du cœur, fermentent; ils agissent aussi sur le sel cuivrique. Au delà du poumon le sang a conservé souvent (d'autres disent toujours) la faculté de réduire le réactif; mais il a généralement perdu celle de fermenter; c'est ce que, pendant deux ans, M. Figuier a eu la douleur de constater presque toutes les semaines.

Quelle est donc cette substance qui, dans le sang, jouit de la propriété de réduire le sel cupro-potassique, et ne peut cependant être mise en fermentation? La regardera-t-on comme un sucre en voie de formation, un sucre non fermentescible? Rappellera-t-on que M. Berthelot vient de faire connaître des sucres qui sont dans ce cas? Je n'y mets aucune opposition. Il me suffit que l'on reconnaisse, et l'on est bien obligé de le faire, que cette matière ne peut être la même que celle qui fermente franchement dans le chyle.

En résumé, chez un animal mis au régime exclusif de la viande, le chyle contient un sucre fermentescible. Ce sucre ne vient pas du foie, puisque les vaisseaux de la circulation générale, seuls agents possibles de transport du foie au système lymphatique, ne charrient pas, dans l'état ordinaire, du sucre fermentescible.

(1) Académie des sciences, séance du 12 mars 1854, et *Union médicale*, 1855, p. 143.

(2) *Loco citato.*

…aient les finances de l'association, l'autorité s'y opposerait indubitablement. Cette situation était peut-être utile à rappeler à l'association lyonnaise, qui, déjà *autorisée* par le préfet, vise peut-être à devenir un jour établissement d'utilité publique. Il est bon qu'elle n'oublie pas que sa croisade actuelle serait incompatible avec une …veur bien désirable néanmoins, puisqu'elle assurerait son avenir, …t agrandirait, par le secours des dons et des legs, le cercle de son action bienfaisante.

Agréez, etc. A. DECHAMBRE.

— La Société de médecine de Toulouse rappelle qu'elle a proposé, pour sujet du prix à décerner en 1858, la question suivante : « Analyser l'arnica montana ; faire connaître les propriétés pharmaceutiques dont les diverses parties de cette plante sont la base ; établir quelles sont son action physiologique et ses propriétés thérapeutiques. »

Elle propose, pour sujet du prix à décerner en 1859, la question suivante : « Des paralysies sans lésion organique appréciable. »

Chacun de ces prix est de la valeur de 300 francs.

Les mémoires, revêtus des formes académiques, devront être envoyés (franco) au secrétaire général, avant le 1er janvier de l'année fixée pour le concours.

— On nous assure qu'il a été récemment question d'une réforme radicale dans l'Institution de l'Académie de médecine. Il ne s'agissait de rien moins que d'une réduction du nombre de ses membres à 40 au lieu de 100 ; et pour la compléter, on devait solliciter l'entrée de ces 40 membres à l'Institut comme classe nouvelle. (*Gaz. des hôpitaux.*)

— Les médecins du département de la Seine-Inférieure viennent de constituer une association de prévoyance et de secours mutuels. Voici la composition du bureau :

Président : M. le docteur Vingtrinier. — *Vice-présidents* : MM. les docteurs Faubert et Dalmenesche. — *Secrétaire général* : M. le docteur Bouteillier fils. — *Trésorier* : M. le docteur Melage.

On ne pourrait attaquer cette conclusion qu'à la condition de démontrer au préalable que la fermentation peut être excitée à volonté et à toute heure dans le sang de la circulation générale. Cette démonstration, je défie qu'on la donne!

Que si, par impossible, on venait à découvrir dans ce liquide un sucre fermentescible qui jusqu'alors y serait demeuré latent, on n'aurait pas encore prouvé le moins du monde que le sucre du chyle vient du foie.

Je suis presque honteux, messieurs, d'occuper si souvent la tribune; cependant je demanderai quelque jour à l'Académie la permission de lui parler du chyle.

Expériences qui prouvent qu'il ne se forme point de sucre après la mort dans le foie des animaux. Note lue à l'Académie des sciences dans la séance du 7 juin, par M. le docteur Louis Figuier, agrégé de chimie à l'École de pharmacie.

L'Académie a bien voulu m'accorder, cette année, un encouragement pour mes recherches relatives à l'existence normale du sucre dans le sang de l'homme et des animaux. C'était dès lors un devoir pour moi de poursuivre un travail honoré de sa haute approbation. J'ai donc repris l'étude de la question de la glycogénie hépatique, et je soumettrai successivement à l'Académie les résultats de mes nouvelles expériences. J'aurai l'honneur de porter aujourd'hui son attention sur ce fait, annoncé par l'auteur de la théorie glycogénique, que la sécrétion du sucre par le foie persiste chez les animaux après la mort, c'est-à-dire sur ce que l'on pourrait appeler la *sécrétion posthume du sucre par le foie*.

Lorsque je crus pouvoir contester par des expériences la doctrine, alors si en faveur, de la glycogénie hépatique, l'auteur de cette théorie se contenta de répéter invariablement ses mêmes assertions, sans invoquer aucun fait nouveau à son appui. Ce n'est que huit mois après qu'il produisit, comme un argument sans réplique, cette assertion que la sécrétion du sucre persiste sur le cadavre de l'animal. Comment douter, disait-il, de la réalité de cette sécrétion pendant la vie, puisqu'on la voit continuer sur le cadavre jusqu'à vingt-quatre heures après la mort?

En présentant ce fait si inattendu d'une sécrétion faite par le cadavre, l'inventeur de la glycogénie hépatique ne réfléchissait pas qu'il battait lui même en brèche l'édifice d'expériences qu'il avait élevé pour faire accepter sa doctrine. Pour démontrer que la sécrétion du sucre par le foie est, comme toutes les autres sécrétions, sous la dépendance du système nerveux, il avait multiplié ses expériences. Il s'était efforcé de prouver que la sécrétion du sucre par le foie est exaltée par la piqûre d'un certain point de la moelle allongée, qu'elle est, au contraire, anéantie par la section de certains nerfs, par la maladie ou par la fièvre, comme aussi par quelques influences physiques, telles que l'abaissement artificiel de température du corps de l'animal (1). Or, si le nouveau fait qu'il invoquait était exact, si la sécrétion du sucre persistait encore après la cessation de la vie, il est évident que les expériences par lesquelles on avait prétendu abolir cette sécrétion sur l'animal vivant étaient mal fondées, puisque rien, pas même la mort, ne peut s'opposer à l'accomplissem[ent de] cette fonction.

(1) *Leçons de physiologie expérimentale*, 1855, 8e leçon, p. 181, 184 et suivantes.

Je vais donc, dans un certain sens, venir en aide à l'[in]venteur de la glycogénie hépatique en démontrant que [cette] sécrétion posthume, qui serait si contraire à toutes les [lois] physiologiques, n'existe pas en réalité.

Pour mettre en évidence le phénomène de la formati[on du] sucre après la mort, l'auteur fait passer *pendant quar[ante] minutes* un courant d'eau dans l'intérieur du foie. Il [prend] le foie d'un animal peu d'instants après sa mort, fixe le t[ronc] de la veine porte sur un tube de *gutta-percha*, et a[juste] l'autre extrémité de ce tube au robinet d'une fontaine. [L']eau s'écoule sous une pression énergique. Il s'assure [que] le sucre a disparu du foie en faisant bouillir un fragm[ent de] cet organe avec un peu d'eau, à laquelle il ne cède p[lus de] sucre. Le foie, ainsi traité, est abandonné à lui-même [pen]dant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, il se tr[ouve] chargé d'une quantité abondante de glycose, qui pro[vient], selon l'auteur de cette expérience, d'une sécrétion de [sucre con]duit continuée après la mort (1).

Tout le monde, si je ne m'abuse, a dû comprendre, [en] lisant la description de cette expérience, le vice qu'elle [ren]ferme. Croire que l'on peut débarrasser de tout son gl[ycose] le foie d'un animal, au moyen d'un simple courant d['eau] traversant cet organe pendant quarante minutes, c'est se [faire] une singulière illusion. Évidemment, dans cette circonst[ance], le courant d'eau ne peut que parcourir les ramificati[ons de] la veine porte, sans avoir le temps de pénétrer, ou en [ne] pénétrant que d'une manière incomplète, dans l'intérieur [des] cellules hépatiques où le glycose se trouve emprisonné; et [quand] le foie est très chargé de sucre, comme l'est toujours ce[lui] d'un carnivore, on ne peut faire disparaître par ce moy[en] qu'une partie de ce produit.

(1) « J'ai choisi un chien adulte, vigoureux et bien portant, qui depuis [...] » jours était nourri exclusivement avec de la viande, et je le sacrifiai par la se[ction du] » bulbe rachidien, sept heures après un repas copieux de tripes. Aussitôt [...] » fut ouvert; le foie fut enlevé en évitant de blesser son tissu, et cet organe [encore] » chaud, et avant que le sang eût eu le temps de se coaguler dans ses vaiss[eaux, fut] » soumis à un lavage à l'eau froide par la veine porte. Pour cela, je pris un [tube de] » gutta-percha, long de 1 mètre environ et portant à ses deux extrémités de[s ajutages] » en cuivre. Le tube étant préalablement rempli d'eau, une de ses extrémi[tés fut soli]» dement fixée sur le tronc de la veine porte à son entrée dans le foie, et l'a[utre] » ajustée au robinet de la fontaine du laboratoire de médecine du Collège de Fr[ance]. » En ouvrant le robinet, l'eau traversa le foie avec une grande rapidité, car le [...] » courant d'eau était capable, ainsi que cela fut mesuré, de soulever une co[lonne de] » mercure à 127 centimètres de hauteur. Sous l'influence de ce lavage énergique, [le] » foie se gonflait, la couleur de son tissu pâlissait, et le sang était chassé avec [l'eau qui] » s'échappait en jet fort et continu par les veines hépatiques. Déjà au bout d'un [quart] » d'heure le tissu du foie était à peu près exsangue, et l'eau qui sortait par les v[eines] » hépatiques était entièrement incolore. Je laissai ce foie soumis à ce lavage conti[nu pen]» dant quarante minutes sans interruption. J'avais constaté, au début de l'expérience, [que] » l'eau colorée en rouge qui jaillissait par les veines hépatiques était sucrée et [préci]» pitait abondamment par la chaleur; et je constatai, à la fin de l'expérience, [que l'eau] » parfaitement incolore qui sortait par les veines hépatiques ne renfermait plus aucune » trace de matière albumineuse, ni de sucre.

» Alors le foie fut enlevé et soustrait à l'action du courant d'eau; et je m'assurai » en faisant bouillir une partie avec un peu d'eau, que son tissu était bien lavé, [et] » ne renfermait plus de matière sucrée. Son décoctum ne donnait aucun signe [de] » réduction du liquide cupro-potassique, ni aucune trace de fermentation avec la [levûre] » de bière. Il s'échappait de la coupe du tissu hépatique et des vaisseaux [une] » petite quantité d'un liquide trouble qui ne renfermait non plus aucune trace [de ma]» tière sucrée. J'abandonnai alors dans un vase ce foie à la température ambiante, [et] » en revenant vingt-quatre heures après, je constatai que cet organe bien lavé [de son] » sang, que j'avais laissé la veille complétement privé de sucre, s'en trouvait a[lors] » pourvu très abondamment. Il me suffit, pour m'en convaincre, d'examiner un peu [du] » liquide qui s'était écoulé autour du foie, et qui était fortement sucré; ensuite, en [in]» jectant avec une petite seringue de l'eau froide par la veine porte et recueillant [cette] » eau quand elle sortait par les veines hépatiques, je constatai que ce liquide donnait » lieu, avec la levûre de bière, à une fermentation très abondante et très active.

» Cette expérience si simple, dans laquelle on voit renaître sous ses yeux la [matière] » sucrée en abondance dans un foie qui en a été complétement débarrassé, ainsi [que de] » son sang, au moyen du lavage, est une des plus instructives pour la solution [de la] » question de la fonction glycogénique qui nous occupe. » (*Comptes rendus de[s séances] de l'Académie des sciences*, deuxième semestre de 1855, p. 465.)

Je n'ai pas eu de peine à constater par l'expérience la vérité de cette prévision. En prenant le foie d'un chien qui se trouvait depuis quinze jours au régime de la viande, je l'ai fait traverser, peu d'instants après avoir mis l'animal à mort, par un courant d'eau, que j'ai entretenu trois quarts d'heure, en me plaçant exactement dans les conditions décrites ci-dessus. En examinant alors le foie, je n'ai pas eu de peine à reconnaître qu'il renfermait encore une notable quantité de glycose. Il est vrai que je ne me suis pas contenté, pour cet examen, de prendre un fragment de l'organe, mais bien le foie tout entier, que j'ai haché et fait bouillir avec une petite quantité d'eau. Le liquide résultant de cette décoction, traité par le sous-acétate de plomb et le carbonate de soude, réduisait énergiquement le réactif cupro potassique.

Ainsi, le lavage du foie par un simple courant d'eau entrant par la veine porte pour ressortir par la veine cave inférieure, est un moyen insuffisant pour débarrasser le foie de tout le glycose qu'il renferme. Je peux ajouter que l'on ne réussit pas mieux à le dépouiller du même produit si l'on hache le foie, et qu'on laisse ce tissu, ainsi imparfaitement divisé, macérer pendant plusieurs heures dans un courant d'eau constamment entretenu. Quand on reprend ce foie ainsi lavé, qu'on le hache de nouveau, qu'on le fait bouillir dans de l'eau, sa décoction réduit encore abondamment le réactif cupro-potassique.

L'opération qui consiste à débarrasser le foie par l'action de l'eau de tout le glycose emprisonné dans ses cellules exige donc des précautions particulières. Mais si l'on exécute ce lavage d'une manière rigoureuse, on reconnaît que le tissu du foie, quand il a été parfaitement débarrassé de tous ses produits solubles, ne jouit en aucune façon de la propriété qu'on lui a prêtée de former du sucre spontanément. Voici comment j'ai procédé pour mettre ce fait en évidence.

Exp. I. — J'ai pris un foie de mouton peu après la mort de l'animal, et je l'ai haché avec soin. Le tissu, ainsi divisé, a été passé à travers un tamis de crin serré. Ce qui traversait le tamis constituait une véritable pulpe, dans laquelle le tissu hépatique se trouvait réduit à un grand état de division. Les parties restées sur le tamis étaient de nouveau soumises au hachage, de telle sorte que *la plus grande* partie de l'organe a pu être ainsi amenée à l'état *de pulpe*. J'ai lavé cette matière dans l'eau froide par décantation un grand nombre de fois. Après ce lavage méthodique, il reste une masse presque incolore et tout à fait exempte de glycose. On l'a alors abandonnée à elle même pendant vingt-quatre heures pour reconnaître s'il s'y formerait du sucre. Or, l'eau dans laquelle on a fait bouillir, au bout de ce temps, toute cette masse fibreuse ne renfermait pas la plus légère trace de glycose. Ainsi la substance du foie, bien débarrassée du sucre par un lavage rigoureux, ne se recharge pas au bout d'un certain temps, comme on l'a dit, d'une nouvelle quantité de sucre.

Mais pour décider plus positivement si le foie sécrète du glycose après la mort de l'animal, il y avait une expérience tout indiquée d'avance à un observateur rigoureux. Il fallait déterminer par l'analyse chimique la quantité de sucre existant dans un foie lavé, et, au bout de vingt-quatre heures, répéter ce dosage, afin de reconnaître si, après cet intervalle, la quantité de sucre avait augmenté. Cette détermination comparative a été faite de la manière suivante :

Exp. II. — Un foie de mouton, pris peu de temps après la mort de l'animal, a été soumis pendant une heure et demie à l'action d'un courant d'eau entrant par la veine porte et sortant par la veine cave inférieure. On se servait, à cet effet, de l'appareil que l'on doit à M. Lacauchie, et qui est employé pour exécuter les lavages dits *hydrotomiques*, dont cet anatomiste s'est servi avec succès pour étudier la structure de divers organes. L'appareil laveur de M. Lacauchie consiste en un large tube en caoutchouc que l'on ajuste au robinet d'une fontaine, et qui se termine par un ou plusieurs tubes de petit calibre munis de petits robinets et pourvus chacun d'un ajutage en cuivre.

Le lavage du foie, au moyen de cet appareil et par un courant d'eau poussé par une pression énergique du réservoir, a été entretenu une heure et demie.

Après ce lavage, le foie, qui pesait 900 grammes, a été partagé en deux parties du même poids, soit 450 grammes chacune.

L'une de ces moitiés a été hachée soigneusement et soumise à l'action de l'eau bouillante. Le liquide provenant de cette décoction a été légèrement concentré, précipité par le sous-acétate de plomb, et l'excès du sel de plomb enlevé par le carbonate de soude. La liqueur filtrée a été traitée par le réactif cupro-potassique, qui, sous l'influence de l'ébullition, a fourni un précipité volumineux jaune rougeâtre de sous-oxyde de cuivre hydraté (1).

Ce précipité de sous-oxyde de cuivre étant recueilli sur un filtre, lavé, et longtemps calciné dans un creuset de platine au contact de l'air pour le transformer en bioxyde de cuivre, a laissé un résidu de cet oxyde pesant 0,123.

Au bout de vingt-quatre heures, la seconde moitié de ce foie, qui avait été abandonnée à elle-même, a été soumise aux mêmes opérations que la première moitié. On l'a traitée par l'eau comme la première, précipitée par le sous-acétate de plomb, ensuite par le carbonate de soude, et enfin mise en contact à l'ébullition avec le réactif cupro-potassique. Le précipité jaune rougeâtre de sous-oxyde de cuivre, recueilli sur un filtre et calciné au contact de l'air pour le transformer en bioxyde noir, a laissé un résidu de cet oxyde pesant 0gr,102.

Il résulte de cette expérience que, malgré un lavage par un courant d'eau, prolongé une heure et demie, le foie contenait encore une notable quantité de glycose, et qu'en outre *cette quantité n'a pas augmenté dans cet organe abandonné à lui-même pendant vingt-quatre heures.*

Voici une variante de l'expérience précédente, qui a conduit à la même conclusion. Au lieu de doser la quantité de sucre existant, avant et après vingt-quatre heures, dans chaque moitié d'un même foie, on a comparé le poids total des *matières solubles* contenues dans ces deux moitiés avant et après vingt-quatre heures.

Exp. III. — Un chien mis au régime exclusif de la viande depuis un mois a été tué par la section du bulbe rachidien ; son foie pesait 225 grammes. On a pris 140 grammes de cet organe, que l'on a partagés en deux parties du même poids, soit 70 grammes pour chaque moitié.

La première moitié de ce foie, soigneusement hachée, a été mise en ébullition dans l'eau, et le coagulum résultant de ce traitement traité plusieurs fois par l'eau bouillante, pour l'épuiser à peu près complétement de toute matière soluble. Les liqueurs résultant de ces diverses décoctions, ayant été réunies et évaporées à siccité, ont laissé un résidu qui, bien desséché, pesait 4gr46.

La seconde moitié du même foie, soit 70 grammes, a été abandonnée à elle-même pendant vingt quatre heures. Au bout de ce temps, cette seconde moitié a été traitée par l'eau comme la précédente. Elle a laissé un résidu qui, bien desséché, pesait 4gr,21.

Ainsi, au bout de vingt-quatre heures, la proportion des matières solubles n'avait pas augmenté dans le foie.

J'ai répété la même expérience avec le foie d'un autre chien mis également depuis un mois au régime de la viande. Son foie pesait 290 grammes. Comme dans la précédente expé-

(1) Ainsi, malgré un lavage d'une heure et demie, le foie avait conservé une notable quantité de sucre.

rience, on a pris 140 grammes de ce foie, que l'on a divisés en deux parties égales du poids de 70 grammes chaque. La proportion de matières solubles contenues dans cette portion du foie, et déterminée peu de temps après la mort de l'animal, était de 4 gr. 95. La quantité de matières solubles contenues dans la seconde moitié du même foie, examinée vingt-quatre heures après, était de 4 gr. 53.

Il résulte donc de ces dernières expériences que la proportion de matières solubles contenues dans le foie d'un animal, et qui est composé de sucre en majeure partie, n'augmente pas au bout de vingt-quatre heures. Cette proportion aurait augmenté, si le foie produisait réellement du sucre après la mort.

J'ai avancé plus haut que la cause de l'erreur dans laquelle est tombé l'auteur de la doctrine de la glycogénie hépatique, en affirmant que le sucre se reforme dans le foie après la mort des animaux, tient à l'insuffisance du moyen qu'il a employé pour opérer le lavage de cet organe. Un courant d'eau, entretenu pendant quarante minutes seulement, à travers les ramifications de la veine porte, est un moyen insuffisant pour débarrasser le foie de toutes ses matières solubles, surtout quand on opère avec un foie extrêmement chargé de sucre, comme l'est toujours celui d'un carnivore. J'ai pensé qu'en opérant sur un foie moins chargé de glycose, et en prolongeant convenablement le temps du lavage, on pourrait parvenir à le débarrasser complétement de toute matière sucrée, et que l'on pourrait ensuite, sans altérer, sans diviser l'organe, en un mot, sans toucher à son intégrité anatomique, reconnaître s'il se reforme spontanément du sucre dans son tissu bien lavé. Ayant reconnu que le cheval est un des animaux dont le foie est le moins sucré, j'ai profité de cette condition pour faire une dernière expérience qui a confirmé les précédentes.

Exp. IV. — A l'École vétérinaire d'Alfort, j'ai pris le foie d'un cheval qui venait d'être abattu, et, au moyen de l'appareil de M. Lacauchie, je l'ai soumis, pendant deux heures et demie, à un fort courant d'eau. Je m'étais assuré avant cette opération, que le foie expérimenté contenait du sucre. Après ce lavage de deux heures et demie, le foie s'est trouvé débarrassé de tout son glycose, car un morceau de cet organe du poids de 250 grammes n'en cédait aucune trace à l'eau bouillante.

Ayant été abandonné à lui-même pendant vingt-quatre heures, ce foie s'est montré après cet intervalle tout à fait dépourvu de sucre. En effet, 500 grammes du tissu hépatique, hachés et traités par l'eau bouillante, ont donné une décoction qui, traitée par le sous-acétate de plomb et le carbonate de soude, n'a pas donné la moindre réduction avec le réactif cupro-potassique.

L'expérience qui vient d'être décrite a été répétée identiquement sur les foies de deux autres chevaux, et elle a fourni des résultats tout semblables : existence du sucre dans le foie examiné au moment où l'animal venait d'être abattu, — absence de sucre après un lavage de deux heures et demie par un courant d'eau, — et absence complète de sucre vingt-quatre heures après ce lavage.

Ainsi, quand on opère sur le foie d'un animal qui, physiologiquement, ne contient pas de grandes quantités de glycose, et quand on prolonge suffisamment le lavage, on constate que l'organe hépatique ne se charge point d'une nouvelle quantité de sucre au bout de vingt-quatre heures.

Il résulte des faits contenus dans la Note que je viens d'avoir l'honneur de communiquer à l'Académie :

1° Que le tissu du foie, réduit en pulpe pour en effectuer l'exacte division, et traité par l'eau, qui le prive de toute matière soluble, n'a point la propriété de reformer spontanément du glycose ;

2° Que le lavage au moyen d'un courant d'eau traversant les ramifications de la veine porte, et entretenu pendant quarante minutes seulement, est un moyen tout à fait insuffisant pour débarrasser l'organe hépatique du sucre qu'il renferme, surtout quand on opère sur des carnivores, dont le foie est toujours très chargé de sucre ;

3° Que la quantité de glycose qui demeure retenue dans le foie d'un carnivore, après un lavage insuffisant par un courant d'eau, n'augmente pas après un intervalle de vingt-quatre heures ;

4° Que le foie des chevaux étant débarrassé de toute matière soluble par un courant d'eau prolongé un temps suffisant, ne se charge pas, au bout de vingt-quatre heures, d'une nouvelle quantité de sucre.

D'après l'ensemble de ces faits, les physiologistes demeureront convaincus, je l'espère, que cette étrange assertion, qui consistait à attribuer au cadavre l'accomplissement d'une fonction physiologique, est dénuée de tout fondement.

Dans un nouveau mémoire, j'aurai l'honneur de communiquer prochainement à l'Académie le résultat de quelques expériences sur la *matière glycogène* qui existerait dans le foie d'après une communication récente de l'inventeur de la glycogénie hépatique. Cette matière n'est, selon moi, que le produit de la décomposition, par la potasse, de l'*albuminose*, produit organique dont j'ai signalé l'existence dans le foie, et qui se trouve signalé et décrit dans le premier mémoire que j'ai publié sur ce sujet en janvier 1855. Je montrerai que cette *matière glycogène* se forme avec la plupart des matières albuminoïdes, et qu'on peut l'obtenir en opérant avec l'albumine de l'œuf précipitée par l'alcool, redissoute dans l'eau et traitée par la potasse caustique bouillante. Je m'efforcerai aussi de faire ressortir la différence chimique qui existe entre le sucre contenu dans le foie et celui que l'on trouve dans la veine porte et dans la circulation générale chez les animaux soumis au régime exclusif de la viande.

II.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 1er JUIN 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

ZOOLOGIE ET CHIMIE. — *Recherches sur la nature du cristallin dans la série des animaux*, par MM. *Valenciennes* et *Frémy*. — Les résultats de ces recherches sont résumés dans les conclusions suivantes : « 1° Le cristallin d'un mammifère est formé de fibres insolubles dans l'eau et réunies au centre par une substance albumineuse, coagulant vers 65 degrés, mais devenant transparente et ambrée par l'action prolongée de l'alcool, et réunies à l'extérieur par une matière albuminoïde non coagulable par l'ébullition dans l'eau pure et simple, ne bleuissant pas sous l'action de l'acide chlorhydrique, et que nous appelons *métalbumine*. 2° Ces deux substances distinctes anatomiquement, et constituant deux parties différentes du cristallin d'un mammifère, doivent être distinguées par un nom spécial ; nous proposons pour la portion centrale le

nom d'*Endophacine*, et pour les couches externes celui d'*Exophacine*. 3° Les cristallins des oiseaux, des reptiles, des batraciens, diffèrent peu de celui des mammifères. 4° Le cristallin des poissons est formé également de deux parties distinctes : l'une corticale, où l'exophacine est composée de métalbumine, et l'autre où le noyau est formé par une substance albuminoïde solide et insoluble dans l'eau, et que nous nommons *Phaconine*. 5° Les fibres les cristallins des mammifères réunies par l'albumine ou par la métalbumine, pour former l'endophacine ou l'exophacine du cristallin, ont beaucoup d'analogie avec la phaconine des poissons.

Altération morbide des cristallins. — Nos recherches ont été faites principalement sur le cristallin du cheval, qui est, comme on le sait, affligé souvent de la cataracte. Nous avons reconnu, dans ce cas, que le cristallin a éprouvé une modification qui rappelle jusqu'à un certain point celle que l'on constate dans un cristallin exposé à l'action de l'alcool ou de l'eau bouillante. L'albumine et la métalbumine, qui constituent le cristallin sain d'un cheval, sont devenues, par l'effet de la maladie, insolubles dans l'eau, et ont formé des membranes légèrement opaques qu'on peut séparer facilement les unes des autres. Cette modification n'est pas due, comme on l'a dit, à du phosphate de chaux, qui aurait modifié les propriétés de l'albumine; mais l'analyse de ces membranes fait voir qu'elles ne laissent pas plus de cendres que l'albumine ordinaire.

MÉDECINE. — *Note sur quelques effets des vicissitudes de la pression atmosphérique*, par M. *Poznanski*. — 1° Pendant les épidémies cholériques, plusieurs individus, tout en jouissant d'une bonne santé, sont atteints d'un ralentissement de pouls très notable, comme 45 et même 42 pulsations par minute; 2° ce ralentissement n'est accompagné, la plupart du temps, d'aucun symptôme ou indice morbide; 3° à mesure du ralentissement de la circulation, le sang devient noir et visqueux, et, au contraire, il reste normal pendant l'épidémie chez les individus qui ne sont pas atteints du ralentissement en question; 4° les cas du choléra ne se produisent que parmi les individus atteints préalablement du ralentissement de la circulation; 5° le ralentissement du pouls qui devance souvent de plusieurs semaines les symptômes cholériques, peut être considéré comme signe pathognomonique de l'imminence du choléra; 6° les individus chez qui se manifestait le signe de l'imminence ont toujours évité l'accès du choléra s'ils ont accéléré la circulation du sang par un régime ou traitement convenable; 7° le ralentissement du pouls, comme la prédisposition et les accès cholériques, ont en général été proportionnés au défaut d'énergie de la circulation et à l'excès de pression atmosphérique; 8° ce ralentissement ne se produit plus chez les bien portants quand l'épidémie a définitivement cessé.

En Angleterre, on a déjà essayé de déterminer les individus qui sont sous l'influence du choléra et de modérer ainsi les ravages épidémiques; mais on s'est borné jusqu'ici à l'examen exclusif des organes de la digestion, qui dans la période de l'imminence n'offrent que des signes très équivoques. Le signe pathognomonique de l'imminence du choléra est dans la lenteur du pouls, et l'hygiène publique, en déterminant pendant l'épidémie les individus prédisposés et en accélérant la circulation chez eux, pourrait préserver des populations entières du ravage épidémique. — *Comm.*: MM. Serres, Babinet, Andral.

PHYSIOLOGIE. — *Mémoire sur la formation physiologique du sucre dans l'économie animale*, par M. *Sanson*. — L'auteur pense avoir découvert l'existence de la matière glycogène dans les tissus de la rate, du poumon et des reins chez une vache; il la rencontre également dans le sang veineux, dans le sang artériel et dans le sang de la veine porte recueilli après ligature préalable du tronc de ce vaisseau à son entrée dans le foie — *Comm.* : MM. Pelouze, Rayer, Cl. Bernard.

CHIRURGIE. — M. *Heurteloup*, à l'occasion d'une communication récente de M. *Civiale*, réclame la priorité pour l'invention des appareils actuellement adoptés par les lithotriteurs et par M. Civiale lui-même.

M. *Velpeau* rappelle que la lithotritie a été l'objet de récompenses variées de la part de l'Académie : Gruithuisen pour en avoir donné la première idée scientifique, M. Civiale pour l'avoir pratiquée le premier avec succès, M. Leroy d'Étiolles pour l'invention des instruments qui ont permis de l'appliquer à l'homme vivant, Jacobson pour un instrument d'un ordre nouveau, enfin, M. Heurteloup pour l'invention d'une pince particulière, de même que M. Guillon pour une modification d'instruments déjà connus, ont tous obtenu à ce titre des prix, des récompenses ou des encouragements.

Les instruments, d'abord fort imparfaits, ont dû être incessamment perfectionnés. Le système plus ou moins modifié de M. Heurteloup est à peu près le seul employé actuellement. C'est lui qui a le plus concouru à populariser le broiement de la pierre, qui a mis cette opération à la portée de tous les chirurgiens, qui en a fait une opération usuelle faite dans les divers hôpitaux, à l'instar des autres opérations de la chirurgie, sans qu'il y ait besoin de salles, de lits ou de praticiens spéciaux. On conçoit dès lors que M. Civiale ait profité, comme tous les autres, de semblables perfectionnements, et qu'il se serve aujourd'hui sans scrupule des instruments de son confrère, puisqu'ils sont depuis longtemps tombés dans le domaine public.

M. *Civiale* : Je n'emploie dans mes opérations ni les instruments ni les procédés proposés par M. Heurteloup ; il n'y avait donc pas lieu de les mentionner dans la communication que j'ai faite à l'Académie. Quant à mes premiers instruments, je n'y ai pas renoncé; je les applique aux cas dans lesquels ils sont indiqués...

THÉRAPEUTIQUE. — M. *Boutigny* écrit à l'Académie pour revendiquer la découverte de l'iodure de chlorure mercureux, qu'il a faite en 1837 ou 1838. Il revendique aussi la priorité de l'emploi de ce sel contre les affections de la peau, et ce n'est qu'après en avoir constaté lui-même les bons effets qu'il aurait engagé M. Rochard à employer ce sel contre les mêmes affections.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 2 JUIN 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1856, dans les départements du Cantal et des Hautes-Pyrénées. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Un mémoire de M. le docteur *Henri Hardy*, sur la fièvre jaune. (*Comm.* : MM. Louis, Trousseau, Beau.) — *c*. Les rapports de M. le docteur *Finaz*, sur le service médical des eaux de Charbonnières en 1856 ; de M. le docteur *Peironnel*, pour les eaux de Bourboule; de M. le docteur *Lafon*, pour les eaux de Trébas ; de MM. *Buissard* et *Niepce*, pour les eaux de La Motte et Allevard ; de M. le docteur *Dupuisaye*, pour les eaux d'Enghien ; de M. le docteur *Chevalier*, pour les eaux de Chaudesaigues ; de M. le docteur *Chevallier*, pour les eaux de Provins ; de M. le docteur *Bardou*, pour les bains de mer de Boulogne ; de M. le docteur *Lapeyre*, pour les eaux d'Avène ; de M. le docteur *Decroxant*, pour les eaux de Pougues ; de M. le docteur *Cisseville*, sur les eaux de Forges. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : — Une note de M. le docteur *Ancellet*, de Vailly (Aisne), sur une luxation du tibia en avant consécutive à une luxation latérale externe. (M. Malgaigne, *rapporteur*.)

M. le *Secrétaire perpétuel* donne lecture des conclusions d'un mémoire de M. *Langlois*, pharmacien en chef des Invalides, et ayant pour titre : *Nouvel examen du gaz provenant de la décomposition de l'eau par le charbon incandescent : action de ce gaz sur les animaux*.

Les expériences faites par M. Langlois permettent de constater une fois de plus l'action énergique de l'oxyde de carbone sur l'économie animale, et de prévoir les dangers qu'on aurait à redouter,

si, comme la pensée en a été émise dernièrement, on voulait un jour s'en servir comme agent anesthésique dans les opérations chirurgicales.

M. *Dubois* (d'Amiens) lit ensuite une lettre dans laquelle M. le docteur *Ludger Lallemand*, agrégé au Val-de-Grâce, résume les résultats des expériences faites par la *Société médicale d'émulation* sur l'action anesthésique du chloroforme.

Il résulte de ces recherches, entreprises sur différents animaux, que la mort par le chloroforme ne peut être expliquée ni par la paralysie du cœur, ni par l'asphyxie due à l'insuffisance d'air pénétrant dans la poitrine pendant l'éthérisation. Mais elle paraît avoir sa cause première dans l'abolition des fonctions des centres nerveux, perdant successivement leurs propriétés vitales sous l'action stupéfiante du chloroforme, qui vient s'accumuler dans la masse cérébro-rachidienne.

M. le *Président* annonce que M. le docteur *Serre* (d'Alais), membre correspondant, assiste à la séance.

Lectures et Rapports.

HYDROLOGIE MÉDICALE. — M. *O. Henry*, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture d'un *Rapport sur une nouvelle source des Célestins, à Vichy.* Il résulte des analyses qui ont été faites de l'eau de cette source, dans le laboratoire de l'Académie, qu'elle contient, par litre, 1^{gr},454 d'acide carbonique libre; 5^{gr},149 de bicarbonates alcalins; 0,635 de bicarbonates terreux; 0,019 de bicarbonate ferreux, ainsi que les autres principes minéralisateurs en dissolution dans l'eau de l'ancienne source. S'il existe une différence légère dans la proportion des sels qui minéralisent les deux sources, cela tient, sans doute, à ce que le captage de la nouvelle source n'a pas encore été complétement fait, et qu'il peut alors s'y mêler des infiltrations d'eau étrangère.

M. le *Rapporteur* propose de répondre au ministre :

Que l'eau de la nouvelle source des Célestins peut être considérée comme identique avec l'eau de l'ancienne source, et qu'en raison de leur voisinage on doit croire qu'elles émergent de la même nappe originelle ; que tout milite, en conséquence, pour que l'exploitation de la nouvelle source, au point de vue médical, soit accordée aux concessionnaires fermiers. (*Adopté.*)

PHYSIOLOGIE. — M. *Bérard* donne lecture d'une *note additionnelle à son mémoire sur la glycogénie.* (*Voyez* TRAVAUX ORIGINAUX.)

HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. *Beau*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Louis* et *Gérardin*, lit un *rapport sur des cas de fièvre jaune importés à Brest, en septembre 1856, par la corvette* la Fortune, *venant des Antilles.* — Voici l'exposé sommaire des faits. Le navire dont il s'agit a été employé d'abord, pendant la guerre d'Orient, à transporter des troupes. Du 23 février 1855 au 9 mars, 74 passagers sont atteints de typhus. Deux mois après, la *Fortune* part pour Cayenne, puis retourne à Brest, le 11 avril 1856, sans qu'il se soit manifesté aucune épidémie dans ce second voyage.

Le 8 mai 1856, plus d'un an après la cessation définitive de l'épidémie de typhus survenue dans le trajet de Constantinople à Messine, la *Fortune* quitte Brest avec 213 passagers pour le Sénégal, la Guyane et les Antilles. La traversée est excellente jusqu'à Cayenne. Là, le bâtiment reçoit à son bord un certain nombre de passagers, entre autres le matelot Allain et le docteur Sando-Charayen, qui ne tardèrent pas à présenter les symptômes de la fièvre jaune, laquelle régnait alors épidémiquement dans le chef-lieu de la Guyane. Mais on débarque ces deux malades le plutôt possible ; et, le 30 juillet, quand le navire fit voile pour Brest, l'état sanitaire paraissait excellent.

Mais le 1er août, la fièvre jaune éclate, pour ne s'arrêter que le 7 septembre, trois jours après l'arrivée en rade de Brest. Pendant ces 38 jours, il y eut, sur un effectif de 212 hommes, 118 personnes atteintes et 56 morts. Le chirurgien major, M. Dupuy, ne fut pas épargné, et dès lors M. Serpin, son aide, [illegible] chargé de tout le poids du service.

Entrée dans le port de Brest, la *Fortune*, qui portait encore 28 malades ou convalescents, reçoit à son bord 11 employés qu'appelaient les exigences du service. Deux d'entre eux y contractent une maladie mortelle, sur la nature de laquelle il y a divergence d'opinion.

Déjà, antérieurement à ces deux cas, le pilote Pitou, embarqué le 5 septembre sur la *Fortune* pour la piloter dans la rade, [illegible] été atteint de fièvre jaune, ainsi que l'ont constaté M. [illegible] M. Hallour, chirurgiens de marine très exercés à l'observation [illegible] cette terrible maladie.

Le sieur Fricaud, magasinier, âgé de vingt-deux ans, d'[illegible] bonne constitution, n'ayant jamais été malade, est embarqué [illegible] 6 septembre sur la *Fortune*. Le 21 septembre, à la levée de [illegible] quarantaine, il sort du navire, se rend directement chez ses parents et se trouve bientôt indisposé. Le mal s'aggrave rapidement et bientôt le malade présente les symptômes suivants : [illegible] plombé, subictérique, bouche fuligineuse ; état fébrile, [illegible] tites pétéchies, d'abord rosées, puis violacées. Le troisième [illegible] prostration, défaillances, ataxie ; plaques brunes sur la peau [illegible] lire intense ; le malade meurt le quatrième jour. Tels [illegible] renseignements fournis par M. Delâtre, médecin à Brest, [illegible] fuse de voir une fièvre jaune dans l'ensemble de ces symptômes.

Romain, garde sanitaire, âgé de cinquante-huit ans, d'une [illegible] stitution robuste et d'un tempérament sanguin, s'embarque [illegible] 4 septembre sur la *Fortune*. Le jour qui précède la fin de la quarantaine, il est pris de fièvre qui se dissipe dès le lendemain. [illegible] le 22 septembre, il éprouve du malaise et de la céphalalgie. [illegible] accidents disparaissent encore sous l'influence de l'émétique [illegible] lavage. Mais dans la nuit du 24, Romain avait ressenti du mal [illegible] de la céphalée et de la fièvre. Les jours suivants, le malade présente de la stupeur, une altération profonde des traits, de la [illegible] des selles sanguinolentes ; puis des vomissements bilieux [illegible] de stries de sang, du délire, de la dyspnée, des pétéchies répandues sur divers points du corps. Le malade succombe le 27 [illegible] tembre.

M. Testard, chirurgien de marine en retraite, qui a donné des soins à ce malade, l'a considéré comme atteint de typhus.

L'opinion de M. Delâtre, en ce qui concerne Fricaud, et celle de M. Testard, en ce qui a rapport à Romain, est partagée par M. Miriel, médecin de l'intendance militaire de Brest.

D'autre part, M. le docteur Quoy, correspondant de l'Académie, inspecteur général du service de santé de la marine, et M. le docteur Amédée Lefèvre, directeur du service de santé du port de Brest, ont fait l'un et l'autre un rapport dans lequel ils concluent que la maladie, qui a emporté les sieurs Fricaud et Romain, est non le typhus, mais bien la fièvre jaune.

Il est vrai, dit M. Beau, qu'on n'a pas, dans ces deux cas, l'ensemble de tous les symptômes de la fièvre jaune, parmi lesquels manque surtout le vomissement noir. Mais s'appuyant sur l'autorité de Devèze et sur celle de MM. Chervin, Louis et Trousseau, le rapporteur fait remarquer que la fièvre jaune n'affecte pas toujours une marche très régulière, et que, dans bien des cas [illegible] équivoques, le *vomito negro* n'a pas été observé.

Mais ce qui vient confirmer surtout l'opinion de MM. Quoy et Lefèvre, c'est la considération du point de départ, de l'origine de l'affection, au sein d'un foyer actif de fièvre jaune. Objectera-t-on que la fièvre jaune est une maladie en quelque sorte maritime, propre à certaines latitudes ? C'est ce qu'admet, en effet, M. Miriel. M. Beau fait observer à ce propos que l'immunité de certaines localités n'a pas empêché quelquefois les habitants de ces localités d'aller contracter la fièvre jaune à bord de navires infectés et arrivés depuis peu dans le port ; mais la maladie, traitée à terre, ne se communique pas à d'autres personnes, et la contagion s'arrête brusquement après cette première transmission.

A l'appui de cette opinion, le rapporteur rappelle deux cas semblables à ceux qui ont été observés dernièrement à Brest. L'un, rapporté par Devèze, est relatif au transport de la fièvre jaune, de

...-York à Honduras, par le navire anglais *the Hibber*. L'autre, ...ité par Kéraudren, remonte à 1802 ; il a eu aussi pour théâtre le port de Brest, et les choses se sont passées à peu près comme ... les faits qui nous occupent.

Cette similitude de faits qui ont eu lieu à Brest, séparés par un intervalle de cinquante-quatre ans, doit nous confirmer encore, ... M. Beau, dans l'opinion que nous avons déjà exprimée, avec M. Quoy et Lefèvre, sur la nature de la maladie contractée à bord de la *Fortune* par le pilote Pitou, le magasinier Fricaud et le garde ...itaire Romain. Je propose donc de répondre à M. le ministre ... la maladie qui a atteint ces trois employés du port de Brest ... assurément la fièvre jaune.

M. *Desportes* n'admet pas la contagion de la fièvre jaune. Il ...oit que les trois faits dont il vient d'être question se rapportent ...tôt à l'hépatite aiguë qu'à la fièvre jaune. Il regrette enfin que ... Beau ait traité ce difficile sujet avec tant de légèreté, sans tenir ...mpte des remarquables travaux de Chervin.

M. le *Président* invite M. Desportes à retirer le reproche si mal ...é de légèreté qu'il vient d'adresser au rapport de M. Beau, ...uel répond d'une manière très satisfaisante à la demande adres... à l'Académie par l'administration.

M. *Bouillaud* admire avec quelle facilité M. Beau résout la ques...n, si longtemps débattue et encore irrésolue, de la contagion de ... fièvre jaune. Il ne voudrait pas qu'en adoptant purement et ...plement le rapport qu'on vient d'entendre, l'Académie engageât ...p légèrement sa responsabilité. Il propose donc de supprimer ... partie du rapport où M. Beau développe sa doctrine sur la fièvre ...une, et d'adopter seulement, avec les conclusions, ce qui est ...latif aux faits sur lesquels l'Académie a été consultée.

M. le *Président* fait observer que la suppression demandée par ... Bouillaud ne serait pas conforme aux usages de l'Académie; ...e, d'ailleurs, la doctrine du rapporteur ne peut compromettre la ...mpagnie, puisque celle-ci est appelée à donner son approbation ... pas au rapport, mais à ses conclusions.

M. *J. Guérin* ne pense pas qu'on puisse ainsi séparer arbitraire...ment un rapport de ses conclusions. L'Académie, qui vote pour ...es conclusions, vote aussi pour le rapport. Si la doctrine émise ...ar M. Beau peut engager la responsabilité de la compagnie, elle ...oit être soumise à une discussion sévère.

M. *Gibert* adhère en tous points aux opinions développées par ... Beau. Il n'est pas d'avis que l'Académie doive s'engager dans ...ne discussion de doctrine, qui ne serait d'aucune utilité pour la ...uestion de fait sur laquelle le ministre l'a consultée.

M. *Beau* soutient qu'il n'a pas tranché la question de contagion de la fièvre jaune. Il a seulement constaté la transmission de cette grave maladie sur trois sujets différents; mais il ne s'est pas expliqué, à dessein, sur la nature et le mode de cette transmission.

Le rapporteur donne ensuite lecture de la lettre ministérielle et ...ense que les conclusions de son rapport répondent exactement au ...eu de l'administration.

M. le *Président* met aux voix les deux propositions suivantes : — ... voter simplement les conclusions du rapport ; — 2° discuter le ...pport de M. Beau et ajourner ce débat à une autre séance.

L'Académie consultée se prononce pour la première proposition. Les conclusions du rapport de M. Beau sont mises aux voix et ...optées.

HYGIÈNE OCULAIRE. — M. le docteur *Serre*, d'Alais, soumet à l'Académie un nouveau genre de lunettes qu'il a imaginées et qu'il ...signe sous le nom de *lunettes panoptiques*. Elles diffèrent des ...sicles ordinaires en ce que les verres sont remplacés par des ...laques métalliques minces et percées à leur centre d'un trou extrêmement petit, suivant la direction des axes optiques. Ces lunettes, destinées à favoriser l'accommodation de la vue à toutes les distances, ont déjà fourni à M. Serre d'excellents résultats, tant sur les presbytes que sur les myopes. Elles peuvent être encore d'un utile secours au praticien pour le diagnostic de la plupart des maladies des centres oculaires.

La séance est levée à cinq heures.

III.

REVUE DES JOURNAUX.

Ulcère contagieux de Mozambique, par le docteur VINSON.

Une feuille politique, le MONITEUR DE L'ÎLE DE LA RÉUNION, contient des détails intéressants, qui lui ont été fournis par M. le docteur Vinson, sur une espèce d'ulcère dont nos livres classiques ne font pas mention, même ceux qui sont consacrés à la dermatologie. Cette affection, importée d'Afrique, avait été observée déjà aux îles de la Réunion : elle avait disparu avec la traite, qui était son principal aliment ; mais elle est revenue avec les hommes libres que la côte d'Afrique envoie à la colonie dans le but d'être initiés à des travaux utiles.

Cette maladie est caractérisée par un ulcère d'étendue variable, mais disposé à s'agrandir et à acquérir des dimensions considérables, toujours situé aux membres inférieurs, éminemment contagieux, sécrétant une matière séro-sanieuse, fétide et abondante, qui pénètre en quelques heures les bandages les mieux faits. Cet ulcère débute par une petite plaie presque imperceptible, qui peu à peu devient une surface ordinairement ronde, quelquefois ovale, saignante ou blafarde, semée de granulations charnues, relevée sur ses bords par une sorte d'ourlet blanchâtre, déprimée au centre. Son aspect fongueux simule un vésicatoire ancien. Il est quelquefois assez profond pour entamer les plans musculaires.

Ce genre d'ulcère n'a été vu par M. Vinson qu'aux jambes. Il débute quelquefois entre les orteils, et s'étale ensuite sur le pied.

Un caractère tranché de la maladie est sa contagiosité. Dans les deux circonstances où l'auteur a eu occasion de la voir, elle avait été transmise une fois à des Indiens par une femme de Madagascar, et la seconde fois, par deux Cafres, à douze compatriotes avec lesquels ils avaient communiqué dans une île des Séchelles. « Il était évident, dit l'auteur (et cela n'échappa à personne), que la matière contagieuse était transportée et transmise par les mouches, qui abondaient dans l'établissement, où les retiennent les bœufs de charroi et les mules toujours en nombre dans les manufactures de sucre. Il devint facile de s'assurer que tous les Indiens *qui se blessaient aux jambes*, quelque légères que fussent leurs blessures, les voyaient rapidement se transformer en ulcères et multiplier ainsi les foyers de contagion. »

La guérison est rare, et l'on ne connaît pas de traitement dont l'efficacité, à un degré quelconque, soit bien démontrée.

La maladie est désignée dans le pays sous le nom de *pian* ; mais elle diffère du pian véritable, et c'est pour cela que nous disions tout à l'heure qu'elle n'était pas décrite par les dermatologues. Voici comment l'auteur établit cette distinction :

« Dans sa forme élémentaire le pian est une affection tuberculeuse qui se termine par suppuration. Dans l'ulcère contagieux, le point initial, lorsqu'il est donné de le saisir, est une simple élevure au centre de laquelle naît une excoriation légère. Cette petite plaie, insignifiante d'abord, acquiert en quelques jours une étendue considérable. Le premier début échappe souvent au sujet, qui rapporte à une blessure inaperçue l'origine de sa maladie. Quelquefois aussi c'est sur une plaie de cette nature, accidentelle et simple, que la matière contagieuse a été déposée. Dès ce moment, la rapidité de l'extension de la plaie et ses caractères indiquent que c'est un ulcère de cette nature. En peu de temps en effet la plaie

s'étend, et en trois jours elle a pris des dimensions remarquables.

» On note dans le pian une fièvre d'invasion (forme de fièvre éruptive) ; dans l'ulcère contagieux, la fièvre manque ou elle n'arrive que lorsque les tissus profonds viennent à être affectés ; l'étendue des désordres donne lieu alors à des accidents consécutifs graves et inflammatoires, auxquels la fièvre se mêle nécessairement.

» Le pian apparaît sur le front, sur les bras, sur la poitrine, ainsi que l'indiquent les observations des auteurs. L'ulcère contagieux ne se montre communément qu'aux membres pelviens. J'ai cité un cas où il était apparu accidentellement à la région lombaire, mais le sujet était déjà infecté à la jambe de façon à réclamer l'amputation.

» Le pian présente plusieurs tubercules qui s'ulcèrent et parmi lesquels il existe une *ulcération dominante* qui prend le nom de *maman-pian*. L'ulcère contagieux de Mozambique est presque toujours unique ; quelquefois il en existe deux chez le même individu, mais ces cas se montrent pour un tiers au plus : il ne m'a pas été donné encore d'observer trois ulcères sur le même individu.

» Le vrai pian existe à l'île de la Réunion, importé de la côte d'Afrique ou de Madagascar ; mais je l'ai toujours trouvé conforme à la description des auteurs et différent de l'ulcère contagieux de Mozambique. » (*Moniteur de l'île de la Réunion*, 1856, n° 441.)

Sur l'apparition des règles pendant la grossesse,

par le docteur Elsaesser (de Stuttgart).

C'est une chose difficile et souvent impossible que de découvrir avec certitude la présence des menstrues pendant la grossesse. Les femmes enceintes, surtout dans les classes inférieures de la société, font souvent si peu d'attention sur l'apparition des règles, leur durée et leur répétition, qu'elles ne sont pas en état de nous éclairer là-dessus. D'un autre côté, la sortie du sang par les parties génitales pendant la grossesse n'a pas toujours les caractères des règles.

Dans le but d'éclairer cette question difficile par quelques faits bien observés, j'ai analysé cinquante cas extraits du journal de notre maison d'accouchements.

Les sujets de ces observations étaient 15 primipares et 35 autres, pour la plupart de vingt à trente ans ; deux multipares avaient de trente-six à quarante et un ans. En général, leur état sanitaire était satisfaisant : 3 seulement étaient atteintes de syphilis secondaire et 1 de gale. Il y avait 51 enfants, savoir 34 garçons et 17 filles (en comptant 2 jumeaux venus avant terme), 36 à terme et 15 avant terme. Parmi ces derniers on comptait 11 garçons et 4 filles, dont 3 garçons et 1 fille par avortement dans la première moitié de la grossesse, et 1 garçon avant terme, en putréfaction (la mère du dernier enfant avait déjà avorté une fois).

Il est à remarquer que les femmes enceintes syphilitiques et galeuse sont accouchées d'enfants bien portants et à terme.

Les règles pendant la grossesse (50 cas) se montrèrent : 1 fois chez 8, 2 fois chez 10, 2 à 3 fois chez 1, 4 fois chez 4, 5 fois chez 6, 8 fois chez 5, 9 fois chez 2.

Par rapport au rhythme, on a remarqué des particularités chez 13 ; chez les autres, probablement le retour a été régulier : retour régulier 4 fois, retour de six semaines 1 fois, les règles faisant des pauses 3 fois.

Les règles se montrèrent : après deux mois de grossesse, 2 fois ; après quatre mois, 2 fois ; après cinq mois, 1 fois (1).

Par rapport à la force, les indications sont notées dans 26 cas : de la même force qu'autrefois, 1 fois ; d'abord comme autrefois, puis plus faible, 2 fois ; d'abord comme autrefois, puis plus fort 1 fois ; fort, 2 fois ; faible, 18 fois ; quelquefois fort, du reste [illegible] mal, 2 fois.

Un cas de conception en l'absence de menstruation est [illegible] remarquable. Chez une femme enceinte qui se portait bien, [illegible] règles se montrèrent depuis la dernière couche — il y a vingt [illegible] mois — seulement 1 fois, trois mois avant la conception. L'enfant vint à terme, pesant 7 livres et un quart.

Quant au développement du fruit, dans ces cas, les rapports [illegible] poids étaient les suivants :

1° Le poids des enfants à terme (35) était : chez 1 [illegible] 5 livres ; chez six enfants, 5 à 6 livres ; chez 10 enfants, 6 [illegible] chez 16 enfants 7 à 8 livres ; chez 1 enfant, 8 livres [illegible] chez 1 enfant, 9 livres.

2° Le poids des enfants avant terme (15) était : chez [illegible] tifs, 1 quart de livre, 18 onces, 1 livre, 2 livres ; chez 3 enfants avant terme, 3 livres ; chez 4 id., 4 livres 8 onces ; chez [illegible] 4 à 5 livres.

Résumé. — Il serait intéressant de pouvoir démontrer [illegible] chiffres combien de personnes, parmi un grand nombre de [illegible] enceintes (mariées ou non mariées), ont les règles ; puis [illegible] de fois et régulièrement, ou sans type déterminé.

En attendant, il résulte de nos 50 observations que les [illegible] pendant la grossesse, ne sont pas aussi rares que le [illegible] quelques auteurs ; que ce symptôme se présente plus fr[illegible]ment chez les multipares que chez les primipares (3 à 7) [illegible] si la menstruation se présente dans la grossesse, c'est plus [illegible] dans la première moitié, principalement dans les premiers [illegible] que dans la seconde moitié ; enfin que, dans la plupart de ces [illegible] la menstruation est moins forte que hors la grossesse.

On n'a pas encore établi jusqu'à présent, par des observations exactes, une autre assertion, que la menstruation se montrait [illegible] souvent une fois après la conception, lorsque le coït fertile a [illegible] lieu dans le dernier tiers du temps libre entre deux périodes

En ce qui a rapport à la durée de la grossesse, elle a [illegible] son terme normal dans trente-six cas (plus des deux tiers) [illegible] fut interrompue dans quatorze cas (presque un tiers), de [illegible] que l'accouchement eût lieu 4 fois dans la première moitié et [illegible] dans la seconde. Il pourrait paraître surprenant que, dans les [illegible] chements prématurés, les règles ne se sont montrées qu'[illegible] fois, tandis qu'elles se sont montrées dans les autres cas [illegible] fois et plus souvent. Ainsi, les règles, pendant la grossesse [illegible] favorisent pas l'accouchement prématuré. En général, le dév[illegible]pement du fœtus ne paraît nullement contrarié par cette appa[illegible] des règles. Cela est démontré par le poids des enfants, qui, [illegible] les trois quarts, était le poids moyen, et même au-dessus [illegible] 10 cas, dont 2 chez des mères syphilitiques, le poids de l'enfant était, une fois seulement, de 5 livres, 7 fois entre 6 et 7 livres et 2 fois de 7 livres et demie. Dans ces cas, les règles durèrent 2 fois jusqu'à moitié, une fois jusqu'au sixième mois, 5 fois jusqu'au huitième, et 1 fois jusqu'au dernier mois de la grossesse 1 fois elles parurent à la moitié et durèrent jusqu'à la fin.

Ces faits sont en contradiction avec l'opinion de quelques [illegible] teurs (même d'Hippocrate), qui prétendent que la continuation [illegible] règles pendant la grossesse n'est pas ordinairement sans [illegible] nuisibles pour le fœtus, dont la nutrition est en souffrance. [illegible] Maygrier, etc., prétendent que les enfants sont, dans ces cas, [illegible] bles, petits.

Quelques auteurs, même des accoucheurs célèbres, par exemple Denman, contestent la présence des règles ou l'attribuent à [illegible] maladie ou à une difformité de l'utérus (*uterus bicornis*, [illegible] d'autres donnent à l'excrétion sanguine une autre source que [illegible] de la menstruation, par exemple, la surface externe de la portion vaginale du col, la partie supérieure du vagin, etc. Nous ne [illegible] vons pas nous arrêter ici, où il s'agit seulement de faits, à faire critique de ces diverses manières de voir. (*Henke Zeitschrift f[illegible] die Staatsarzneikunde*, 1857, 2.)

(1) Chez une femme enceinte pour la deuxième fois, les règles se montrèrent au milieu de la grossesse, et à dater de là fortement toutes les quatre semaines, chaque fois trois à quatre jours. Pendant ce temps la mère ne sentit l'enfant que faiblement ; mais au contraire plus fort dans les dernières quatre à cinq semaines. Huit jours et deux jours avant l'accouchement, une forte hémorrhagie se présenta deux jours et un jour. L'enfant vint à terme pesant 7 livres, le cordon long de 12" entourait le cou d'un tour.

Eaux minérales appliquées à la médecine vétérinaire, par M. Dulac.

Pourquoi pas? Il est bien présumable que l'action, soit générale, soit particulière et spécifique, des eaux minérales ne diffère pas essentiellement, chez les animaux, de ce qu'elle est chez l'homme; et dès lors, sans vouloir donner aux chiens et aux chevaux le *genre* d'une saison aux Pyrénées ou sur les bords du Rhin, rien de plus naturel que de les faire jouir du bénéfice des sources qui sont à leur portée. Et comme les sources minérales sont extrêmement répandues, le nombre des animaux qui pourraient en profiter serait très considérable. Ajoutez que cette extension de la médication hydrologique ne coûterait presque rien, et surtout n'augmenterait en rien la consommation de l'eau. Les animaux, en effet, se contenteraient parfaitement bien de celle qui aurait déjà desservi l'établissement, et un réservoir *ad hoc* leur servirait tout à la fois de piscine et d'abreuvoir. C'est ainsi que M. Dulac a procédé à Bagnères-de-Luchon. Les maladies qu'il dit avoir traitées avec le plus de succès sont le coryza et la bronchite chroniques, le catarrhe auriculaire des chiens, les eaux aux jambes, la gale, les dartres, les infiltrations séreuses des membres, les paraplégies, les gonflements articulaires, la diarrhée chronique.

Cet essai d'hydrologie vétérinaire n'est pas nouveau assurément. Mais il est vrai aussi que la question pratique est loin d'avoir reçu toute l'extension dont elle serait susceptible, et c'est pour cela que nous saisissons l'occasion de la rappeler à l'attention de ceux qu'elle peut intéresser. (*Journal des vétérinaires du Midi* et *Recueil de médecine vétérinaire*, avril 1857, p. 291.)

De la nécessité de la saignée dans le traitement de la variole, par le docteur Ferrez.

Le journal qui insère ce travail, la Gazette médicale de Strasbourg, a raison : il faut ouvrir une tribune à toutes les convictions sincères, mais avec le correctif (auquel elle ne manque pas) d'un avertissement au lecteur trop crédule. Quand on consent à imprimer un mémoire où il est dit que, dans la variole, *presque tous* les organes internes, *attaqués les premiers*, sont envahis *très souvent* par des *pustules varioliques* (des pustules varioliques non pas seulement sur la *peau interne*, mais dans les bronches, le foie ou la rate!); qu'une saignée est souveraine dans tous les cas où l'éruption *se fait mal*, et encore plus souveraine *quand l'éruption se fait avec trop d'impétuosité;* qu'elle est surtout *nécessitée* par les cas de *résorption du pus contenu dans les pustules;* quand on prête sa publicité à de telles doctrines, on est tenu d'y joindre l'antidote de sa propre raison et de son autorité. (*Gazette médicale de Strasbourg*, 15 mai, n° 9.)

Mais, d'un autre côté, la saignée appliquée à la variole mérite-t-elle la proscription à peu près absolue dont elle est frappée, du moins dans le nord de la France? Il s'en faut bien, et nous sommes convaincu que beaucoup de ceux qui s'en privent constamment obéissent à une sorte de peur vague, à la domination de l'opinion, surtout de l'opinion des familles, plutôt qu'à une conviction sincère et réfléchie. En thèse générale, si la saignée était aussi funeste qu'on le dit, elle ne serait pas restée longtemps dans la pratique d'un Sydenham ou d'un Tissot. Tout dépend des indications. Si c'est une hérésie incroyable que de professer l'indication de la saignée dans tous les cas *où l'éruption se fait mal*, il n'en est pas moins vrai que la difficulté de l'éruption peut tenir à un excès de pléthore et d'éréthisme, que la saignée fera disparaître en ouvrant, pour ainsi dire, la voie à la manifestation cutanée. Ce sont là des cas exceptionnels; mais il est beaucoup moins rare de voir la saignée apporter un soulagement rapide, sans aucune compensation fâcheuse, dans les cas d'éruption très abondante, avec le pouls plein, dur, fréquent, et la face vultueuse. C'est un préjugé qui fait craindre que l'éruption ne s'arrête dans sa marche; elle ne s'en développe que plus aisément. Pratiquée même avant la première apparence de boutons, l'évacuation sanguine, bien indiquée par la trop grande force de la fièvre (en l'absence, bien entendu, de contre-indication particulière), n'empêche en rien l'évolution des pustules. Il nous est arrivé plus d'une fois de saigner des personnes en proie à une forte fièvre, dont la vraie cause était encore incertaine, et chez lesquelles la variole se développait ensuite de la façon la plus régulière. Depuis lors, dans deux cas de variole déjà caractérisés, nous n'avons pas hésité à recourir au même moyen, et, nous ne craignons pas de le dire, avec avantage. Ce chiffre paraîtra bien insignifiant; mais deux cas, dans une clientèle privée, sont quelque chose en présence de l'abstention absolue des praticiens.

IV.

BIBLIOGRAPHIE.

Guide pratique du médecin et du malade aux eaux minérales de France et de l'Étranger et aux bains de mer, par le docteur C. James. 4e édition. 1 vol. grand in-18, avec carte et vignettes. Paris, chez Victor Masson.

Traité thérapeutique des eaux minérales de France et de l'Étranger, et de leur emploi dans les maladies chroniques, par le docteur Durand-Fardel. 1 vol. in-8° avec carte. Paris, chez Germer Baillière.

De l'emploi des eaux de Vichy, par le docteur Willemin, 1 vol. in 8° de 250 p. Paris, chez Germer Baillière.

Des bains de mer; de leur action physiologique et thérapeutique; de leurs applications et de leurs divers modes d'administration, avec un aperçu sur l'air et les climats marins; par le docteur Roccas, médecin à Trouville-sur-Mer. 1 vol. in-12 de 284 pages, 1857. Paris, chez Victor Masson.

(Suite. — Voir n° 23, p. 407.)

C'est une question fort controversée que celle de l'action des eaux minérales, spécialement des eaux de Vichy, dans le traitement des affections utérines. On a pu le voir dans la discussion qui a eu lieu à ce sujet, il n'y a pas longtemps, à la *Société d'hydrologie*. Suivant les uns, les eaux alcalines n'ont aucune efficacité contre aucune maladie de l'utérus. Suivant d'autres, leur efficacité est réelle; mais celui-ci pense qu'elle ne s'exerce qu'indirectement, par l'intermédiaire d'une modification générale de l'organisme, et que dès lors il n'y a pas lieu à administrer l'eau autrement qu'en boisson; celui-là estime, au contraire, que l'action topique des eaux est très avantageuse, et qu'il importe conséquemment de recourir aux irrigations vaginales et aux lavements. Tel praticien prodigue les eaux dans presque tous les états pathologiques de l'organe utérin; tel autre les réserve exclusivement à l'engorgement du col et à quelques déviations consécutives elles-mêmes à l'engorgement. En somme, parmi les médecins français, l'opinion générale n'est pas favorable à cette application particulière de la médication thermale alcaline.

M. Willemin intervient dans la question, non pas, comme tant d'autres, avec de vagues souvenirs de pratique, mais avec une série d'observations soigneusement recueillies, où le diagnostic est établi avec sévérité, et quant à la forme anatomique et au siége de la lésion, et quant à la présence ou à l'absence actuelles de symptômes de phlegmasie. Or, disons-le tout de suite, le résultat de cette grande expérience (car elle porte sur plus de 60 cas) est à peu près conforme à celui qu'avait déjà indiqué l'ancien inspecteur des eaux de Vichy, le regrettable Petit, qui recommandait les eaux pour les tuméfactions de la matrice exemptes de symptômes d'acuité.

Sur 15 malades atteintes d'engorgement simple et indolent de l'utérus avec antéversion, et parfois avec excoriations et granulations du col, 12 ont été traitées par les bains avec irrigation; 2 par

les bains de piscine ; 1 par les bains simples. Dans 12 cas, les souffrances ont disparu (8 fois après une seule cure et 4 fois après deux cures) ; dans les 3 autres cas, il y a eu une amélioration notable. Dans tous les cas où l'auteur a pu s'assurer de l'état des parties après la cure, il a trouvé l'engorgement disparu, soit dès la fin du traitement, soit à une époque ultérieure. Quant à ce qui concerne la déviation concomitante, dans 6 cas il n'a pu s'assurer directement de l'effet obtenu ; sur les 9 cas restants, 5 fois l'antéversion avait disparu ; 4 fois elle avait persisté.

On dira que le seul usage des eaux en boisson, auquel toutes les malades ont été soumises, a pu amener ces heureux résultats. Mais l'analyse détaillée des faits n'autorise guère cette explication ; car, ainsi que le fait remarquer M. Willemin, l'état constitutionnel des sujets était fort variable, et il serait singulier qu'une même action générale remplît avec un succès égal des indications thérapeutiques différentes. Plusieurs malades, d'ailleurs, ont été guéries dans un espace de temps trop court (une demi-cure), pour qu'on puisse invoquer une modification générale de l'organisme. S'ensuit-il que l'excitation produite sur l'ensemble de l'organisme par l'usage interne des eaux ne puisse contribuer au mouvement de résolution qui emporte les engorgements utérins ? Non certainement. Nous voulons seulement dire que ce mode d'action a été fort exagéré, et surtout qu'il ne rend pas superflues les applications topiques, sans lesquelles bien souvent il resterait tout à fait impuissant.

Au contraire des résultats obtenus dans le traitement de l'engorgement simple, ceux qu'a fournis l'application des mêmes moyens à la métrite, soit subaiguë, soit chronique, ont été en grande partie négatifs Sur un total de 27 malades, il y a eu une amélioration plus ou moins notable dans la moitié des cas, et seulement deux ou trois guérisons ; encore celles-ci ne sont-elles pas à l'abri de toute objection. D'où l'auteur conclut que, lorsqu'une femme se présente pour la cure de Vichy avec une affection utérine dont l'élément inflammatoire n'est pas exclus, il importe de faire disparaître cet élément par les moyens appropriés avant d'avoir recours à la médication thermale Les signes de phlegmasie subaiguë ou chronique, qui constituent spécialement une contre-indication, sont la sensibilité du col utérin, la dilatation de son orifice externe, et sa disposition à saigner au moindre contact.

Nous avons dit que l'ouvrage contenait plus de soixante observations détaillées, et 42 seulement ont donné les résultats indiqués ci-dessus. C'est qu'une vingtaine d'autres faits servent de base à une étude spéciale de l'action des eaux de Vichy dans diverses inflexions de la matrice, dans les cas d'induration du tissu cellulaire péri-utérin, et dans certains cas de stérilité. Nous nous bornons à dire que les déviations utérines ont été souvent modifiées avec avantage, en même temps que l'engorgement qui les accompagnait ; que, par là, les eaux de Vichy sont devenues quelquefois indirectement un remède contre la stérilité ; enfin que, sur 10 cas de phlegmasie péri-utérine, la résolution a été obtenue cinq fois. On ne peut que mentionner de tels succès, en souhaitant de les voir confirmés pour l'expérience ultérieure.

— L'ouvrage de M. Roccas sur les bains de mer est un manuel où se trouvent résumées, sous une forme concise, toutes les notions qui peuvent guider le médecin dans l'emploi de ce moyen thérapeutique, et toutes les indications de second ordre qui intéressent plus particulièrement le baigneur, mais qui, à ce titre même, sont loin d'être inutiles au médecin, puisque c'est auprès du médecin que le baigneur va naturellement se renseigner. Ce que M. le docteur Le Cœur (de Caen) a fait dans un ouvrage très estimé en deux volumes in-8° (*Des bains de mer, guide médical et hygiénique du baigneur*, 1846), M. Roccas le tente aujourd'hui dans un petit volume in-12. On comprend que, dans ces limites étroites, il n'ait pu se livrer à de longues dissertations, ni à des descriptions bien détaillées, d'autant plus que, non content de poser les indications et contre-indications générales des bains de mer, soit chauds, soit froids, il passe en revue, dans une partie thérapeutique analogue à celle dont M. James a doté son *Guide aux eaux minérales*, les diverses diathèses (scrofules, rhumatismes, etc), et les diverses affections de la tête, de la poitrine, de l'abdomen, contre lesquelles les eaux de mer en bains, en douches, en boissons, ont été conseillées et administrées avec plus ou moins de succès. La nécessité que s'est imposée l'auteur de tout faire entrer dans un petit espace en a amené une autre : celle de divisions et subdivisions nombreuses destinées à isoler, à distinguer ce que la trop grande concentration, et, pour ainsi dire, le tassement des objets, aurait peut-être condamné à la confusion. Mais, d'un autre côté, ces cadres si étroits, commodes pour la recherche, avantageux peut-être au point de vue de la clarté, ont néanmoins quelque chose de fatigant pour le lecteur M. Roccas fera bien d'y aviser à la prochaine édition.

Nous terminerons par l'expression d'un souhait qui nous a été suggéré, non en particulier par le manuel de M. Roccas, mais bien par tous les traités ou guides qui s'occupent des bains de mer en général. Il est très bien d'indiquer les conditions d'hygiène, de topographie, de climat, de disposition géologique ou hydrographique, d'aménagement, qui peuvent influer sur le choix des stations (M. Roccas a sur ce sujet un chapitre intéressant) ; mais nous voudrions qu'on fît, *autant que le sujet le comporte*, pour les bains de mer, ce qu'on fait pour les sources minérales ; c'est-à-dire que, à l'occasion des principaux avantages ou inconvénients à rechercher ou à fuir, à propos des indications spéciales que peuvent amener les diverses espèces de maladies, on donnât aux médecins et aux malades, sous forme d'exemples, des indications sur les établissements les plus populaires. Quelles plages sont recouvertes de galets ? quelles plages de sable fin ? où est-il le plus facile de prendre des bains de sable chaud ? à quelle époque doit-on se rendre aux stations de la Méditerranée ou aux stations septentrionales de l'Océan, etc. ? Il nous semble que, à cet égard, une lacune de quelque importance existe dans la littérature balnéologique et n'est que fort incomplétement remplie par le manuel de M. Roccas.

A. DECHAMBRE.

V.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Livres.

ANNUAIRE DE LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE POUR 1857 ; résumé des travaux de médecine pratique les plus remarquables publiés à l'étranger pendant l'année 1856 traduits de l'anglais, de l'allemand, du hollandais, de l'italien et de l'espagnol, par le docteur *Noirot*. 1re année, un vol. in 18 de 387 pages. Paris, Victor Masson. 3 fr. 50

COURS DE MINÉRALOGIE (histoire naturelle), par *A. Leymerie*, professeur à la Faculté des sciences de Toulouse. 1re partie, in-8 de XIV-347 pages, avec 237 fig. dans le texte. Paris, Victor Masson. — La 2e partie paraîtra en mai 1858. Prix de l'ouvrage complet. 11 fr

DES BAINS DE MER, de leur action physiologique et thérapeutique, de leurs applications et de leurs divers modes d'administration, avec un aperçu sur l'air et les climats marins, et sur leurs effets physiologiques et thérapeutiques, par le docteur *Roccas*. 1 vol grand in-18 de XVI-284 pages. Paris, Victor Masson. 3 fr. 50

NOTICE SUR LES EAUX MINÉRALES DE CONTREXÉVILLE, par le docteur *Legrand du Saulle*. In-8 de 16 pages. Paris, J. Vial. 75 c.

TRAITÉ DES MALADIES NERVEUSES ET DE LEUR RAPPORT AVEC L'ÉLECTRICITÉ, par le docteur *J. Bernard*. 1 vol. in 12 de 158 pages. Paris, J. Vial. 1 fr. 75

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE D'ANATOMIE, par *L.* et *P. Batissier* et le docteur *E. Salmon*. 1 vol. grand in-8 et un atlas de 60 planches renfermant 250 figures coloriées. Paris, J. Vial. 30 fr.
En vente un demi-volume de XVI-408 pages et 30 planches.

BAD-EMS IM SOMMER 1856. Curbericht, nebst Bemerkungen über Pharyngo-Laryngitis granulosa und deren Behandlung mittelst Inhalation der Emser Thermalgase, von Hofrath Dr *L. Spengler*.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. — Six mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | **PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine.** | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. PARIS, 19 JUIN 1857. N° 25.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de M. le ministre de l'Instruction publique et des cultes, en date du 12 juin 1857, M. RESSAYRE, docteur en médecine, est nommé professeur titulaire d'hygiène à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse (chaire nouvelle).

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA SCARLATINE. Leçon faite à la clinique de la Faculté de médecine de Paris, par M. TROUSSEAU.

(Suite. — Voir le n° 24.)

Ainsi, dans la scarlatine, période d'incubation incertaine, période d'invasion très courte, après laquelle apparaît l'*éruption*. Cette nouvelle période n'a plus une durée aussi nettement déterminée qu'elle l'est dans la rougeole, qu'elle l'est surtout dans la variole, où elle est si facile à calculer. Commençant dès le premier jour de la maladie, l'éruption scarlatineuse est encore quelquefois très apparente le douzième, le quatorzième jour, bien qu'ordinairement elle pâlisse vers le huitième. Dans les cas les plus simples, elle persiste de cinq à huit jours.

Quels sont ces caractères?

Lorsque vous consultez vos livres, il semble, en vérité, qu'il ne soit pas permis à un médecin d'hésiter dans ce diagnostic. La rougeole, dit-on, consiste en une éruption de petites taches isolées de forme irrégulière, laissant entre elles des intervalles de peau blancs. La variole se reconnaît à ses petites papules acuminées, devenant vésiculeuses le second jour, pustuleuses le troisième, s'ombiliquant et s'entourant, vers le huitième, d'une auréole inflammatoire. Tous ces faits sont très simples, et ces traits si bien dessinés, qu'on ne saurait s'y méprendre. Quant à la scarlatine, ses caractères sont

---

FEUILLETON.

De quelques marbres antiques concernant des études anatomiques.

Des trois antiques que nous voulons faire connaître aux lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, l'un est une étude très habile, et assurément faite sur nature, d'une excurvation de la colonne vertébrale ; les deux autres sont de véritables préparations d'anatomie normale et soulèvent l'intéressante et difficile question de savoir quels étaient le but et l'usage de semblables objets ; question qui se relie elle-même à celle des moyens d'études dont disposaient les anatomistes de l'antiquité. Nous ajoutons que, si le premier de ces trois morceaux, souvent gravé, souvent reproduit par le moulage, n'est ignoré d'aucun de ceux qui sont un peu au courant des œuvres de



la statuaire antique, les deux autres, dont nous ne connaissons aucune reproduction en plâtre ou par la gravure, auront pour beaucoup d'artistes et pour la plupart des médecins l'attrait de la nouveauté.

La figure ci-contre est celle d'un Hermès en marbre qui se trouve à la villa Albani, et qui est connue sous le nom d'Ésope. On en peut voir le plâtre à Paris en deux endroits au moins : au Musée du Louvre et à l'École des beaux-arts. Est-ce réellement un portrait du fabuliste phrygien? Cette opinion de Visconti ne repose que sur des conjectures ; mais ces conjectures ne sont pas sans quelque fondement. On sait qu'il a existé à Athènes des portraits d'Ésope, célèbres par une représentation habile de la difformité. L'un d'eux était de la main de Lysippe, que Pline vante pour la fidélité du détail et qui en a donné une preuve bien remarquable dans l'exécution de la figure d'Alexandre, si l'Hermès-Alexandre du

encore mieux tranchés : une coloration diffuse, vineuse. Les descriptions sont loin de rendre exactement ce qui existe en réalité pour tous les cas. Vous verrez, en effet, des rougeoles, et je vous en ai montré qui présentent une éruption diffuse, uniforme, sans plaques rouges isolées par des îlots de plaques blanches. A la vérité, cette forme de l'éruption n'est pas la règle ordinaire, mais enfin elle existe.

Par opposition, vous verrez des scarlatines discrètes, et même des scarlatines très confluentes, dans lesquelles l'éruption sera, dans certains points, constituée par des plaques rouges, et, mieux encore, par une multitude de petits points rouges arrondis, parfaitement isolés les uns des autres, n'ayant pas la coloration vineuse, framboisée, qu'on lui attribue ; elle diffère pourtant de l'éruption de la rougeole, mais on pourrait quelquefois les confondre.

Ce qui distingue encore la scarlatine, c'est la présence de la *miliaire*, qui bien souvent accompagne la rougeur de la peau, et qui se rencontre presque invariablement lorsque la scarlatine est tant soit peu confluente. Elle se montre sur les parties latérales du cou, de la poitrine, sur le bas-ventre ; on la reconnaît même sans la voir. En passant la main sur ces régions, on sent de petites saillies qui donnent l'idée de ce que l'on appelle la *chair de poule* ou de la peau de chagrin. En regardant alors, on distingue une multitude de petites vésicules qui, après trente-six ou quarante-huit heures, sont remplies d'un liquide lactescent.

Quant à l'*éruption scarlatineuse* elle-même, elle n'est pas constituée véritablement par une teinte uniforme comme la teinte de l'érysipèle, mais bien par une série infinie de petites élevures de la peau, ressemblant à celle d'un eczéma extrêmement serré. Au toucher, elles se reconnaissent ; à la loupe, cette disposition est des plus évidentes.

La rougeur existe à son summum d'intensité sur le cou, sur la poitrine, sur le ventre, à la face interne des bras et des cuisses. Elle apparaît à peu près en même temps partout, bien qu'elle se manifeste le plus souvent au cou et à la poitrine avant de se montrer sur le visage. A la face elle n'a pas les mêmes caractères que sur le tronc; vergetée, d'un rouge très vif en quelques points à côté de traînées blanches, la peau du visage semble porter l'empreinte de doigts qui l'auraient violemment souffletée. En même temps elle est gonflée, et ce gonflement est également notable aux mains et aux pieds. Il se produit au moment où l'éruption apparaît, il augmente avec elle; il est par conséquent plus prononcé vers le second ou le troisième jour; aux mains, il gêne le mouvement des doigts, que le malade ne peut plier que difficilement, et l'on peut aisément le constater à la vue. Marchant avec l'éruption, il disparaît généralement avec elle, aussi bien au visage qu'aux extrémités. Il existe encore à l'angle des mâchoires, au cou, et ces régions sont douloureuses au toucher.

En examinant la gorge du malade, on constate une rougeur très vive et une tuméfaction du voile du palais, des amygdales; très souvent celles-ci présentent de petites concrétions blanchâtres, première manifestation de l'angine couenneuse scarlatineuse sur laquelle j'aurai à insister.

L'aspect de la *langue* est tel, il est tellement spécial, qu'à lui seul il peut suffire à faire reconnaître la maladie. Ni dans la rougeole, ni dans la variole, vous ne retrouverez cet aspect que prend la langue dans la scarlatine, caractère aussi spécial dans cette fièvre exanthémateuse que peut l'être l'éruption variolique de la bouche dans la variole. Le premier jour, la langue ne présente rien de particulier que l'enduit limoneux plus ou moins épais, plus ou moins blanc, ou teint en jaune ou en vert lorsque le malade a vomi ; il n'y a rien que la légère rougeur de la pointe et des bords dont nous avons parlé ; le lendemain, cette rougeur augmente d'intensité et d'étendue ; elle augmente même le troisième jour, et, vers le quatrième ou le cinquième, l'enduit saburral a plus ou moins complétement disparu ; toute la langue est d'un rouge écarlate, tuméfiée, offrant une saillie considérable des papilles, saillie qui donne à cette surface un aspect analogue à celui d'une fraise. Elle s'est dépouillée de son épithélium, et, dans quelques cas, vous pouvez assister à ce travail de desquamation, vous pouvez même le hâter en exerçant une friction à l'aide d'un linge. C'est un phénomène invariable dans la scarlatine, à moins que l'affection n'ait été marquée par aucun phénomène fébrile. Rien d'analogue n'arrive dans la rougeole ni dans la variole, alors même que celle-ci s'accompagne de stomatite. Vers le septième ou le huitième jour, tout en conservant sa coloration rouge, la langue devient plus lisse, et, vers le huitième ou le neuvième jour, l'épithélium se reforme d'une manière très apparente : d'abord excessivement mince, comme une pelure d'oignon, vers le douzième jour il a repris à peu près son épaisseur naturelle ; mais la membrane muqueuse reste un peu plus rouge que dans l'état normal.

Les phénomènes qui frappent le plus dans la scarlatine sont les *accidents nerveux :* il faut dire que leur intensité a, dans cette maladie, quelque chose de tellement particulier,

---

Musée est réellement la copie d'un bronze de Lysippe (1). Il n'est pas impossible qu'une des nombreuses reproductions qui ont dû être faites du portrait d'Ésope par le grand artiste soit venue jusqu'à nous. Ce ne serait pas une raison pour que la figure fût bien ressemblante, soit dans les traits, soit dans l'expression de la difformité, puisqu'il n'y avait pas loin de deux siècles que le fabuliste avait été précipité du haut d'un rocher de Delphes, quand l'artiste de Sicyone vint au monde ; mais celui-ci a pu s'aider en partie de quelques données antérieures de la statuaire, en partie d'études anatomiques sur un *modèle* bossu, en partie de son inspiration, et composer avec le tout une figure dont les caractères physiques et l'expression morale et intellectuelle répondissent à tout ce que l'on savait de l'original. Ce procédé, que nous voyons tous les jours mettre en usage et qui offre à la reconnaissance publique, sur nos places et dans nos monuments, des ressemblances approximatives, ce procédé doit être aussi ancien que l'art du portrait. Et l'on s'expliquerait assez bien de cette façon la nudité de la figure ; on concevrait que l'artiste ait eu la fantaisie d'exhiber au naturel un personnage presque aussi célèbre par la bizarrerie de sa conformation que par les pointes de son esprit, tandis qu'on n'ose imaginer que ce même personnage ait consenti à poser dans ce piteux état devant la postérité.

Une circonstance vient à l'appui de l'idée qu'on n'a pas voulu seulement modeler un dos bossu quelconque, mais bien réaliser un portrait, et le portrait d'un personnage d'une certaine importance : c'est que l'extrême fidélité avec laquelle le dos a été copié ne se retrouve pas dans l'exécution de la tête. Ceux qui sont familiarisés avec les difformités de l'épine reconnaîtront, au premier coup d'œil, qu'il y a un défaut assez notable de proportion entre le degré de l'excurvation et de la déformation thoracique et celui des déformations consécutives de la face. Le front est bien un peu fuyant, le crâne s'allonge bien un peu en pain de sucre ; mais ces caractères (que les biographes d'Ésope lui attribuent) sont trop peu accentués

(1) *Caractères de la figure d'Alexandre le Grand*, etc., par le docteur A. Dechambre, brochure in-8°. Paris, chez Victor Masson.

qu'à eux seuls ils suffisent, dans le plus grand nombre des cas, pour permettre de distinguer cette affection d'une autre fièvre exanthémateuse. Jamais, ou très rarement du moins, la rougeole ne s'annonce par des troubles cérébraux graves, à l'exception de l'éclampsie ; et comme, en définitive, il n'y aurait de confusion possible qu'entre la rougeole et la scarlatine, l'intensité de ces accidents établit à elle seule une différence capitale entre ces deux maladies.

Ils se montrent dès le début ; dès le premier jour ils s'annoncent par du *délire*. Celui-ci n'arrive pas dans la scarlatine bénigne, mais dans la scarlatine à forme grave, il manque très rarement. Lorsque la maladie est sérieuse, il est aussi prononcé que dans les fièvres typhoïdes les plus sévères ; il se manifeste dès l'apparition de l'éruption exanthématique ; il persiste jusqu'à la période de desquamation, pour mieux dire, jusqu'au moment où la fièvre tombe.

Le délire n'est pas la seule manifestation des troubles nerveux : ceux-ci se traduisent encore par la *carphologie*, la *jactitation*, le *coma*, en quelques cas par le *coma vigil*. On retrouve, en un mot, toutes les formes des accidents nerveux typhiques.

Chez les enfants, il est très commun de voir des *attaques d'éclampsie* dans les deux ou trois premiers jours de la maladie. Les convulsions ont un caractère bien autrement grave que les convulsions initiales de la rougeole et de la variole ; car, tandis que celles de la variole sont considérées par certains auteurs, par Sydenham entre autres (dont je ne partage pas l'opinion à cet égard), comme étant d'un augure favorable, tandis que l'éclampsie initiale dans la rougeole est généralement regardée comme un accident de médiocre valeur, les attaques d'éclampsie se produisant au premier ou au second jour de la scarlatine sont, au contraire, d'une gravité considérable. Cette gravité est plus grande encore, lorsqu'elles se manifestent dans la troisième période de la maladie, alors qu'il existe un œdème général, et nous aurons à revenir sur cette signification ; nous aurons à dire qu'alors les convulsions sont des accidents souvent mortels.

Chez les adultes eux-mêmes, les exemples n'en sont pas rares ; ces accidents épileptiformes apparaissent au second ou au troisième jour de la scarlatine, chez les individus surtout qui ont été sujets à de véritables attaques d'épilepsie ; ces convulsions initiales se répètent, le coma leur succède, et la mort arrive dans les premières vingt-quatre heures de leur apparition.

Il est encore un phénomène nerveux considérable et d'un bien sinistre présage : je veux parler de la dyspnée, qui n'est liée d'ailleurs à aucune lésion matérielle du poumon; dyspnée que l'on retrouve, avec sa triste signification, dans un grand nombre de maladies septiques, le typhus puerpéral, le typhus des camps, le choléra, etc.; dyspnée que vous avez pu remarquer chez cette femme nouvellement accouchée que la scarlatine a enlevée si vite.

Indépendamment de ces désordres inhérents aux troubles de l'innervation cérébrale et rachidienne, il en est d'autres qui se rattachent aux *perturbations éprouvées par le système ganglionnaire*, et que je dois vous indiquer.

Vous connaissez sans doute les remarquables travaux de M. Claude Bernard sur la section des nerfs ganglionnaires ; vous savez que cette section amène, dans les parties où se distribuent ces filets nerveux, non une paralysie, mais, au contraire, une exagération de certaines fonctions, notamment de la calorification et des sécrétions. Le savant professeur du Collége de France vous a montré comment, en coupant les filets sympathiques qui se rendent à l'oreille et à la face du lapin, on constate dans ces parties une élévation de température qui peut être de 4 à 5 degrés au-dessus de la température normale ; il vous a montré qu'en coupant les nerfs ganglionnaires du plexus coronaire stomachique, on détermine des hypersécrétions considérables de la membrane muqueuse gastrique. De ces expériences vous conclurez que, toutes les fois que la caloricité s'exagérera chez un animal, il y aura lieu de supposer un trouble survenu dans le système nerveux ganglionnaire, bien plus que des troubles dans les fonctions du système cérébro-spinal. Or, il n'y a certainement pas de maladie qui s'accompagne d'une *élévation générale de température* aussi grande que la scarlatine. Chez des scarlatineux, en effet, le thermomètre, introduit dans le rectum ou placé dans le creux de l'aisselle, a marqué 40 et 41 degrés centigrades. Cette élévation de la température ne peut s'expliquer que par les troubles considérables de l'innervation ganglionnaire. Ces troubles se manifestent encore dans d'autres fonctions, sous la dépendance du grand sympathique. Ainsi les *vomissements bilieux* incessants qui persistent, chez quelques individus, quatre, cinq, six jours, les *diarrhées abondantes* incoercibles. Graves avait parfaitement indiqué cette polycholie dans la scarlatine indépendante de toute phlegmasie.

La nature non inflammatoire de ces accidents est essentielle à noter. Si, en effet, dominés par une idée de phlogose que semble indiquer la chaleur de la peau, vous voulez combattre les diarrhées, les vomissements par les anti-

---

pour une déviation aussi considérable du rachis ; le visage lui-même est trop régulièrement conformé. M. de Clarac fait observer que l'expression de la figure la différencie nettement de celle des nains et des bouffons que les anciens représentaient ordinairement avec un air stupide. Cela est vrai; mais il est évident qu'on a voulu aller bien au delà d'une telle distinction et conserver à la figure une certaine beauté. Or, cette invraisemblance, nous dirons même cette impossibilité anatomique, de la part d'un artiste si habile à rendre le difforme, ne peut être que l'effet d'un calcul, et ce calcul ne se comprend qu'au profit d'un portrait ou au profit d'un monument élevé à la mémoire d'un personnage plus ou moins célèbre.

Nous ne décrirons pas minutieusement le buste comme on ferait pour une observation d'hôpital; nous indiquerons seulement les traits dans lesquels se traduit le mieux l'extrême habileté du ciseleur.

Il s'agit d'une cyphose. La colonne vertébrale, dans toute sa portion dorso-lombaire, décrit une courbe d'un grand rayon, à convexité postérieure. Si l'on regarde le buste de dos, on s'aperçoit que cette excurvation n'est pas directe dans toute sa longueur, mais que, dans une grande section de la région dorsale, elle présente une très légère courbure à convexité droite et, de plus, que, dans cette même étendue, le rachis, tout en s'excurvant, tout en formant un arc latéral, décrit de légères ondulations de gauche à droite et de droite à gauche ; ondulations brusques, provenant de ce que les vertèbres ont chevauché les unes sur les autres en divers sens et que les apophyses épineuses ne peuvent plus former une courbe régulière. Ces détails seuls, si vrais, si *nature* (pour employer un terme d'atelier), suffiraient pour attester que le travail a été fait sur pièces ; mais le reste de l'œuvre en témoigne plus clairement encore. L'incurvation de la région cervicale, qui, par suite du prolongement de la courbure dorsale, n'a lieu que dans les vertèbres supérieures, est profonde, comme elle devait être pour contre-balancer une excurvation aussi forte ; la tête est rejetée en arrière, profondément enfoncée entre les épaules ; le front déprimé, comme nous l'avons dit, quoiqu'à un trop faible degré. Toutes les côtes ont subi un double mouvement. L'excurvation

phlogistiques, vous faites de toutes les médications la plus pitoyable, la plus périlleuse que l'on puisse faire dans la scarlatine; car, de toutes les fièvres éruptives, la scarlatine est celle qui demande le moins ce genre de médication, rarement avantageux dans la rougeole et dans la variole.

Outre les accidents nerveux que je viens de signaler, il en survient d'autres, quelquefois dès le début, rarement il est vrai à cette époque : ce sont des *hémorrhagies*; hémorrhagies par les membranes muqueuses, hémorrhagies sous-cutanées, hémorrhagies rénales. Ces accidents appartiennent toutefois bien plus à la troisième période de la maladie, et nous verrons que, dans son décours, l'hématurie, en particulier, coïncide fréquemment avec l'anasarque scarlatineuse, dont j'aurai à vous entretenir.

En étudiant les rapports existant entre la gravité de la maladie et l'intensité de l'éruption, on reconnaît que certains auteurs ont commis à cet égard une faute capitale, d'autant plus capitale qu'elle peut induire en erreur les médecins qui ne sont pas familiarisés avec la scarlatine: ils disent, en effet, que lorsque l'éruption est bien fleurie, bien vive, bien *sortie*, suivant l'expression vulgaire, le malade a d'autant moins de chances d'avoir des accidents sérieux. Eh bien! il faut, au contraire, dire de la scarlatine ce que l'on dit de la variole : sa gravité est en raison directe de l'intensité de l'éruption. Dans une scarlatine discrète le danger est ordinairement moindre qu'il ne l'est dans une scarlatine confluente, comme dans une variole discrète il y a moins à redouter que dans une variole confluente. Dans l'une comme dans l'autre de ces pyrexies exanthémateuses, plus intense est l'éruption, plus graves sont les symptômes, plus grand est le danger. Voilà ce qu'établissent les observations recueillies pendant les épidémies.

La scarlatine, j'ai insisté sur ce fait, ne se ressemble pas à elle-même; identique bien entendu dans son essence, elle ne l'est plus dans ses formes. En quelques cas, après dix à douze heures de fièvre, une éruption insignifiante apparaît sur le cou, le tronc; et deux ou trois jours après, cette éruption et le mouvement fébrile qui l'accompagne ont disparu; à peine le malade a-t-il éprouvé du malaise; la desquamation s'opère, elle se fait par petites bandes, par petites plaques; puis, encore cinq à six jours, et le malade est complétement guéri, et s'il ne s'expose pas au froid, s'il ne commet pas d'imprudence, tout est fini. La maladie a été tellement *simple*, que dans certaines familles elle a passé inaperçue.

Entre cette forme si bénigne et celle plus grave dont je vous ai esquissé les grands traits, vous trouverez tous les intermédiaires. Et la scarlatine maligne, je vous l'ai dit, devient souvent un fléau terrible à l'égal des maladies pestilentielles les plus redoutées.

J'arrive maintenant à quelques accidents particuliers de la scarlatine, que je vous ai signalés en passant, et sur lesquels il est besoin d'insister plus particulièrement.

D'abord l'*angine scarlatineuse*.

Cette angine est assurément une des affections les plus difficiles à bien décrire et à bien connaître. Indiquer ses formes simples ou graves, me paraît en général chose aisée; mais il n'en est plus ainsi d'une de ces dernières formes, que nous étudierons à son tour, et dans laquelle la diphthérie vient jouer probablement le rôle de complication, déconcertant les prévisions du médecin et imprimant à cette angine scarlatineuse un caractère d'une épouvantable gravité.

La scarlatine, nous l'avons établi, est une maladie essentiellement angineuse, si vous voulez me passer le mot. Si bénigne qu'elle soit, il est bien rare qu'elle ne s'accompagne pas de douleurs de gorge, comme il est rare qu'une rougeole même très légère ne s'accompagne pas de douleur du larynx. Cette douleur de gorge se retrouve aussi dans la variole, et la présence de trois ou quatre pustules sur le pharynx suffit pour l'occasionner; mais cette angine varioleuse diffère essentiellement de l'angine scarlatineuse.

Dès le premier jour de la maladie, le voile du palais, dans la scarlatine, est rouge, d'une teinte analogue à celle de la peau, plus foncée pourtant; les amygdales, légèrement tuméfiées, sont violacées. La scarlatine marche, et après deux, trois, quatre jours, apparaissent souvent sur l'une des amygdales, quelquefois sur les deux, des petites concrétions blanchâtres, ordinairement d'un blanc laiteux, à moins que, le malade ayant vomi, elles ne soient colorées par quelque substance venue de l'estomac. En examinant de près ces concrétions, en les enlevant avec le manche d'une cuiller, vous reconnaîtrez qu'elles diffèrent des fausses membranes diphthériques: celles-ci, d'un blanc jaunâtre, sont adhérentes, et lorsqu'on les saisit à l'aide d'une pince, elles s'enlèvent par lambeaux; les concrétions scarlatineuses, pultacées, mais adhérentes, n'ont pas le caractère de fausse membrane et ressemblent bien plus à ces sécrétions qui se font, par exemple, à la surface d'ulcères de mauvais aspect.

L'affection faisant des progrès, l'intensité de l'angine peut devenir assez considérable pour gêner la respiration et surtout la déglutition : le malade rend les boissons par le nez.

---

dorsale les a rapprochées les unes des autres à leurs extrémités antérieures, en leur imprimant une disposition analogue à celle des rayons d'un segment de roue; d'où il résulte un raccourcissement considérable du thorax suivant le diamètre vertical. D'autre part, leur extrémité antérieure a été portée en avant, leur courbe s'est effacée; le thorax a subi un aplatissement latéral, en même temps que son diamètre antéro-postérieur s'est accru et que le sternum, d'autant plus repoussé en avant que les côtes sont plus longues, a basculé sur ses articulations claviculaires et est devenu presque horizontal. De là vient cette poitrine *en carène* dont on voit ici un si bel échantillon.

La disposition de l'abdomen est aussi fidèlement rendue. La paroi antérieure, poussée d'arrière en avant par les côtes, est devenue en grande partie supérieure, et comme d'un autre côté le diamètre vertical de la cavité a été considérablement réduit, comme celle du thorax, par l'excurvation du rachis, le ventre a presque disparu pour qui le regarde de face.

Il n'est pas enfin jusqu'à la courbure *latérale droite* de l'épine, dont les effets consécutifs ne soient traduits sur ce morceau : d'une part par un léger déjettement du cou à gauche, d'où résulte l'élargissement de l'épaule *droite;* d'autre part, un pli de la hanche gauche sensiblement plus profond que celui de la hanche droite.

De quelle nature est cette difformité? Le défaut de flexion *anguleuse* de l'épine semble d'abord devoir éloigner l'idée d'une carie; et, cette affection éliminée, il ne resterait plus guère d'admissible que le rachitisme. S'il ne s'agissait pas d'un buste, la question pourrait être plus aisément tranchée; car une déviation rachitique de ce genre ne saurait exister sans courbures des membres inférieurs. En l'état des choses, si l'on considère que les côtes ne portent pas traces de *nodosités* rachitiques; qu'elles ne sont pas *incurvées* vers leur partie moyenne; que le sternum, simplement soulevé, n'est nulle part infléchi sur lui-même; que la flexion anguleuse du rachis n'est pas un caractère essentiel du mal de Pott à toutes ses périodes, il nous semble que c'est à cette dernière espèce de difformité que se rapporte la figure. (*La suite à un prochain numéro.*)

J.-M. CHARCOT et A. DECHAMBRE.

sa voix est nasonnée; les ganglions du cou, principalement ceux des angles de la mâchoire, s'engorgent. En dehors de toute intervention médicale, ou bien sous l'influence d'une médication très peu active, au moment où l'éruption scarlatineuse de la peau s'éteint et s'efface, cette angine rétrocède également. Les amygdales se dépouillent de leurs concrétions, tout en restant rouges, quelquefois excoriées : l'affection est guérie. Cependant la gorge et la langue restent encore sensibles, et cet excès de sensibilité persiste plus longtemps sur la première de ces parties que sur la seconde. Tout se termine par une sorte de desquamation analogue à celle que nous avons déjà notée sur la langue.

Telle est la forme ordinaire, la forme la plus simple de l'angine scarlatineuse.

Il en est d'autres plus graves, il en est une, en particulier, à laquelle j'ai déjà fait allusion, que j'ai vue presque invariablement mortelle, et dont je veux vous entretenir.

Des individus prennent une scarlatine de moyenne gravité; ils ont un peu de délire la nuit, des rêvasseries, de la carphologie; le pouls est assez fréquent, la douleur de gorge modérée. La maladie arrivée au huitième ou neuvième jour, il semble que la guérison est certaine; la fièvre est tombée, l'éruption a disparu, et l'on rassure la famille. Tout à coup un engorgement considérable se montre à l'angle des mâchoires, occupant non seulement cette région, mais encore le cou et quelquefois une partie de la face; un liquide sanieux, fétide, très abondant, s'écoule des fosses nasales; les amygdales sont très volumineuses, l'haleine exhale une odeur insupportable; le pouls reprend subitement une grande fréquence, il est petit; le délire reparaît, les autres accidents nerveux se reproduisent; le délire persiste, le coma survient, en même temps la peau se refroidit, le pouls devient de plus en plus misérable, et les individus succombent, après trois ou quatre jours, dans une lente agonie, ou meurent subitement comme d'une syncope.

Comment expliquer ce qui s'est passé? On peut se demander si la *diphthérie* n'est pas venue compliquer la scarlatine et se jeter à la traverse; ces phénomènes, il faut le dire, ressemblent tellement aux formes terribles de la diphthérie, à ces formes qui enlèvent les adultes comme les enfants avant que l'affection couenneuse ait eu même le temps de se propager au larynx, les fausses membranes restant localisées aux fosses nasales, aux oreilles, à la gorge; ces phénomènes ressemblent tellement à ces formes terribles de la diphthérie maligne, que l'on est tenté de croire que ce n'est plus la scarlatine, mais bien cette dernière et funeste affection qui est venue emporter le malade.

Je suis d'autant plus disposé à adopter cette manière de voir, que dans quelques circonstances le larynx est envahi. Graves cite des observations d'individus mourant du croup à la fin d'une scarlatine, ou guérissant de cette fièvre exanthémateuse après avoir rendu des fausses membranes tubulées, moulées sur la trachée. Graves, en citant ces faits, me reproche d'avoir méconnu cette forme de la maladie que nous étudions. Je l'avais, en effet, autrefois méconnue; je disais : La scarlatine n'aime pas le larynx; mais pendant mon séjour à l'hôpital des Enfants, j'avais, dans un assez grand nombre de circonstances, trouvé une identité si extraordinaire entre l'angine maligne scarlatineuse et l'angine maligne diphthérique, que j'étais ébranlé dans mon opinion. Aujourd'hui je ne puis m'empêcher de croire, bien que je n'ose pas l'affirmer, — ma conviction n'étant point suffisamment établie, — que ces phénomènes dont je viens de vous parler ne sont autre chose que des accidents de la diphthérie arrivant à la fin d'une scarlatine, comme une complication redoutable. Les malades succombent, en réalité, avec tous les symptômes de l'empoisonnement diphthérique : refroidissement général, petitesse du pouls, fétidité de l'haleine qui s'exhale par la bouche et par le nez, pâleur universelle de la peau, dissolution effrayante des tissus, tous symptômes qui ne se retrouvent dans aucune autre espèce d'affection grave. Il peut donc se faire que les individus se trouvant dans des conditions particulières, au milieu d'un foyer épidémique, — cela s'observe surtout dans les hôpitaux d'enfants, où la diphthérie est pour ainsi dire toujours en puissance, — il peut se faire que l'angine scarlatineuse devienne le point d'appel d'une fluxion diphthérique, absolument comme une petite excoriation derrière l'oreille, comme une exulcération de la vulve, des plis de la peau, comme toute autre plaie, peut, chez les individus placés dans les mêmes conditions épidémiques, devenir le point de départ des manifestations de la diphthérie. Ce qui tend encore à me fortifier dans mon opinion, c'est que, de ces angines survenant subitement au neuvième ou dixième jour de la scarlatine, je ne me rappelle pas en avoir vu guérir une seule; tandis que pour l'angine scarlatineuse même grave, mais débutant avec la scarlatine elle-même, arrivant à son summum d'intensité vers le cinquième, sixième, septième ou huitième jour de la maladie, pour cette angine scarlatineuse la guérison est la règle et s'opère souvent sans le secours de l'art.

Lorsque nous nous occuperons du traitement de la scarlatine, je vous parlerai du traitement de l'angine scarlatineuse; pour le moment, je vous dirai que l'angine couenneuse scarlatineuse (il n'est plus question de cette forme grave sur laquelle je viens de fixer votre attention, mais bien de la forme simple qui, nous l'avons dit, s'accompagne presque toujours de concrétions couenneuses pultacées), cette angine couenneuse scarlatineuse simple se comporte très différemment de l'angine grave, de l'angine diphthérique : tandis que celle-ci est très mobile et tend à se propager du côté du nez et du larynx, celle-là, au contraire, reste plus généralement limitée au pharynx, et pour elle je maintiens la proposition que Graves a condamnée : *Laryngem amat evitare.* L'angine scarlatineuse est donc pharyngienne, bien différente de l'angine morbilleuse qui est laryngienne, de l'angine varioleuse qui est à la fois l'une et l'autre. La voix des individus affectés d'angine scarlatineuse est nasonnée, mais son timbre reste sonore; elle ne subit d'autres modifications que celles qu'elle éprouve en passant dans les cavités buccales. Dans la rougeole, le timbre de la voix est, au contraire, très souvent altéré dès sa formation dans le larynx; elle n'éprouve plus de modifications en traversant l'arrière-gorge.

(La suite prochainement.)

RECHERCHES SUR LA STRUCTURE INTIME DU POUMON, par le docteur LOUIS MANDL. (Extrait du Mémoire présenté le 4 mai 1857 à l'Académie des sciences.)

(Suite et fin. — Voir le n° 23.)

Chapitre II.

De la structure intime des parois utriculaires.

§ XXVI. — Nous ne parlons pas ici de la structure intime des bronches ni de l'épithélium qui les recouvre : ces

détails se trouvent dans tous les traités d'histologie. Pour le moment, il s'agit seulement de connaître la structure intime de la paroi utriculaire, c'est-à-dire de la paroi qui forme les cavités et les vésicules.

§ XXVII. — Lorsqu'on examine, à un grossissement de 300 à 400 fois, une de ces préparations desséchées et puis ramollies dans l'eau, qui nous ont servi jusqu'à présent dans nos recherches, on aperçoit, d'une part, les contours des cavités et des utricules, constitués par les sections transversales des parois, et, d'autre part, des portions de parois placées horizontalement. L'espace situé entre les contours des diverses cavités et vésicules est rempli par des fibres élastiques et autres éléments organiques (vaisseaux, grosses bronches, nerfs, etc.), plus ou moins distincts. Le contour lui-même se compose d'une ligne nettement accusée, très mince : c'est la coupe transversale de la membrane propre, qui constitue la paroi de la vésicule ou de la cavité terminale. En dehors se succèdent, comme nous l'avons dit précédemment, les fibres élastiques, cellulaires, etc. En dedans, du côté de la surface aérienne, nous n'avons pu constater aucune trace d'un épithélium saillant, ni dans les cavités ni dans les utricules.

§ XXVIII. — Ce n'est pas l'injection gélatineuse qui masque la présence de l'épithélium. En effet, des grosses bronches, ayant un diamètre de plusieurs millimètres, coupées transversalement ou longitudinalement, montrent, dans mes préparations, d'une manière fort distincte, à leur surface interne, aérienne, les éléments d'un épithélium saillant. D'un autre côté, on se convaincra de l'exactitude de notre opinion par l'examen de poumons affectés d'une bronchite aiguë ou chronique. Dans ces cas, en effet, on constate facilement la présence de l'épithélium détaché ; on voit distinctement les éléments isolés, à l'intérieur des cavités et des vésicules, où ils sont suspendus dans l'injection gélatineuse.

Il s'ensuit donc que, si la gélatine n'empêche pas de reconnaître la présence de l'épithélium dans les poumons sains ou pathologiques, elle ne le fera pas non plus dans les vésicules ou cavités terminales, et que par conséquent l'épithélium serait visible dans nos préparations, s'il existait réellement sur les parois utriculaires.

§ XXIX. — Si, par conséquent, les auteurs parlent d'un épithélium appartenant aux parois vésiculaires, il me paraît certain qu'ils n'avaient pas sous les yeux les dernières terminaisons des bronches, à savoir des cavités et des utricules, mais bien les coupes transversales de quelques ramifications bronchiques.

§ XXX. — Examinons maintenant la structure intime de la paroi vésiculaire elle-même. C'est une membrane parfaitement transparente, ayant une épaisseur d'à peu près un dixième de millimètre ; elle est parsemée d'une foule de corpuscules (noyaux) de grandeur variable, suivant l'âge et l'espèce, mais ne dépassant jamais un centième de millimètre. On les aperçoit très distinctement sur la paroi étalée horizontalement. Ce sont peut-être les noyaux des cellules épithéliales qui, dans les mammifères, à l'état de santé, ne se développent pas davantage, mais qui donnent lieu, en grande partie, à cette multiplication étonnante de lamelles et de cellules que l'on observe dans les bronchites, ou bien ce sont les noyaux propres de la membrane utriculaire amorphe.

§ XXXI. — Dès que l'on connaît, par l'examen de nos préparations, les corpuscules dans les parois utriculaires, il sera facile de se convaincre de leur existence également dans le poumon frais. Lorsqu'on étale une parcelle du tissu pulmonaire sous le microscope, on cherchera à débrouiller, au milieu des éléments de l'épithélium, des fibres élastiques, des vaisseaux et globules sanguins, une portion d'une paroi étalée. L'examen attentif de la structure intime de cette paroi convaincra l'observateur qu'elle présente les éléments décrits précédemment, que, par conséquent, tous se trouvent conservés dans nos préparations.

§ XXXII. — Cependant, lorsque nous disons que les éléments des parois utriculaires sont identiquement les mêmes dans nos préparations et dans le tissu pulmonaire frais, nous entendons parler seulement de l'identité de situation, de nombre, de connexion, etc., des corpuscules dont l'existence est pour nous un criterium très important dans l'examen des capillaires. Mais nous n'avons nullement l'intention d'étudier la structure intime des corpuscules mêmes sur les préparations. Il va sans dire que, dans ce but, il est nécessaire et préférable de soumettre à l'examen le tissu frais, dès que, par l'examen des préparations, on saura distinguer les parois utriculaires dans les éléments pulmonaires.

§ XXXIII. — Les corpuscules sont, dans l'immense majorité des cas, dans les poumons frais des mammifères, dépourvus d'une membrane cellulaire. A l'aide de l'acide acétique, on constate un nucléole à leur intérieur.

Lorsqu'on place une parcelle de la surface du poumon frais de la grenouille sous le microscope, ce qui frappera d'abord la vue, ce sont les vaisseaux sanguins remplis de globules de sang. Si le tissu se trouve dans l'eau, les globules subissent les changements connus : ils deviennent ronds et se décolorent. Par les maniements répétés, on peut chasser et enlever la plupart des globules, altérés ou non, et l'on aperçoit alors les vaisseaux sanguins vides, avec des corpuscules (noyaux) fusiformes, très allongés dans les parois. Le réseau capillaire repose sur la paroi pulmonaire ; dans chaque maille existe un, très rarement deux corpuscules analogues à ceux que nous avons décrits dans les parois utriculaires des mammifères.

§ XXXIV. — Les fibres élastiques sont placées à la surface externe de la paroi utriculaire ; dans nos préparations, on en voit quelquefois deux ou trois rester attachées à la paroi étalée horizontalement. Elles remplissent l'espace situé entre les vésicules et les cavités ; l'acide acétique les rend transparentes, et permet de reconnaître les corpuscules allongés (fibres de noyaux) dont elles sont pourvues. La quantité des fibres élastiques augmente considérablement avec l'âge.

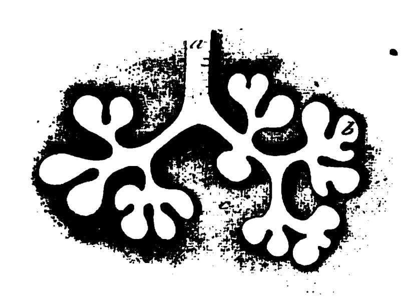
Nous ne serions pas éloigné de croire la paroi utriculaire elle-même de nature élastique : l'aspect particulier qu'elle présente, sa résistance à l'acide acétique, la netteté de ses contours, la distinguent, dans ses propriétés physiques, des autres membranes propres analogues, telles que, par exemple, les membranes propres des culs-de-sac glandulaires.

§ XXXV. — Nous connaissons maintenant la terminaison des bronches et la structure intime de ces terminaisons; mais il s'agit encore de saisir le rapport des cavités terminales avec les bronches. A cet effet, nous croyons utile de considérer, en quelques mots, le développement des poumons : car, dans l'embryon, on peut examiner, dans l'ensemble de sa connexion, et la bronche et sa terminaison.

Chapitre III.

Du développement des poumons.

§ XXXVI. — Lorsqu'on soumet un fragment de poumon 'embryon d'agneau (long de 16 centimètres) à un grossisse-ient de 50 fois, on aperçoit un amas de lobules, chacun omposé d'un tube (bronche) principal, qui se divise et se ibdivise, comme les rameaux d'un arbre, pour se terminer i culs-de-sac. Ceux-ci, qui sont pour nous les utricules pri-itifs, vu leur signification ultérieure, sont suspendus à un idicule qui part d'une branche plus forte, et qui est une onche, comme cette dernière. Cependant, fréquemment s culs-de-sac montrent distinctement à leur surface une di-iion en deux ou trois lobes, indication des utricules qui nt se développer ultérieurement. Les bronches et leurs mifications sont entourées d'une masse grisâtre, qui est le istème des fibres élastiques, cellulaires et autres qui, plus rd, entourent le lobule. (Voy. fig. 5.)



G. 5. — Embryon d'agneau, long de 16 centimètres: *a*, bronche; *b*, cavités terminales avec ses utricules; *c*, matrice des tissus cellulaire, élastique, etc. Gross.: 50 fois.

§ XXXVII. — Quoique ces poumons soient encore très peu léveloppés, le centre du pédicule et de l'utricule cependant st déjà creux. (Voy. fig. 5, *a*.)

§ XXXVIII. — On aperçoit cette cavité centrale, dans le oumon frais, à un grossissement de 400 à 500 fois. On peut lors aussi étudier les éléments (corpuscules et cellules) qui omposent le parenchyme des culs-de-sac et l'épithélium qui evêt la surface des bronches. On trouve dans la cavité cen-rale une grande quantité de cette matière blanche amorphe ue nous avons signalée dans les tissus des animaux supé-ieurs. Cette substance se coagule quelquefois autour de haque corpuscule isolé, et produit ainsi, dans l'intérieur nême des bronches et des culs-de-sac, des apparences de ellules, dont un examen attentif démontrera la véritable na-ure indiquée.

§ XXXIX. — Dans l'embryon d'agneau, long de 32 cen-imètres, les lobules sont déjà loin de présenter cet aspect de implicité primitive que nous avons vu dans les poumons l'embryons plus jeunes. Chaque lobule est transformé en une uantité considérable d'utricules qui en recouvrent toute la urface. Probablement, cette multiplication des utricules a lieu ar le procédé que nous avons constaté précédemment dans es utricules, à savoir par subdivision. (Voyez notre *Anatomie microscopique*. Paris, 1857, t. II, p. 319.)

§ XL. — Avec les progrès du développement, le nombre des utricules devient plus considérable, la cavité centrale s'agrandit, l'épithélium et le parenchyme diminuent; de sorte qu'au moment de la naissance les poumons sont creux, recouverts, à l'intérieur des bronches seulement, d'une mince couche d'épithélium. Les utricules constituent la terminaison des bronches, en conservant leur forme primitive. C'est ce qui résulte des recherches que nous avons exposées et de celles qui vont suivre.

Chapitre IV.

Du rapport des cavités terminales avec les bronches.

§ XLI. — On saisira facilement ces rapports, si l'on a bien présent à l'esprit le mode de communication des cavités avec les bronches dans l'embryon, dans la grenouille et dans les oiseaux. Nous savons déjà que, dans la grenouille, la cavité terminale, qui est pariétale, communique directement avec la cavité centrale, représentant la bronche; nous savons aussi que, dans les plus jeunes embryons, la bronche se termine par une ou plusieurs cavités qui communiquent par conséquent directement avec ce conduit. Avec les progrès du développement, cette cavité, ou utricule primitif, voit se développer à sa surface de nouvelles cavités qui communiquent avec celle sur laquelle elles se sont développées, et conséquemment, par l'intermédiaire de celle-ci, avec la bronche. Ce type est conservé, quel que soit le nombre des cavités qui se développent successivement : nous arrivons ainsi à la naissance, ne voyant aucun changement essentiel s'introduire dans le rapport des cavités avec les bronches.

Nous retrouverons ce type dans le poumon des mammifères adultes; mais, auparavant, il sera utile de considérer la structure du poumon des oiseaux. Ces études compléteront aussi jusqu'à un certain point nos connaissances comparatives sur la structure des organes de la respiration.

§ XLII. — Dans les oiseaux, les bronches représentent des tuyaux longitudinaux qui communiquent avec un tissu spongieux situé entre les bronches. Ce qu'il importait de connaître, c'était la structure de ce tissu spongieux, afin de savoir si les éléments constitutifs des poumons des mammifères, à savoir les cavités et les utricules, s'y retrouveraient. Des injections gélatineuses, colorées, par exemple, avec le chromate de plomb, n'ont donné aucun résultat satisfaisant. On voyait l'injection dans les grosses bronches; cependant la structure du parenchyme intermédiaire est restée complétement incompréhensible.

§ XLIII. — Mais, en employant le mode de préparation suivi pour les poumons des mammifères, nous avons obtenu des résultats satisfaisants. Même à de faibles grossissements, on voit la cavité centrale de la bronche communiquer latéralement avec des cavités et vésicules dont la configuration est complétement analogue à celle observée dans les mammifères. On peut même constater ici, ce qui est difficile dans les mammifères, le rapport direct de la cavité pariétale avec la bronche. Cette cavité présente à sa surface l'ouverture de nouvelles cavités analogues à ce que nous avons vu dans l'embryon, et qui, à leur tour, communiquent avec d'autres cavités, pour se terminer par une cavité terminale pourvue de ses vésicules pariétales.

§ XLIV. — Lorsqu'on possède ces connaissances préalables, on pourra saisir, en examinant quelques-unes de nos préparations de poumons de mammifères, surtout celles qui proviennent de jeunes animaux, la communication directe de la bronche avec des cavités terminales pariétales. Ces diverses

cavités ne sont pas situées dans le même plan, comme nous l'avons dit précédemment; de sorte que la section passe tantôt à travers l'axe des unes, tantôt près de la paroi des autres. Dans ce dernier cas on ne voit, comme nous le savons, que les vésicules pariétales de la cavité.

§ XLV. — En résumé, les bronches se terminent directement dans des cavités terminales ou dans celles qui conduisent finalement à des cavités terminales. C'est le type de communication observé dans l'embryon et dans les oiseaux, et identique à celui qui existe dans les glandes composées entre le conduit excréteur et les utricules ou vésicules sécrétantes, par exemple dans les glandes de Brunner, dans les glandes mucipares de la muqueuse buccale, etc.

Pour démontrer plus facilement dans les mammifères cette communication, nous avons essayé d'injecter avec de la gélatine colorée quelques bronches seulement, tandis que le reste du poumon fut injecté avec de la gélatine blanche; mais ces essais n'ont pas réussi jusqu'à présent, par des raisons qu'il serait trop long d'exposer ici.

Chapitre V.

Des vaisseaux capillaires.

§ XLVI. — La plupart des auteurs qui se sont occupés des vaisseaux capillaires des poumons ont fait leurs recherches sur des poumons dont les bronches sont restées vides, dont l'artère pulmonaire a été injectée avec des matières colorantes, et qui ensuite, desséchés, ont été examinés à de faibles grossissements. Rarement on étudie ces préparations humides encore, immédiatement après l'injection. Les observateurs décrivent alors un réseau de vaisseaux capillaires très ténus, qui couvrirait toutes les alvéoles d'un lobule et communiquerait avec les capillaires des lobules voisins. Mais quel criterium les auteurs possèdent-ils pour prouver que les capillaires démontrés sont réellement les dernières ramifications des vaisseaux? Nous ne voyons pas dans leurs dessins la paroi utriculaire isolée et étalée; les recherches se font sur des préparations *opaques*, et l'observateur ne possède par conséquent aucun moyen de contrôle sur l'exactitude de son opinion. Il nous paraît donc nécessaire que les préparations se trouvent dans des conditions analogues à celles que nous avons vues indispensables pour l'étude de la terminaison des bronches, c'est-à-dire, il faut qu'elles soient transparentes et aptes à être examinées même avec de forts grossissements.

§ XLVII. — Nous avons donc fait ramollir des lamelles très minces de préparations, qui, examinées à sec, représentent les dessins donnés par les auteurs relativement aux capillaires. Une telle préparation, par exemple, est la suivante: Ayant laissé les bronches vides, nous avons injecté l'artère pulmonaire avec de la gélatine colorée par le plus fin vermillon de Chine. Une parcelle très mince de cette préparation fut mise dans la térébenthine pour la rendre transparente et examinée à un grossissement de 300 fois. Le résultat ne fut pas heureux : aucun vaisseau capillaire ne pouvait y être distingué.

§ XLVIII. — La même préparation a été ramollie dans l'eau : nous avons pu alors y apercevoir les capillaires qui rampent dans les espaces interutriculaires. Mais la surface des parois même était couverte d'une poussière de molécules de vermillon, résultat probable de la rupture des capillaires dont on ne voyait nulle trace sur la paroi.

§ XLIX. — Nous avons pensé que l'insuccès pouvait être attribué à ce que les parois utriculaires n'étaient pas étalées. Alors les bronches furent injectées avec de la gélatine blanche, l'artère avec de la gélatine colorée en rouge par le vermillon. Le poumon ainsi préparé fut desséché, puis une lamelle très mince ramollie dans l'eau et soumise à l'examen avec un grossissement de 65 fois. Les résultats furent plus nets que dans les préparations précédentes. On voyait les capillaires entourer les vésicules et les cavités ; mais le grossissement était trop faible pour révéler la distribution des capillaires sur les parois utriculaires mêmes.

§ L. — Un grossissement de 300 fois fut donc employé pour examiner cette même préparation, et alors nous avons pu nous convaincre de nouveau que l'injection n'avait pas pénétré dans les capillaires des parois : celles-ci étaient couvertes d'une poussière de molécules colorantes, mais nulle trace de vaisseaux n'était visible. Cependant ce même poumon, examiné à sec, à de faibles grossissements, représentait exactement les dessins donnés par les auteurs relativement à la distribution des capillaires. Il s'ensuit donc que les auteurs n'ont pas vu les dernières ramifications, puisque les parois utriculaires de ces préparations sont dépourvues de vaisseaux. Nous le pouvons en ramollissant le poumon et en lui rendant ainsi les dimensions naturelles qu'il possède dans l'inspiration. Nous savons, en effet, que le poumon injecté avec la gélatine, puis ramolli dans l'eau après avoir été desséché, se trouve dans la même condition qu'un poumon dilaté par l'inspiration. C'est dans cet état seulement, sur la paroi étalée, que l'observateur peut isoler les capillaires et étudier leur distribution. Nous voyons que le mode de préparation employé par les auteurs ne fait donc pas connaître les vaisseaux des parois, c'est-à-dire les capillaires des poumons.

§ LI. — Nous n'avons pas été plus heureux lorsque, par la coloration des vaisseaux, nous avons remplacé le vermillon par le bleu de Prusse. La plus grande ténuité des molécules nous avait fait espérer des résultats plus satisfaisants. Cependant ils ont été identiques aux précédents, que l'on examine ces préparations à de faibles grossissements (65 fois), soit à de plus forts (300 fois).

§ LII. — Aucune des préparations étudiées jusqu'à présent n'a pu nous éclairer sur les capillaires des parois. Afin de nous procurer à ce sujet quelques lumières qui pourraient nous guider dans nos recherches ultérieures, examinons la structure et la distribution des capillaires dans le poumon frais de la grenouille.

On sait que, chez la grenouille, les vaisseaux capillaires épais forment sur la paroi utriculaire un réseau dans lequel les globules sanguins se voient distinctement. Dans les mailles des capillaires on aperçoit les corpuscules déjà précédemment décrits (§ XXXIII). Ici nous sommes parfaitement sûr d'apercevoir les dernières ramifications, car la préparation est transparente; on n'a sous les yeux qu'une seule couche de capillaires, puisque la paroi est isolée et étalée; enfin, le grossissement de 300 à 400 fois est suffisant pour lever tous les doutes à ce sujet. Or, dans ces conditions, qui seules permettent de constater l'existence des capillaires, on voit dans chaque maille un corpuscule. Il nous paraît par conséquent nécessaire que, dans chaque préparation de vaisseaux injec-

tés sur la paroi étalée et transparente, à un grossissement de 400 ou 500 diamètres, on puisse apercevoir des corpuscules dans les mailles, c'est-à-dire que la préparation présente le même aspect que le tissu frais pris sur l'animal vivant. La présence du corpuscule devient donc pour nous un criterium pour juger de la perfection de l'injection.

§ LIII. — Nous avons vu que les préparations précédentes n'ont pas satisfait à ces exigences. L'insuccès pouvait être attribué à la nature des molécules colorantes qui déchireraient plutôt les capillaires qu'elles n'y pénètrent, à cause de leur dureté, de leur agglomération, etc. Nous avons donc pensé que des résultats plus satisfaisants pourraient être obtenus par une substance qui tiendrait en suspension des corpuscules colorés, élastiques, inaltérables par la chaleur modérée (puisqu'il s'agit d'employer la gélatine dissoute), d'une dimension appropriée aux plus petits vaisseaux, et qui ne s'agglomèrent pas par l'humidité. Or, il n'y a que le sang lui-même qui remplit toutes ces conditions.

§ LIV. — Mes premières expériences ont été faites avec du sang de bœuf défibriné, dans lequel j'ai fait dissoudre la gélatine. Cette matière colorante a servi pour l'injection des vaisseaux, et une solution gélatineuse incolore pour celle des bronches. Nulle extravasation n'a eu lieu; mais la matière colorante a été dissoute par l'eau de l'injection des bronches, même lorsque préalablement nous avions laissé se consolider complétement l'injection vasculaire. Alors toute la préparation était colorée uniformément en rouge, et nul vaisseau capillaire n'était distinct.

§ LV. — J'ai pensé alors à injecter les vaisseaux avec du sang seulement, qui aurait été coagulé par la réaction chimique d'une substance mélangée à l'injection gélatineuse des bronches, réaction qui s'opère avec une très grande facilité à travers les parois vasculaires. Mais les substances propres à cette expérience coagulent la gélatine, comme, par exemple, l'acétate de plomb, ou bien elles décolorent les globules sanguins, comme, par exemple, l'alun. J'étais donc obligé de renoncer à ce mode de préparation.

§ LVI. — J'ai eu alors recours à une de ces substances qui, mêlées au sang et à la solution gélatineuse des bronches, ne dissolvait pas la matière colorante des globules. Telles sont par exemple, le perchlorure de fer, le sulfate de soude, le sulfate de magnésie, le cuivre ammoniaco-sulfureux, le sulfate de zinc, le chlorure de sodium. Mais aucun de ces sels, à part le dernier, dont nous parlerons plus tard, n'a répondu à notre attente. En effet, les unes, comme le perchlorure de fer, le sulfate de zinc, coagulent l'albumine, épaississent le sang et le rendent par conséquent impropre aux injections; d'autres, comme le sulfate de soude et le sulfate de magnésie, dissolvent la matière colorante lorsqu'on chauffe pour dissoudre la gélatine. Le chlorure de sodium seul n'a présenté aucun de ces inconvénients : aussi me suis-je arrêté au mode de préparation suivant.

§ LVII. — Dans une solution peu concentrée de chlorure de sodium dans l'eau est dissoute la gélatine. Une portion de cette solution gélatineuse est mêlée au liquide sanguin (sang défibriné); elle sert à l'injection vasculaire, la portion incolore à celle des bronches. Mais il vaut mieux préparer l'injection vasculaire en faisant dissoudre directement la gélatine dans le sang, auquel on ajoute une faible quantité de chlorure de sodium. L'injection terminée, on fait dessécher le poumon, après l'avoir coupé en petits morceaux; puis on se procure une lamelle très mince pour l'examen microscopique.

De nouvelles difficultés se sont présentées lorsque nous avons voulu faire ramollir cette lamelle pour l'examiner au microscope. L'eau ne peut être employée, puisqu'elle dissout la matière colorante. Après de nombreuses tentatives, nous nous sommes arrêté à l'usage d'une faible solution d'acide hydrochlorique. Cependant, si la quantité d'acide est trop forte, elle dissout la gélatine; si elle est trop faible, les globules sanguins se décolorent. Mais, avec quelques tâtonnements, on se procure facilement la solution qui répond à toutes les exigences.

§ LVIII. — Dans ces préparations ramollies on voit maintenant distinctement non-seulement les vaisseaux capillaires qui entourent les vésicules et les cavités, mais aussi ceux qui se répandent sur la paroi utriculaire. Non-seulement de faibles grossissements, mais aussi de forts, de 500 à 600 diamètres, peuvent être employés. Avec ces derniers on aperçoit les capillaires former un réseau très élégant sur la paroi. Dans les mailles formées par les capillaires on aperçoit les corpuscules dont précédemment (chapitre II) nous avons eu souvent occasion de parler. Chaque corpuscule est entouré d'un anneau vasculaire. Nos préparations répondent conséquemment aux exigences posées précédemment (§ LII), et nul doute ne peut exister désormais sur le véritable caractère des vaisseaux observés.



Fig. 6. — Lapin. Vaisseaux capillaires de la paroi utriculaire : *a*, vaisseau; *b*, mailles du réseau, avec un ou deux corpuscules; *c*, vaisseau capillaire interutriculaire. Préparation transparente. Gross. : 300 fois.

§ LIX. — Nous n'avons pu constater des différences remarquables dans le diamètre des capillaires, qui varient de 0,005 à 0,015 millimètres, ni suivant l'âge, ni suivant le sexe. Cependant, la grandeur des corpuscules, et par là même celle des mailles, nous a paru s'augmenter avec l'âge et offrir des différences suivant les espèces : ainsi ils sont plus petits dans le lapin que dans la vache.

II.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 8 JUIN 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

PHYSIOLOGIE. — *Expériences qui prouvent qu'il ne se forme pas de sucre après la mort dans le foie des animaux ;* par M. *L. Figuier*. (Nous avons publié ce travail dans le dernier numéro.)

CHIMIE. — *Remarque sur la recherche toxicologique de l'arsenic ;* par M. le docteur *Blondlot* (de Nancy). (Voy. GAZETTE HEBD., 1857, p. 324.)

ANATOMIE. — *Nouvelle démonstration de la coalescence du métacarpien ou métatarsien du pouce avec la première phalange de ce même doigt ;* par MM. *Joly* et *Ladvocat*. Il résulte des recherches de ces auteurs que la pièce osseuse, généralement appelée *métacarpien* ou *métatarsien* du pouce chez l'homme et les autres mammifères, est réellement constituée par le métacarpien ou métatarsien, et aussi par la première phalange.

CHIRURGIE. — M. le docteur *Guillon* adresse une réclamation de priorité relative aux procédés de *stricturotomie*, qu'il croit avoir introduits le premier dans la pratique chirurgicale, et qui, suivant lui, ne diffèrent pas du procédé des incisions intra-uréthrales, employé et préconisé aujourd'hui par M. *Civiale*. (Renvoyé à M. Civiale, ainsi que la note adressée dans la précédente séance par M. *Heurteloup*.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 16 JUIN 1857. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté, après une réclamation de M. *Desportes*.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Un rapport de M. le docteur *Gremaud*, de Poligny (Jura), sur une épidémie de rougeole qui a régné dernièrement dans la commune de Montrond. — *b*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de Saône-et-Loire. (*Commission des épidémies*.) — *c*. Une demande à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter une source d'eau minérale récemment découverte à Blotzheim (Haut-Rhin). — *d*. Des rapports relatifs au service médical des établissements thermaux qui suivent : Saint-Alban (Loire), par M. le docteur *Gay ;* Uriage (Isère), par M. le docteur *Bernard ;* Castera-Verduzan (Gers), par M. le docteur *Mallet ;* Bains (Vosges), par M. le docteur *Bailly ;* Le Moustier (Hautes-Alpes), par M. le docteur *Chabrand ;* Vals et Neyrac (Ardèche), par MM. les docteurs *Ruelle* et *Tailhaud ;* Bilazais (Deux-Sèvres), par M. le docteur *Foucard ;* Euzet et Saint-Jean de Ceyrargues (Gard), par M. le docteur *Perrin ;* Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), par M. le docteur *Tellier ;* Vic-sur-Cère (Cantal), par M. le docteur *Cavaroc ;* Le Maska et Lavardens (Gers), par M. le docteur *Mautreyt*.

2° L'Académie reçoit : — *a*. Le tableau des vaccinations pratiquées dans la commune de Saint-Denys (île de la Réunion), par M. *Reydellet*, chirurgien de 1re classe de la marine, depuis le 10 février 1855 jusqu'au 31 décembre 1856. (*Commission de vaccine*.) — *b*. Une lettre de M. le professeur *Heyfelder* (d'Erlangen), accompagnant l'envoi de différentes pièces imprimées. — *c*. Un mémoire de M. le docteur *Beaupoil* (d'Ingrandes), intitulé : *Étude sur deux lésions chirurgicales du coude peu connues*. (*Comm. :* MM. Robert et Malgaigne.) — *d*. Un travail de MM. *Fowler* et *Préterre*, dentistes à Paris, contenant la description de pièces prothétiques adaptées à des malades ayant subi des opérations portant sur les maxillaires supérieur et inférieur. (*Comm. :* MM. Oudet, Gimelle et Malgaigne.) — *e*. Un mémoire sur la formation physiologique du sucre dans l'économie animale, par M. *Sanson*, chef des travaux chimiques de l'École vétérinaire de Toulouse. (*Comm. :* MM. Bouley, Poggiale et Longet.)

— M. *Figuier*, dans le but d'éviter l'interprétation inexacte de certains passages de la dernière lecture de M. *Bérard* qui sont relatifs à ses travaux sur la glycogénie, adresse une lettre dans laquelle il déclare qu'il n'a pas abjuré le fait, si souvent énoncé par lui, de l'existence du sucre dans le sang de la veine porte chez les animaux carnivores. Il répète et il maintient ce qu'il a fait connaître, déjà depuis longtemps, que le sang de la circulation générale contient un sucre qui n'entre pas directement en fermentation.

— M. *Barreswil*, de son côté, adresse une lettre dans laquelle il reconnaît que le réactif proposé par lui pour la recherche du sucre n'a pas une valeur absolue. C'est, dit l'auteur, un réactif comme tous ceux de la chimie, qui, dans certains cas déterminés, suffisent pour caractériser une substance, et qui, dans d'autres cas, ne sont qu'un indice important ayant besoin de confirmation.

— M. le *Secrétaire annuel* met sous les yeux de l'Académie un nouveau modèle de brisure appliqué particulièrement aux forceps et aux céphalotribes. Cette modification est destinée à rendre ces instruments plus portatifs et plus commodes pour l'accoucheur.

— M. le *Président* annonce que M. le docteur *Martius*, membre correspondant à Munich, assiste à la séance.

Lectures et Rapports.

REMÈDES NOUVEAUX. — M. *Robinet* donne lecture de deux rapports sur de prétendus spécifiques contre l'épilepsie. Les conclusions négatives de ces rapports sont adoptées sans discussion.

CHIRURGIE. — M. le docteur *François*, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Abbeville, lit une *observation relative à une opération de trachéotomie pratiquée pour combattre une asphyxie résultant de la compression de la trachée par le corps thyroïde hypertrophié*. — Le malade qui fait le sujet de cette observation est un enfant de treize ans qui portait, depuis environ trois ans, un goître parenchymateux. Cette tumeur avait résisté à un long traitement iodique et à l'emploi topique des fondants les plus efficaces. Au mois d'octobre 1856, elle provoqua chez le jeune Blondel tous les symptômes de la suffocation. M. François n'hésita pas à pratiquer la trachéotomie pour arracher le petit malade à une asphyxie imminente.

L'auteur de ce travail en donne lui-même le résumé dans les propositions suivantes :

« Dans un goître parenchymateux, lorsque la toux est rauque quoique la parole soit libre, il faut redouter l'asphyxie.

» Le son de voix normal, avec une respiration sifflante, indique une compression à la partie inférieure de la trachée, sans affection du larynx.

» Le volume extérieur de la tumeur n'est pas toujours en raison directe des accidents qu'elle peut déterminer ; il faut prendre garde de s'en laisser imposer par ce signe et redouter un développement profond.

» Quand le corps thyroïde hypertrophié comprime la trachée-artère et détermine une asphyxie promptement mortelle, tenter la trachéotomie à travers la tumeur, c'est à peu près tenter l'impossible.

» La laryngotomie, dans ce cas, est une mauvaise opération qui ne doit pas avoir de succès.

» Chercher la trachée-artère en renversant de haut en bas le corps thyroïde, c'est s'exposer à une hémorrhagie foudroyante, par la difficulté des ligatures et la dilatation énorme des vaisseaux.

» L'opération la plus rationnelle consiste à chercher la trachée derrière le sternum, à en suivre la direction avec le doigt, à isoler les deux lobes ; et, en admettant que ces deux lobes soient unis par un pont (ce qui n'est pas constant), la division de ce pont sera toujours plus facile et plus sûre que n'importe quelle opération.

» La canule ne doit être ni trop longue ni trop courte : trop courte, elle n'arrive pas jusqu'à l'obstacle ; trop longue, elle comprime la trachée par son extrémité inférieure, cause de la douleur, et rend, par un défaut de parallélisme, le passage de l'air difficile.

» Le collodion est le meilleur moyen pour maintenir la canule en place. » (*Comm. :* MM. Velpeau, Malgaigne, Nélaton.)

HYDROLOGIE MÉDICALE. — M. *Mialhe* donne lecture d'une *Note sur la présence de l'iode dans les eaux de Pougues*.

En faisant quelques recherches sur la composition des eaux de Pougues, M. Mialhe a constaté, parmi les principes minéralisa-

teurs, une quantité d'iode suffisante pour expliquer les résultats thérapeutiques que M. de Crozant a obtenus à Pougues dans le traitement des affections scrofuleuses et lymphatiques.

La présence de l'iode dans les eaux de Pougues donne donc le plus grand espoir de succès à l'excellente mesure que vient de prendre l'administration supérieure de la ville de Paris d'envoyer aux eaux de Pougues un certain nombre d'enfants scrofuleux.

Il avait été observé que, malgré les soins et les précautions employés, beaucoup de bouteilles semblaient se décomposer et prendre une odeur particulière que plusieurs personnes avaient même comparée à l'eau de Javelle.

M. Mialhe a cherché quelles pouvaient être les causes d'une semblable altération.

Ayant évaporé à une douce chaleur 400 grammes d'eau de Pougues, il a obtenu un résidu salin qui, traité par l'acide nitrique nitreux et l'amidon, a donné lieu à une coloration bleue très manifeste, qu'il a cru devoir rapporter à la présence de l'iode et à son action sur l'amidon.

Pour plus de certitude sur l'existence de l'iode dans les eaux de Pougues, M. Mialhe a traité 800 à 900 grammes (la valeur d'une bouteille) par le nitrate acide d'argent ; il s'est formé un précipité blanc de chlorure, d'iodure et peut-être de bromure d'argent qui, mélangé après dessiccation avec du cyanure d'argent et soumis à un courant de chlore sec, suivant le procédé de MM. O. Henry fils et Humbert, a produit des cristaux très évidents de cyanure d'iode.

« Dès lors, dit M. Mialhe, il m'a été possible de comprendre comment les eaux de Pougues pouvaient se décomposer et prendre une odeur particulière. Sous l'influence de l'oxygène de l'air, l'iodure alcalin se transforme en oxyde basique et en iode ; celui-ci reste en dissolution dans le liquide en lui communiquant son odeur et sa saveur caractéristiques.

» Par cette décomposition, les eaux de Pougues ne perdent probablement rien de leur vertu chimique ; mais elles éprouvent dans leur constitution physique une altération qui rend leur usage moins agréable et moins facile.

» Pour éviter ces inconvénients, il suffirait de préserver le liquide, autant que possible, du contact de l'air au moment de l'embouteillage et de remplir exactement les bouteilles.

» D'après ces faits, les eaux de Pougues doivent occuper une place spéciale dans la classe des eaux bicarbonatées, calcaires, magnésiennes et ferrugineuses ; de plus, elles nécessitent de nouvelles analyses tendant à démontrer quelle part peuvent avoir dans leur composition chimique les principes minéralisateurs, iode, brome, arsenic, etc., qui, dans ces derniers temps, ont été découverts dans un grand nombre d'eaux minérales. » (*Renvoyé à la Section de pharmacie.*)

Discussion sur les anesthésiques.

M. *J. Guérin*, après avoir rappelé succinctement les opinions qu'il a développées dans la première partie de son argumentation, après avoir donné une idée précise des expériences qui l'ont conduit à distinguer une asphyxie primitive ou mécanique et une asphyxie consécutive ou toxique, insiste sur cette assertion « que le chloroforme provoque très rarement l'asphyxie mécanique, et que les accidents produits par cet agent doivent être attribués surtout, et souvent uniquement, à l'asphyxie toxique. » C'est là un fait, ajoute M. Guérin, qui trouve sa démonstration non-seulement dans l'expérimentation sur les animaux, mais encore dans l'observation clinique.

Mes expériences, et l'analyse exacte des phénomènes qui se sont passés sous mes yeux, m'ont conduit à distinguer quatre genres de mort dans l'empoisonnement par le chloroforme, savoir : la sidération, la syncope, l'asphyxie toxique et l'intoxication chronique.

La sidération, c'est une mort très rapide survenant en une minute ou deux, quand on injecte au moins un gramme de chloroforme dans les veines d'un animal. Elle est produite par la suspension immédiate de l'action du cœur ou par la suppression des phénomènes respiratoires. Le plus ordinairement, c'est le cœur le premier qui cesse de battre. La suspension de la respiration, qui amène aussi la sidération, quand elle s'opère brusquement, s'observe plutôt à la suite de l'inhalation de très hautes doses d'anesthésique qu'à la suite de l'injection dans les veines.

Les troubles respiratoires, dans ce cas, doivent être attribués particulièrement à l'action stupéfiante du chloroforme sur les nerfs qui se distribuent aux muscles moteurs du thorax ; car il n'est pas douteux pour moi que, dans les premiers moments de cette immobilité de la cage thoracique, les phénomènes intimes de l'hématose doivent persister encore pendant quelques minutes, en vertu de l'oxygène de l'air antérieurement emmagasiné dans les vésicules pulmonaires. Aussi, quand la sidération survient de cette manière, n'est-elle pas fatalement suivie d'une terminaison funeste. La mort peut n'être qu'apparente et imminente, comme dans certains cas d'asphyxie ; et si l'on cesse d'administrer le chloroforme, on voit bientôt les parois du thorax se soulever, les muscles reprendre peu à peu leur activité, et la respiration se reproduire avec sa régularité normale.

L'intoxication lente ou chronique par le chloroforme se produit surtout quand on inocule en quelque sorte cet anesthésique, quand on l'administre par la méthode endermique. On observe alors différents troubles nerveux qui ne sont pas assez intenses pour amener subitement la mort, mais qui peuvent produire ce funeste résultat par la persistance ou la longue durée de leurs effets.

J'ai remarqué encore, et cela par de nombreux essais, que les accidents dus au chloroforme sont d'autant plus prompts et d'autant plus graves que cet agent est plus concentré et qu'il est administré à des doses plus considérables.

Mes observations, aussi bien que mes expériences, me conduisent donc tout naturellement à cette conclusion, que le chloroforme ne doit pas être administré d'une manière empirique, aveugle, purement arbitraire ; mais qu'il doit être soumis, au contraire, au dosage le plus rigoureux.

N'est-ce pas là, en effet, le grand principe qui guide tous les praticiens dans l'administration d'un médicament? Et pourquoi se départirait-on de cette importante règle pour les anesthésiques?

Invoquera-t-on l'instabilité du chloroforme et l'inconstance de ses effets? Dira-t-on que ceux-ci sont subordonnés au mode d'administration, à la quantité d'agent employée, à la forme de l'appareil d'inhalation, et surtout à l'individualité, à l'idiosyncrasie du sujet sur lequel on expérimente?

Sans doute, ce sont là autant de conditions qui doivent être prises en sérieuse considération dans l'emploi des anesthésiques. Je dirai même que le nœud de la question actuelle, le problème aujourd'hui débattu, sont tout entiers dans cette formule : Poser et arrêter toutes les conditions d'application du chloroforme, de manière à en régulariser l'administration et à écarter de son emploi jusqu'aux dernières chances de péril.

Déjà l'expérience a prononcé au sujet de la meilleure voie d'administration et relativement à la dose qu'on ne peut point dépasser sans danger.

Tous les praticiens conviennent que, de tous les procédés d'administration du chloroforme, l'inhalation est le plus rationnel.

Quant à la dose, je me suis assuré, par de nombreuses expériences sur des lapins et sur des chiens, qu'on ne pouvait pas impunément dépasser 8 grammes d'anesthésique.

La difficulté viendra donc des conditions qui se rattachent à l'individu même. Je crois qu'on a singulièrement exagéré l'obscurité qui naîtrait de ce point pour la question à résoudre. En effet, l'observation clinique a déjà répondu en partie à ce desideratum. Ne sait-on pas très bien aujourd'hui que le chloroforme est assez mal toléré par les sujets faibles, débilités, cacochymes ; par ceux qui sont atteints d'une maladie organique du cœur ou d'une lésion grave de l'appareil respiratoire ? On devra donc, pour ces sujets, user d'une grande réserve dans l'emploi des anesthésiques, et ne les administrer qu'avec toutes sortes de précautions.

Mais, indépendamment de ces dispositions morbides qu'il est facile de déterminer, il y a, dit-on, des dispositions physiologiques individuelles, des idiosyncrasies, qu'il n'est pas possible de prévoir, et qui font que tel individu est plus susceptible que tel autre à subir l'influence anesthésique. D'accord ; mais c'est ici que les appa-

reils deviennent d'un véritable secours, c'est ici que leur emploi est en quelque sorte indispensable. Mais quelle espèce d'appareil ?

Se servira-t-on d'une simple compresse imbibée de chloroforme, d'une éponge au fond d'un cornet de papier ? On a fait grand cas de ce moyen ; on a beaucoup exalté sa simplicité, la commodité de son emploi ; on a dit surtout qu'il avait sur les appareils spéciaux l'immense avantage de pouvoir se placer et s'enlever, se rapprocher et s'écarter au gré du chirurgien, ce qui permettait de mesurer, pour ainsi dire, la quantité de vapeurs anesthésiques administrées au malade.

Je veux bien que ce petit appareil offre toutes ces bonnes qualités entre les mains d'un médecin expérimenté et accoutumé à s'en servir ; mais est-ce le cas de la grande majorité des praticiens, et pense-t-on que celui qui manie rarement le chloroforme ait le même degré d'expérience et d'habileté que celui qui en fait un usage presque journalier ? Si l'éponge peut suffire à ceux-ci, je crois qu'elle peut être dangereuse entre des mains moins habiles. Et c'est ce qui me porte à déclarer, avec M. Devergie, qu'il serait d'une grande utilité pour les malades, et d'une haute importance pour la majeure partie des chirurgiens, de vulgariser l'emploi de certains appareils spéciaux d'inhalation.

Voici donc les règles qu'il me semble permis de poser maintenant pour l'administration convenable du chloroforme :

1° On se servira d'un appareil bien constitué qui permettra de graduer rigoureusement la dose de l'anesthésique à chaque instant de l'opération.

2° On fera sagement de commencer par une très petite dose de chloroforme pour palper la susceptibilité du sujet, et l'on augmentera graduellement sans jamais dépasser 8 grammes d'anesthésique.

Le chloroforme étendu, dilué, doit être préféré au chloroforme concentré, dont les effets sont plus dangereux et plus prompts à se produire.

3° Il faut avoir soin de laisser un accès facile à l'air pour que le sujet respire largement.

4° Selon les besoins, on suspendra ou l'on reprendra l'inhalation, on augmentera ou l'on affaiblira son activité.

Je me plais à le répéter, un appareil spécial, convenablement fait, est certainement bien plus propre qu'une compresse ou une éponge à remplir ces différentes indications. C'est un parti pris chez quelques personnes de rejeter les appareils et de se servir des instruments les plus simples, les plus élémentaires : on prétend que c'est là que brille la véritable habileté. Quant à moi, je soutiens que le progrès, en chirurgie comme dans l'industrie, se manifeste surtout dans la confection d'appareils ingénieux, bien imaginés, qui laissent à faire le moins possible à la main de l'artisan.

Pour terminer, messieurs, je me résumerai dans les trois propositions suivantes :

1° Le chloroforme doit être considéré comme un poison ;

2° Il exerce une action spéciale sur les centres nerveux, et le premier effet qu'il détermine, c'est l'anesthésie ;

3° Toutes les fois qu'on emploiera le chloroforme, on devra s'appliquer à ne produire que des phénomènes d'anesthésie, et ce n'est qu'au moyen d'appareils d'inhalation bien appropriés qu'on parviendra sûrement à ne pas dépasser cette limite, au delà de laquelle se manifestent les effets toxiques et les accidents mortels.

M. *J. Cloquet* : Les effets du chloroforme sont tellement variables, suivant les sujets, qu'il ne me paraît pas plus facile de les prévoir qu'il n'est aisé de calculer les effets de l'alcool sur différentes personnes. On voit des gens qui s'enivrent avec une faible quantité de vin ou d'eau-de-vie, tandis que d'autres résistent à de copieuses libations. De même pour les anesthésiques : tels s'endorment et sont rapidement frappés d'insensibilité après quelques aspirations de chloroforme, tandis que tels autres exigent des doses considérables d'anesthésique pour tomber en résolution. Chez les uns le sommeil est calme, chez d'autres il est agité et ressemble plus ou moins à un accès de délire. Enfin, il est des sujets qui reprennent assez promptement l'usage de leurs facultés et de leurs sens, tandis qu'il en est d'autres, vous le savez, qui passent l'anesthésie à la mort.

On prétend qu'il serait possible de remédier à tous ces incon[illegible] nients et de ramener à une condition unique, et toujours la mê[illegible] l'administration du chloroforme, au moyen de certains appar[illegible] spéciaux d'inhalation.

Je ne suis pas de cet avis, et pourtant j'ai inventé aussi un [illegible] pareil pour le chloroforme ; je crois même qu'il est meilleur q[illegible] la plupart des instruments du même genre (pardonnez-moi ce[illegible] faiblesse de père) ; cela ne m'empêche point de le trouver ma[illegible] aussi et de le proscrire avec les autres sans pitié. J'ai renoncé [illegible] son emploi depuis que j'ai vu que les appareils spéciaux prod[illegible] saient les accidents comme les autres moyens, et surtout dep[illegible] que j'ai reconnu qu'il était tout aussi sûr et infiniment plus commo[illegible] de se servir simplement d'une éponge imbibée de chloroforme renfermée dans un cornet de papier.

Quand on administre le chloroforme, il faut procéder avec le[illegible] teur, avec prudence, avec ménagements ; il faut tantôt éloigne[illegible] tantôt rapprocher le cornet, tantôt le laisser appliqué, tantôt [illegible] tenir écarté ; mais la chose essentielle, capitale, c'est de laiss[illegible] toujours pénétrer une quantité d'air suffisante pour que le mala[illegible] puisse respirer largement.

Si l'Académie venait à décider, contrairement à ce qu'ensei[illegible] l'expérience, qu'il est indispensable de se servir d'un appare[illegible] spécial, ce serait mettre à la merci des tribunaux les chirurgie[illegible] qui n'en feraient pas usage ; ce serait abdiquer entre les mains d[illegible] magistrats le droit de prononcer sur les faits d'intoxication, dro[illegible] qui a toujours appartenu au médecin légiste, et qui ne saurait ap[illegible] partenir qu'à lui seul.

Je crois que le plus souvent le chloroforme tue par l'excès d[illegible] son action anesthésique sur les nerfs dont l'influence est nécessai[illegible] à l'exercice de la vie. Mais j'admets aussi, avec M. Devergie, q[illegible] le malade peut mourir asphyxié si l'on n'a pas le soin de lai[illegible] entrer dans les poumons la quantité d'air nécessaire à sa respira[illegible] tion. Je félicite donc notre collègue d'avoir appelé l'attention d[illegible] l'Académie sur ce fait important : que, dans l'emploi du chloro[illegible] forme, l'asphyxie peut quelquefois unir son action nuisible à l'in[illegible] fluence toxique de cet agent et accroître ainsi les chances de mort ; mais je ne crois pas qu'il soit utile de recourir à l'emploi d'appa[illegible] reils spéciaux pour prévenir cet accident.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

CONSIDÉRATIONS SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DU DIABÈTE, par M. FAUCONNEAU-DUFRESNE.

J'ai désiré, messieurs, vous présenter des considérations sur u[illegible] sujet dont je m'occupe depuis assez longtemps, qui est on ne p[illegible] plus à l'ordre du jour, et dont l'intérêt, on pourrait le dire, est devenu palpitant.

Les recherches faites sur l'affection diabétique ont été, depuis quelques années, si étendues, si complexes, qu'on ne saurait même les esquisser dans une lecture. Il faut donc se restreindre, et j'ai choisi deux points qui sont particulièrement en litige : d'abord la nature et le siége de la glycosurie, ensuite les bases sur lesquelles on peut asseoir son traitement. Il y aurait, ce me semble, une grande opportunité à ouvrir une discussion sur ces questions. La découverte du sucre hépatique est venue porter une atteinte mortelle à deux théories qui se disputaient la prééminence, et voilà qu'à présent la doctrine de M. Cl. Bernard a elle-même à se défendre contre de terribles adversaires, parmi lesquels on remarque des expérimentateurs exercés, et surtout un illustre professeur, qui semble n'avoir recouvré la santé que pour s'efforcer d'arracher quelques fleurons d'une couronne tressée en même temps par l'Institut, la Sorbonne et le Collége de France.

Les anciens, qui n'avaient pas de connaissances en anatomie

pathologique, et qui ne voyaient que les symptômes offerts par le diabète, le rangeaient dans la classe des phthisies, laquelle comprenait toutes les maladies où l'on observe un dépérissement progressif. Lorsqu'on put ouvrir des cadavres, et qu'on y découvrit des lésions dans les reins et dans les poumons, on eut naturellement la pensée de considérer ces organes comme étant le siége de la maladie. Mais depuis Willis, qui le premier, en 1674, constata que l'urine était sucrée, et surtout depuis Cowley, qui en 1778 démontra et isola le sucre des urines, on dut s'attacher à trouver la cause de ce singulier phénomène.

Rollo, en 1797, supposa qu'une altération du suc gastrique changeait en sucre les matières végétales ingérées. Nicolas et Gueudeville, en 1803, mirent la cause de ce changement dans l'intestin; le chyle, au lieu de se former comme à l'ordinaire, était substitué, selon eux, par un principe moins bien élaboré, qui était la matière sucrée, impropre à entretenir complétement la nutrition.

On ignorait encore quelle était l'espèce de sucre qui existe dans l'urine des diabétiques, lorsque, en 1815, M. Chevreul vint démontrer que ce sucre était chimiquement analogue à celui qui résultait de la transformation de la fécule. Quelques années plus tard, MM. Tiedemann et Gmelin firent voir que, dans la digestion de la fécule, il se formait normalement du sucre dans l'intestin. Dès lors on ne pouvait plus regarder l'existence de cette substance comme provenant d'une altération dans les fonctions digestives.

Cependant M. Bouchardat renchérit sur ce fait. Les diabétiques, d'après lui, digèrent autrement la fécule que les personnes en santé. Il s'opère, chez eux, une transformation comparable à celle que l'on peut produire dans les laboratoires en mettant de la fécule en contact avec la diastase dans des circonstances convenables La soif de ces malades est en raison directe des aliments qu'ils ingèrent, et la quantité d'eau qui leur est nécessaire est égale à celle qu'il faut joindre à la diastase lorsqu'on veut convertir la fécule en glycose. On trouve du sucre dans les urines parce que, sous l'influence de la diastase sécrétée dans leur estomac, les aliments féculents ont été convertis, par l'eau bue en grande quantité, en une dissolution de glycose. Lorsque cette dissolution se fait rapidement, par suite d'une trop grande sécrétion de diastase, elle est absorbée en peu de temps, et transportée dans la grande circulation. Si la masse du sang contient une proportion de sucre supérieure à 5 grammes, ce principe, ne pouvant être dissous dans le sang, est alors éliminé par les reins. « Pour résumer, en quelques mots, ajoute M. Bouchardat, la comparaison entre les glycosuriques et les personnes en santé, nous devons dire : chez les premiers, la dissolution des féculents est rapide; Chez les secondes, elle est lente. Chez les premiers, elle s'effectue dans l'estomac, et la glycose qui en résulte est immédiatement transmise en grande quantité dans le sang; chez les secondes, elle s'opère principalement dans les intestins, et elle ne parvient dans la grande circulation qu'après avoir éprouvé dans le foie un utile ralentissement. »

M. Mialhe n'eut pas de peine à démontrer l'exagération de cette doctrine. Il fit voir d'abord que la transformation de la fécule en matière sucrée commence dans la bouche au moyen de la diastase salivaire. Ce fait est facile à constater : car, en prolongeant la mastication du pain, on peut reconnaître que le bol alimentaire qu'il forme devient sensiblement sucré. Revenant, du reste, à l'opinion de MM. Tiedemann et Gmelin, il considéra cette transformation dans les voies digestives comme un état normal, et établit que ce n'était qu'à cette condition que les substances amidonnées pouvaient devenir alimentaires. La matière sucrée joue un rôle important dans la nutrition; c'est au moyen de l'alcalinité du sang qu'elle s'assimile dans l'économie. Dans le diabète, cette assimilation n'a pas lieu, parce que le sang est devenu neutre ou acide. La matière sucrée, devenant alors un corps étranger, est rejetée par les glandes rénales. Nous reviendrons sur cette théorie, que son auteur n'a pas encore abandonnée.

L'état de la science en était là lorsque M. Cl. Bernard vint apprendre au monde savant, surpris et émerveillé, que le foie, dans les conditions physiologiques, fabriquait ou sécrétait du sucre; que ce phénomène existait indépendamment de l'usage des féculents, et qu'il était exclusivement propre au foie. Cette brillante découverte a jeté un si grand jour sur la nature et le siége de l'affection diabétique, qu'il nous paraît nécessaire de rappeler, d'une manière succincte, comment elle a eu lieu, et par quelles phases elle a passé.

On connaissait la production abondante de matière saccharine dans les végétaux et sa destruction incessante. On pensait que les substances alimentaires sucrées ou féculentes devaient être l'unique origine des principes sucrés qu'on trouve dans les fluides animaux. Cependant on était loin de s'expliquer la maladie connue sous le nom de *diabète sucré*. Ce fut par l'examen attentif des circonstances de cette affection que M. Bernard arriva à supposer qu'il pouvait y avoir dans l'organisme animal une autre source que les substances féculentes pour donner naissance à du sucre. Ses investigations le portèrent dès lors dans cette direction.

Ses premières recherches sur l'assimilation ou la destruction du sucre dans l'économie ont été consignées dans sa thèse inaugurale, soutenue à la Faculté de Paris le 7 décembre 1843. Il y démontre un fait qu'on ignorait alors : à savoir que le sucre de canne, ou sucre de la première espèce, ne peut être détruit directement dans le sang.

M. Bernard, ne pouvant expérimenter sur la production du sucre dans l'organisme, s'attacha à étudier la destruction. Pour cela, il suffisait d'introduire dans la circulation d'un animal bien portant une certaine quantité de matière sucrée, et de la poursuivre ensuite dans le sang, jusqu'au moment où elle en disparaîtrait. En déterminant de cette manière le tissu ou l'organe dans lequel s'opérerait cette disparition du sucre, on devait arriver à localiser l'agent assimilateur de cette substance ; puis cet agent ou cet organe étant connu, l'expérimentateur avait l'idée de l'étudier comparativement chez les animaux carnivores et herbivores, et ensuite de le supprimer, si cela était possible, afin d'essayer s'il pourrait réaliser artificiellement le diabète sucré, et parvenir à mettre en évidence une formation quelconque de matière saccharine dans l'organisme.

Tel était le plan d'expériences indirectes que M. Bernard avait imaginé pour arriver à découvrir s'il y avait ou non production de sucre dans les animaux sans l'intervention des aliments sucrés ou féculents ; mais il dut bientôt abandonner son premier point de vue, parce que la question d'un organe producteur du sucre, qu'il avait considérée comme la plus difficile à atteindre physiologiquement, se dévoila, au contraire, comme d'elle-même au début de ses recherches.

M. Bernard, voulant suivre dans les voies circulatoires la matière sucrée des aliments une fois qu'elle aurait été absorbée et transportée par le sang, d'abord dans le foie, puis dans les poumons et dans tous les autres tissus du corps, commença par soumettre un chien adulte à une alimentation très sucrée. L'animal fut sacrifié, pendant la période digestive, par la section du bulbe rachidien. Il fut facile de constater qu'il existait une grande quantité de sucre dans le sang des veines sus-hépatiques, à leur abouchement dans la veine cave inférieure. Ce résultat ne dut point étonner; il semblait seulement indiquer que le foie n'était pas l'agent destructeur du sucre, et que c'était plus loin que l'assimilation de ce principe s'opérait,

Toutefois il fallait vérifier l'exactitude de ce résultat par une contre-épreuve. Pour démontrer, en effet, que le sucre trouvé chez ce chien était bien celui provenant des aliments, il était nécessaire de prouver qu'il n'y avait point de sucre dans le sang des veines sus-hépatiques sur un autre chien nourri exclusivement avec de la viande ou avec d'autres substances dépourvues de matière sucrée. A cet effet, un nouveau chien, adulte et bien portant, fut nourri uniquement pendant sept jours avec de la tête de mouton cuite, et, au bout de ce temps, il fut sacrifié de la même manière et dans la même circonstance. Le sang des veines sus-hépatiques fut aussitôt recueilli. Mais la surprise de M. Bernard fut grande lorsqu'il vint à constater qu'il y avait dans ce sang des quantités considérables de sucre.

Ce résultat était trop important pour être accepté d'emblée. Les expériences furent recommencées, et leurs résultats ne varièrent nullement. Pour compléter la démonstration du fait qu'il venait d'observer, M. Bernard s'assura qu'il y avait beaucoup de matière

sucrée dans les liquides de l'estomac et des intestins des chiens nourris d'aliments sucrés, tandis que les liquides de l'estomac et des intestins de ces animaux, soumis au régime de la viande, n'en renfermaient aucune trace.

La constatation du sucre, chez les animaux qui ne mangent que de la viande, devenait l'indice d'une fonction productrice de matière sucrée dans l'organisme à l'état physiologique. Mais d'où venait ce sucre rencontré dans le sang des veines sus-hépatiques? Il n'était pas fourni par le canal intestinal, car les veines mésaraïques n'en contenaient pas; il ne venait pas non plus de la rate, puisqu'on n'en trouvait pas davantage dans la veine splénique. D'une autre part, le sang qui avait traversé le pancréas et les ganglions mésentériques en étaient également privés. La conclusion était forcée : il fallait bien reconnaître que c'était en traversant le tissu hépatique que le sang acquérait sa nature sucrée, et admettre qu'il y avait dans le foie une propriété particulière en vertu de laquelle le sucre se trouvait produit.

L'examen du tissu du foie donna, du reste, la raison surabondante des expériences. En faisant bouillir avec un peu d'eau du tissu hépatique provenant d'un chien nourri depuis quatorze jours exclusivement avec de la viande, M. Bernard obtint une décoction dans laquelle il était facile de démontrer la présence du glycose. Aucun autre tissu du corps, traité de la même manière, ne donna de matière sucrée. Il restait donc bien démontré que le sucre pouvait exister dans l'organisme indépendamment des aliments féculents, et, de plus, que le foie était un organe fabriquant du sucre.

Depuis l'année 1848, où M. Bernard publia ces premiers résultats, il a considérablement étendu ses observations et ses recherches sur cette fonction nouvelle. Il a fait voir qu'elle existait chez tous les animaux, et que, bien qu'on dût considérer la formation du sucre dans le foie comme un phénomène essentiellement chimique, il n'en fallait pas moins reconnaître qu'il ne pouvait s'accomplir sans l'influence nerveuse.

Vous comprendrez facilement, messieurs, que m'occupant depuis si longtemps du foie et de ses maladies, la découverte et les travaux de M. Bernard aient dû attirer de suite mon attention. Je me mis à suivre les cours qu'il faisait au Collége de France en remplacement de Magendie, lequel, n'ayant pas manqué d'apprécier dès le principe un élève destiné à lui faire un si grand honneur, saisissait avec empressement l'occasion de le mettre en évidence. En rendant compte de ces cours dans l'Union médicale, en 1849, j'émis l'opinion qu'il semblait résulter de la fonction glycogénique du foie, que cet organe devait être le siége du diabète. M. Bernard n'adoptait pas encore cette idée; mais bientôt il y est arrivé, et chaque jour l'étude qui se poursuit de toutes parts sur la production du sucre dans l'économie animale vient la confirmer. Elle paraît loin, toutefois, d'être partagée par la majorité des médecins, si j'en juge par les objections vives et nombreuses qu'elle a soulevées lorsque je l'ai récemment produite devant la Société d'hydrologie. Cette circonstance m'a décidé à vous soumettre les raisons qui viennent à l'appui de cette doctrine. Il me faut, pour cela, poursuivre l'exposé des faits relatifs à la glycosurie et mettre en regard les causes, les symptômes et les altérations qui concernent l'affection diabétique. Je réclame pour cette discussion votre bienveillante attention.

On a vu que la sécrétion du sucre ne pouvait s'accomplir sans l'influence nerveuse. Les phénomènes de sécrétion, en général, ne sont pas sous la dépendance de la volonté; ils se passent au sein des organes sans que le cerveau en ait conscience, bien que celui-ci soit le centre auquel ils se rapportent. Une impression venue du dehors agit sur un organe, est transmise par un nerf de sensation jusqu'au centre nerveux, et de là se propage, par un autre système de nerfs, à la glande dans laquelle s'accomplit l'acte sécrétoire. Dans la sécrétion sucrée du foie, le point de départ d'excitation est le poumon, qui reçoit incessamment l'impression de l'air extérieur; cette excitation, perçue par les extrémités nerveuses des nerfs pneumogastriques qui se distribuent aux bronches, est transmise à la moelle allongée, et de là elle se propage par la moelle épinière et par les filets du grand sympathique jusqu'au foie.

Cette action est dite *réflexe*, car le courant nerveux ne desc[illegible] pas le long des nerfs pneumogastriques, mais remonte vers le [illegible] cérébro-spinal. Si, en effet, après avoir coupé ces nerfs on p[illegible] une action galvanique sur le bout inférieur, il n'y a aucun eff[illegible] la sécrétion hépatique; si, au contraire, on excite le bout [illegible] rieur ou si l'on pique les éminences olivaires, la sécrétion, [illegible] pas été interrompue, peut devenir exagérée lorsque l'excitation [illegible] poussée assez loin.

La sécrétion de sucre dans le foie peut encore être [illegible] de plusieurs manières : par des inhalations d'éther, comme l'a f[illegible] M. Reynoso; en injectant dans une veine mésaraïque de l'[illegible] niaque ou de l'éther; en plaçant même dans l'intestin certa[illegible] topiques, tel que l'azotate d'uranium, ce qui a été obtenu p[illegible] M. Leconte.

Il est une autre cause dont l'action, tout en agissant sur l[illegible] porte en même temps sur tout le système glandulaire. Nous [illegible] lons parler de l'anéantissement des fonctions de la vie de r[illegible] en laissant subsister les fonctions nutritives. Il semble [illegible] celles-ci s'exagèrent d'autant plus que les autres ont dimin[illegible] toxication par le *curare* sert à démontrer cette indépendan[illegible] vie animale et de la vie organique. C'est en agissant sur le s[illegible] nerveux qu'il amène ce résultat. On peut y arriver aussi e[illegible] duisant artificiellement un épanchement au cerveau, par e[illegible] lorsqu'on fracture le crâne d'un chien à coups de marteau.

Si nous rapprochons de ces expérimentations les *causes* re[illegible] nues généralement pour déterminer le diabète, on pourra re[illegible] quer qu'elles agissent à peu près de la même manière que [illegible] dont nous venons de voir l'action sur l'exagération de la sé[illegible] sucrée du foie.

On a cité dernièrement le cas d'un individu qui avait re[illegible] l'hypochondre droit un coup de pied de cheval, et qui, à l[illegible] de cette blessure, avait présenté du sucre dans les urines. Ce [illegible] ptôme avait disparu avec la guérison de la contusion. C'est l[illegible] exemple d'excitation du foie par cause tout à fait externe. N[illegible] on pas trouver la raison du sucre constaté dans les urines d[illegible] leptiques, par M. Reynoso, dans l'excitation de la respiratio[illegible] moment des attaques qu'éprouvent les malades?

On sait qu'on a vu le diabète se développer à la suite de [illegible] sur la tête, de la commotion du cerveau. On reconnaîtra facilement [illegible] dans ces circonstances, un effet analogue à celui qui se produi[illegible] dans l'intoxication par le *curare*, et surtout une ressemblance [illegible] ce qui a lieu dans les blessures dont il a été question sur [illegible] chiens.

Si nous passons aux causes internes, nous trouvons que le dia-bète est souvent attribué à une habitation malsaine, à une mau-vaise nourriture, à l'abus des boissons fermentées, aux affec[illegible] morales tristes, à l'onanisme, à des maladies nerveuses, à des né-vroses et des lésions matérielles du système nerveux. Cette [illegible] même, M. Leudet a fait part à l'Institut de plusieurs cas de dia-bète développés dans ces dernières conditions.

Quel peut être le mode d'action de ces causes? Si l'on ne p[illegible] le comparer d'une manière absolue à ce qui résulte des expérien[illegible] au moins ne peut-on méconnaître une altération du système ner-veux, d'une part, et, d'autre part, un affaiblissement général p[illegible] vant mettre obstacle à la destruction du sucre sécrété.

Comment serait-il possible, d'après ce qui précède, d'expliq[illegible] la glycosurie constatée par M. Hippolyte Blot, chef de clinique d'accouchements de la Faculté de médecine, chez toutes les femmes en couches, chez toutes les nourrices, et chez la moitié environ des femmes enceintes? Cet état est bien physiologique; car il cesse dès qu'il survient un état morbide, et il reparaît avec le retour de la santé. Comme il est en rapport avec l'énergie de la sécrétion lactée, ne peut-on pas simplement le regarder comme une prédominance dans les fonctions nutritives, le foie étant reconnu aujourd'hui comme présidant en quelque sorte à ces fonctions?

Considérons maintenant la nature et le siége du diabète sous un autre point de vue, et voyons quelles relations existent entre la sécrétion normale du sucre et la symptomatologie de cette maladie.

Le foie d'un homme adulte contient ordinairement 23 ou 24

grammes de sucre. Ce sucre est absolument de même nature que celui que les diabétiques rendent dans leurs urines. Il est bien démontré aujourd'hui qu'une matière sucrée se forme incessamment dans le tissu hépatique aux dépens du sang charrié par la veine porte, et que cette matière n'est pas déposée, accumulée ni *condensée* dans le foie, comme l'avait prétendu M. Figuier; car, d'après de nouvelles expériences de M. Bernard, il existe dans cet organe une matière spéciale qui lui donne immédiatement naissance, qu'on peut extraire, et qui reproduit un nouveau sucre lorsqu'on a fait disparaître complétement le premier par des lavages prolongés.

La sécrétion du sucre dans le foie, quoique continue, est soumise à des oscillations fonctionnelles. Elle éprouve un abaissement dans l'état d'abstinence, et une sorte de recrudescence à chaque période digestive.

Lorsqu'on soumet les animaux à une *abstinence* complète, la matière sucrée diminue successivement, à mesure qu'on s'éloigne de l'époque de la dernière digestion; sa sécrétion finit par s'éteindre comme toutes les autres fonctions. Mais lorsque la *digestion*, particulièrement celle de l'intestin, s'accomplit, quelle que soit la nature de l'alimentation, la production du sucre dans le foie éprouve un surcroît d'activité. Cette activité s'élève graduellement: c'est quatre à cinq heures après le début de la digestion intestinale qu'elle est parvenue à son plus haut degré. Au bout de ce temps, l'absorption des sucs alimentaires se ralentissant, la formation du sucre diminue dans le foie, pour reprendre son activité après un autre repas.

Hors l'état de digestion, il y a équilibre entre la production et la destruction du sucre; celui-ci disparaît en entier par le mélange du sang hépatique avec le sang des veines caves, dans le cœur droit et à son entrée dans les poumons. Il en est encore de même durant les premières heures qui suivent l'ingestion alimentaire; mais ensuite la suractivité imprimée au foie amène un excès momentané de sucre dans l'organisme, et sa destruction devenant insuffisante, la matière sucrée passe dans le système artériel et même dans le veineux; on en rencontre dans la veine porte, sans qu'il y en ait dans l'intestin. Dans l'état physiologique, la matière sucrée est retenue dans le système circulatoire et ne va pas ordinairement jusqu'à passer d'une manière sensible dans l'urine ni dans les autres sécrétions.

Tous ces phénomènes ne peuvent être contestés, tant ils sont appuyés par des expériences nombreuses et décisives. Mais qu'en dehors de cette glycogénie hépatique permanente il existe encore dans toutes les parties du corps, comme une expérience récente de M. le professeur Bérard semble le faire soupçonner, une production de glycose qui retourne, par le système lymphatique, au centre circulatoire, la chose est possible; elle a besoin, toutefois, d'être vérifiée et controversée.

Nous avons dit, en commençant l'exposé de la sécrétion normale du foie, que son sucre était tout à fait de la même nature que celui qu'on trouve dans les urines des diabétiques. C'est là un fait capital et qui devait tout d'abord faire supposer que le diabète n'était qu'une déviation de cette sécrétion. C'est ainsi que j'ai cru devoir le considérer, quand il m'a fallu établir une classification pour mon *Précis des maladies du foie*; j'ai intitulé le chapitre IV: *Des perturbations dans ses sécrétions;* et après celles dans la sécrétion de la bile, constituées par la polycholie et l'oligocholie, j'ai placé les perturbations dans la sécrétion du sucre, son *augmentation* qui ne serait que le diabète, et sa *diminution* qu'on remarque dans un certain nombre de circonstances.

Ce même sucre, dont la quantité normale dans le foie d'un adulte n'est que de 23 à 24 grammes, lorsque la mort survient subitement, a été trouvé du poids de 57 grammes et demi chez un diabétique mort très rapidement d'une apoplexie pulmonaire, et dont le foie était, à la vérité, très hypertrophié. N'est-ce pas encore là un fait qui tend à faire localiser le diabète dans le foie? N'en sera-t-il pas de même de l'immense quantité de sucre que, dans cette maladie, on rencontre dans les urines, quantité qu'on a vue s'élever jusqu'à 140 grammes par litre, et qui ne peut évidemment venir que de la sécrétion exagérée ou pathologique du foie? Cette sécrétion alors est telle, que son produit s'échappe encore par diverses autres voies. Nous en dirons autant de l'existence, inhérente au foie, de cette matière spéciale qui donne naissance au sucre lorsque celui-ci a disparu entièrement de l'organe. Aucun autre tissu, ne jouissant d'une propriété analogue, ne pourrait être reconnu pour produire la matière sucrée du diabète.

L'étude physiologique de la glycosurie nous a montré qu'elle était soumise à des oscillations en rapport avec la fonction digestive. Il est remarquable que, dans certains cas, le *diabète est intermittent*, et que le sucre n'apparaît dans l'urine qu'au moment de la digestion, et disparaît dans l'intervalle des repas. Nous devons ajouter que cette forme finit ordinairement par aboutir au diabète continu; mais on peut néanmoins en induire une analogie entre l'état physiologique et l'état pathologique, et, par conséquent, trouver dans ce phénomène une nouvelle raison de reconnaître que le diabète a son siége dans le foie, et que sa véritable nature consiste dans une exagération de la sécrétion sucrée de cette glande. On a constaté aussi des *diabètes aigus*, des *diabètes périodiques*, lesquels avaient pour cause une influence morale, un excès dans l'alimentation. Ils disparaissaient d'eux-mêmes ou sous l'influence d'un traitement quelconque. A ces affections passagères on trouve une explication dans la suractivité imprimée au foie par la digestion, suractivité qui fait que le sucre n'est plus détruit avant les poumons, qu'il déborde dans les systèmes artériel et veineux, et dont l'effet, aidé d'une surexcitation nerveuse, peut aller jusqu'à produire son passage plus ou moins durable dans les urines.

Une objection à la thèse que je soutiens a été plusieurs fois présentée. On dit: Le sucre qu'on trouve dans l'urine n'est qu'un symptôme du diabète; il se montre dans d'autres affections, dans des circonstances même physiologiques; dans toute l'étendue des voies digestives, une matière organique spéciale a la propriété de faire du sucre avec les substances amylacées. On pourrait même ajouter, avec MM. Figuier et Bérard, qu'il peut se produire de la matière sucrée dans l'économie sous la seule influence d'une nourriture animale, et conclure de ces faits que la sécrétion du foie, qu'on ne peut contester, n'est qu'une manifestation accessoire; que tous nos tissus et même toutes nos humeurs pouvant produire de la matière sucrée et la détruire dans des conditions différentes, la nature du diabète est plus générale, et que cette maladie peut être comparée à celles qu'on désigne encore sous le nom d'*essentielles*.

Ces objections ont assurément leur valeur; mais un certain nombre d'entre elles ne sont pas prouvées, ou les preuves qu'on en donne ont besoin d'être confirmées par de nouvelles observations ou par des expériences contradictoires. Généralement, dans ces cas, la matière sucrée est en très faible quantité, et on ne peut les ranger dans la catégorie des diabètes, dans lesquels non-seulement le sucre est très abondant, mais se présente encore accompagné d'autres phénomènes caractéristiques. Il y aurait, du reste, à faire ici, pour le diabète, la distinction que M. Rayer a établie depuis longtemps pour la maladie de Bright, à savoir que l'albumine, qui caractérise spécialement les urines dans cette affection, se rencontre dans beaucoup d'autres circonstances qu'on ne saurait considérer comme des albuminuries.

Je n'ai pas encore terminé, messieurs, l'examen de la nature et du siége du diabète. Après avoir comparé les expérimentations et les phénomènes physiologiques avec les causes et les symptômes de cette maladie, il me reste à parler des lésions anatomiques qu'on trouve dans le foie des individus atteints de glycosurie, et à rechercher quelles relations elles peuvent avoir avec cette affection. Je vous demanderai la permission de traiter cette question dans une autre lecture, que je terminerai par des considérations sur les principes qui doivent diriger notre thérapeutique auprès de ces malades.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III.

BIBLIOGRAPHIE.

Researches on Pathological Anatomy and Clinical Surgery (*Recherches sur l'anatomie pathologique et sur la chirurgie clinique*), par M. J. SAMPSON GAMGEE. London and Paris, H. Baillière et J.-B. Baillière. 1856, un vol. in-8° de 246 pages.

Remarks on Vesico-Vaginal Fistule, etc. (*Remarques sur la fistule vésico-vaginale, avec un nouveau mode de suture et sept opérations suivies de succès*), par M. ROZEMAN, de Montgomery.

Ces deux opuscules, quoique de volume inégal, offrent un but commun et un même mérite. Entrepris en vue de répandre quelques données théoriques ou pratiques originales, ils sont écrits dans ce style simple, uni, exempt d'affectation comme d'amplification, dont la Grande-Bretagne nous donne l'incessant spectacle. Suivons-le donc en coupant court à tout préambule, et en nous bornant à l'énoncé des points les plus importants.

Parmi les sept à huit sujets traités par M. Gamgee, les *ruptures du cœur* occupent le premier rang. Ces ruptures, indépendamment des cas de plaie, sont plus fréquentes qu'on ne le croit. Un choc ou une forte pression sur la poitrine en sont l'agent ordinaire. Mais, selon M. Gamgee, le jet du sang opère concurremment avec la cause externe pour déterminer la déchirure. L'étendue et l'espèce de celle-ci sont quelquefois réglées par la contraction des fibres du cœur. Quant aux documents statistiques, la rupture occupe douze fois le cœur droit contre dix fois le gauche. Mais la disproportion est beaucoup plus forte si l'on précise davantage le siége, car l'on trouve huit ruptures du ventricule droit contre trois du ventricule gauche.

Sur la *gangrène sèche*, l'auteur se montre plus partisan des classifications anciennes que jaloux de faire entrer dans l'étiologie si obscure de cette affection les nouvelles notions révélées par l'état de l'appareil urinaire. Il note la proportion selon laquelle agissent soit la dégénérescence, soit l'inflammation des parois artérielles, fait remarquer que l'étendue de la mortification n'est pas toujours en rapport avec celle de la lésion vasculaire. Le même esprit préside à ses règles thérapeutiques, où il donne place, selon les cas, à la diète féculente ou aux aliments généreux, stimulants. Évidemment c'est là un sujet que la pathologie n'a pas encore éclairé, et sur lequel elle devrait peut-être se taire, tant qu'elle n'aura rien de plus précis à apporter.

M. Gamgee donne des indications moins vagues sur le *sarcoma cystique*, dans le cancer mammaire. Il déclare, d'après son observation, que la complication de kystes rend parfois très difficile le diagnostic entre les tumeurs bénignes ou malignes du sein. Malgré les commémoratifs et les caractères physiques, en dépit de la plus grande attention et d'une expérience consommée, il peut arriver qu'on ne parvienne point à déterminer la nature de ces tumeurs avant l'opération. Le microscope, dont la valeur ne fera qu'augmenter, empêche d'être trompé par l'apparence granuleuse des cellules cancéreuses, consécutive à la dégénérescence graisseuse de leur contenu. Enfin l'auteur énonce que la survenance de cancers secondaires, à la suite d'ablation d'une tumeur bénigne, lui paraît, quoi qu'on en ait dit, un fait impossible.

Apportant un jugement éclairé et calme sur le *traitement du cancer par le chlorure de brome*, il s'accorde avec tous les praticiens et avec toutes les expériences sur ces deux points : 1° que cette substance est un caustique puissant et capable de rendre de grands services ; 2° que son action spécifique contre le cancer n'a rien de supérieur à celle des autres caustiques. Et néanmoins il regrette certaines allusions offensantes dont M. Landolfi a été l'objet.

Je glisse sur le jugement, plus favorable en réalité qu'en apparence, que l'auteur porte sur la *syphilisation ;* ce sujet reviendra ailleurs sous notre plume avec plus d'intérêt pour le lecteur.

Glissant également sur le parallèle *entre la lithotritie et la lithotomie*, sur les *différents traitements des fractures des membres inférieurs*, sujets un peu épuisés aujourd'hui, nous aimons mieux signaler son dernier travail sur la *dégénérescence calcaire et osseuse du testicule et de ses dépendances chez l'homme et chez les animaux*. Avec une richesse précieuse de faits et une méthode lumineuse de rapprochement, il établit la différence et les causes présumables de ces altérations, suivant leur nature particulière et leur siége spécial ; montre qu'elles sont, selon les cas, tantôt un mode de guérison, tantôt une maladie réelle, tantôt enfin le résultat de l'évolution anormale d'un germe embryonnaire.

— Le travail de M. Rozeman a trait à un point plus pratique. Il s'y agit et il ne s'y agit que d'un perfectionnement apporté à l'opération de la fistule vésico-vaginale ; un mot suffira pour en faire comprendre le mécanisme et la portée. Après l'avivement et la suture ordinaires, le processus d'agglutination entre les surfaces rapprochées doit se passer sous le contact de l'urine : aussi reste-t-il souvent insuffisant, incomplet, partiel. M. Rozeman a imaginé une *suture à boutons*, dont l'avantage, outre la très exacte coaptation des bords avivés, serait de protéger le travail d'adhésion contre toute cause étrangère capable de le troubler.

Supposez deux plaques percées de trous pour laisser passer les fils de suture. Placez au fond du vagin ces deux plaques, de manière à ce qu'elles pressent entre elles les bords fistuleux avivés. Maintenez-les réunies par la suture à l'aide de fils métalliques, et le problème sera résolu.

Plusieurs opérations pratiquées d'après ce procédé, et suivies de succès, confirment, suivant l'auteur, ce que le jugement permettait d'attendre de la théorie. Néanmoins nous craignons qu'il ne soit plus rationnel qu'applicable. Faire, aux dépens de tissus engorgés, le pli nécessaire pour l'adossement des surfaces, paraîtra une œuvre le plus souvent très difficile, parfois à peu près impossible, à tous ceux qui savent à quel point le contact prolongé des urines modifie la souplesse et la ténuité des membranes sur lesquelles il s'agit, en ce cas, d'opérer. P. D.

ERRATUM. Dans la *note de M. Bérard* on a laissé glisser une erreur typographique qu'il importe de corriger. — Page 413, 5e ligne de cette note, au lieu de : *fréquente*, lisez : *piquante*.

IV.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Livres.

DES CHEMINS DE FER ET DE LEUR INFLUENCE SUR LA SANTÉ DES MÉCANICIENS ET DES CHAUFFEURS, par le docteur *E.-A. Duchesne*. 1 vol. in-12 de 292 pages. Paris, Mallet-Bachelier. 3 fr. 50

DÉCOUVERTE DES CAUSES PREMIÈRES ET FINALES, comprenant la circulation de l'électro-magnétisme, le principe des sciences et de l'art de vivre, de guérir, de rajeunir, par le docteur *Manent*. In-8 de 125 pages. Saint-Gaudens, Tajan.

DE LA MÉDICATION STUPÉFIANTE DANS LE TRAITEMENT DE LA FOLIE, par le docteur *Michéa*. 2e édition. In-8 de 112 pages. Paris, Labé. 3 fr

TRAITÉ DES MALADIES DE L'ŒIL, par *W. Mackenzie*. 4e édition traduite de l'anglais et augmentée de notes par les docteurs *E. Warlomont* et *A. Testelin*. Tome I, fasc. XI et XII et derniers. Prix des deux fascicules. 5 fr

L'ouvrage complet forme deux volumes grand in-8 compactes, contenant : le premier, VIII-862 pages et 96 figures ; le deuxième, LVIII-900 pages et 161 figures. Paris, Victor Masson. 30 fr

DIE HYSTERIE IN PATHOLOGISCHER AND THERAPEUTISCHER BEZIEHUNG (L'hystérie au point de vue de la pathologie et thérapeutique). In-8. Leipzig, chez Schäfer. 2 fr.

EXPERIENCES OF A CIVILIAN IN EASTERN MILITARY HOSPITALS, WITH OBSERVATIONS ON THE ENGLISH, FRENCH AND OTHER MEDICAL DEPARTMENTS AND THE ORGANIZATION OF MILITARY MEDICAL SCHOOLS AND HOSPITALS (Expériences d'un médecin civil dans les hôpitaux militaires), par *P. Pincoffs*. In-8 avec une carte. Londres, chez Williams and Norgate. 5 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. | PARIS, 26 JUIN 1857. | N° 26.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 25 juin 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : INHALATIONS ANESTHÉSIQUES AU POINT DE VUE DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

Un passage du discours de M. Larrey achève de le montrer, tout le monde avait gardé de la lecture de M. Devergie sur le rôle de l'asphyxie dans la mort par le chloroforme une impression qui ne s'accorde pas avec le texte publié. La manière dont l'orateur a rendu compte, en ce qui le concerne personnellement, de cette impression, a éveillé chez M. Devergie et fait éclater en de vives paroles une susceptibilité dont M. Larrey lui-même s'est empressé de reconnaître la justesse, et qu'il doit avoir apaisée par ses loyales explications. Il est bien entendu maintenant que M. Devergie n'a jamais attribué à l'asphyxie qu'un rôle très secondaire, un rôle exceptionnel, dans les effets funestes de l'anesthésie. A cet égard, nous nous en rapportons à sa parole plus encore qu'aux détails dans lesquels il a pris la peine d'entrer pour mettre hors de doute la fidélité du texte remis entre les mains du secrétaire perpétuel ; mais nous l'avons déjà dit, cette méprise universelle a cela de fâcheux pour l'honorable membre, qu'elle ne peut être redressée qu'à son détriment. Tant qu'elle subsistait, si elle avait pour lui l'inconvénient de lui prêter une erreur scientifique, elle avait l'avantage d'accommoder la proposition capitale de son mémoire avec la règle de pratique qu'il en déduit ; en s'évanouissant, au contraire, elle met à nu le désaccord qu'il y a entre l'attribution d'une si faible part de nocuité à l'asphyxie et le précepte de subordonner à cette exception la pratique entière de l'anesthésie : et c'est ainsi que M. Devergie n'échappe à l'erreur que pour tomber dans l'inconséquence.

Ces derniers mots expliquent toute la situation. Notre savant confrère, dominé par ses préoccupations habituelles, a cru pouvoir séparer la question médico-légale de la question chirurgicale. Il a fait ce raisonnement : L'asphyxie mécanique, par insuffisance d'air respirable, peut être un des effets de l'éthérisation, et, parmi les divers genres de mort que l'éthérisation peut amener, celui-là engage directement la responsabilité du chirurgien. Or, l'emploi de certains appareils, où l'entrée ouverte à l'air ne peut être ni augmentée ni diminuée à volonté, est un moyen sûr de prévenir l'asphyxie mécanique, ou tout au moins d'en décharger le chirurgien aux yeux du magistrat ; donc, il faut généraliser l'emploi des appareils à ouverture fixe et invariable pour l'entrée de l'air. Mais il est clair que la question ainsi posée, outre les objections dont elle est passible pour son propre compte, en soulève beaucoup d'autres dont la solution n'importe pas moins à l'appréciation comparative des divers modes d'éthérisation. L'emploi des appareils est une pratique qu'on rejette ou qu'on adopte, non par un motif unique, mais d'après un ensemble de considérations diverses, souvent même opposées, celles-ci tirant dans un sens, celles-là dans un autre, et que le praticien rapproche et pèse dans son esprit, pour en déduire une règle de conduite, sinon absolument parfaite, du moins la meilleure possible. Il n'en est pas autrement de la pratique de l'anesthésie que de la médecine opératoire tout entière, de la thérapeutique interne et externe, et des actes ordinaires de la vie ; et il pourrait se faire, par exemple, que les appareils fussent bons pour éviter l'asphyxie, et dussent être néanmoins rejetés comme sujets à de sérieux inconvénients.

Il suit de là que deux questions sont pendantes à l'Académie. L'une, arbitrairement circonscrite par M. Devergie, mais que rien n'empêche de discuter telle quelle, est la suivante : *Quelle est la part de l'asphyxie dans les accidents produits par le chloroforme? L'asphyxie sera-t-elle plus aisément évitée par l'usage de certains appareils que par celui du mouchoir, de la charpie ou de l'éponge?* L'autre question, dérivée de la première, est celle de savoir si, *tout considéré*, l'emploi des appareils doit être généralisé dans la pratique de l'éthérisation.

Si l'on s'en tient, comme nous en avons aujourd'hui l'intention, au point de vue exclusif de l'auteur, un peu de réflexion

montre que l'asphyxie mécanique seule est directement en cause. M. Devergie introduit, il est vrai, dans sa thèse, une asphyxie qui résulterait de la *paralysie des muscles respiratoires* par suite d'une *éthérisation trop prolongée;* mais, sous le rapport de la responsabilité médicale, qui inspire tout le travail de notre confrère, ce genre de mort n'est pas plus ni autrement significatif que la mort par syncope ou par empoisonnement. C'est une explication, une théorie ; rien de plus. A supposer la théorie vraie, elle deviendrait une funeste réalité tout aussi bien avec un appareil qu'avec une éponge ; car l'éthérisation prolongée est de tous les procédés ; et l'emploi d'un appareil, pour les cas de ce genre, si elle devait exercer l'influence qu'on croit sur les appréciations de la justice, aurait pour résultat de faire absoudre celui qui, par des inhalations trop longtemps continuées, aurait *paralysé les muscles respiratoires*, tandis que, d'un autre côté, l'on condamnerait, pour asphyxie par imprudence, celui dont le tort aurait été de se servir d'un simple mouchoir.

Il s'agit donc seulement de savoir si la mort par asphyxie mécanique doit figurer parmi les accidents dus à l'éthérisation. En fait, on est parfaitement fondé à en douter : car, ainsi que l'ont rappelé MM. Cazeaux, Velpeau, Larrey, il est notoire que, dans la plupart des cas malheureux, c'est seulement après quelques inhalations que les accidents se sont déclarés. Dans d'autres cas, la mort est survenue inopinément, quatre, cinq, six, dix heures après la cessation complète de l'anesthésie, quand depuis longtemps l'opéré respirait l'air atmosphérique à pleins poumons. Il est difficile de croire que l'éthérisation n'y a été pour rien. Et, pour le dire en passant, chez plusieurs de ces individus, on a trouvé les poumons et les cavités droites gorgés de sang noir, ce qui prouve que ces circonstances anatomiques ne suffisent pas à caractériser l'asphyxie ; car, ni pendant l'éthérisation, ni après, il n'avait existé aucun symptôme de cet état morbide. Théoriquement, nous sommes disposé à croire avec M. Maisonneuve, avec M. Robert et d'autres chirurgiens, à la *possibilité* de la mort par asphyxie. Mais, en même temps, nous insistons sur cette remarque, que les menaces d'asphyxie, quand elles ont été observées, se liaient à des circonstances telles que l'emploi d'appareils n'y eût rien changé. Tantôt ce sont de violentes contractions spasmodiques des muscles de la poitrine qui gênent notablement la respiration ; tantôt ce sont les malades eux-mêmes, comme l'a rappelé M. Larrey, qui, par peur, par dégoût des vapeurs anesthésiques, quelquefois par inintelligence, règlent mal leur respiration, la suspendent pendant longtemps et troublent assez l'hématose pour ajouter notablement aux dangers naturels de l'éthérisation. En dehors de ces conditions, il faudrait vraiment obturer à plaisir la bouche et les narines pour amener, avec l'éponge ou le mouchoir, l'asphyxie par insuffisance d'air respirable. Quelle proportion d'oxygène absorbent les poumons dans la respiration normale ? Moins d'un quart du volume introduit ! Croit-on qu'il n'en passe pas une proportion égale avec les vapeurs chloroformiques qui se dégagent de l'éponge ? Et, dans les fumigations pulmonaires qu'on emploie journellement et où les malades placent la bouche et les narines au-dessus d'une vapeur épaisse, coercée par une étoffe imperméable, comme de la toile gommée, est-ce que le peu d'air qui passe sur les côtés du vase et par les sillons naso-labiaux ne suffit pas à l'entretien régulier de la respiration ? Non ; dans l'éthérisation avec le mouchoir ou l'éponge, si des symptômes d'asphyxie se sont montrés quelquefois, sans spasmes des muscles respiratoires et avec un accomplissement régulier des mouvements thoraciques, c'est que l'anesthésique exerçait déjà sur l'hématose cette action inconnue qui rend le sang noir, et que M. Wanner vient précisément d'étudier pour ce qui concerne l'acide carbonique ; — à moins, nous le répétons, que les voies respiratoires n'aient été presque oblitérées. Mais cela peut arriver, dira M. Devergie ! Soit. Il est certain (et c'est seulement dans l'étroite limite de cette supposition que la proposition de notre confrère est admissible), il est certain qu'un appareil où l'air entrera par une ouverture permanente ne permettrait pas même à qui voudrait l'entreprendre d'empêcher l'air d'arriver aux poumons ; mais c'est ici que se présente la seconde question, celle de savoir si la préoccupation d'une maladresse insigne et, par cela même, très rare, doit dominer toute la pratique de l'anesthésie chirurgicale. C'est ce que nous examinerons dans le prochain article, en nous aidant de l'excellent discours de M. Larrey, dont la copie malheureusement n'a pas été laissée au secrétariat (inadvertance semblable à celle qui venait d'être reprochée à M. Devergie) et que nous ne pouvons dès lors reproduire dans ce numéro.

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA SCARLATINE. Leçon faite à la clinique de la Faculté de médecine de Paris, par M. TROUSSEAU.

(Suite. — Voir les numéros 24 et 25.)

Dans quelques circonstances, vers la fin de la scarlatine, vers le déclin de son éruption, il arrive du côté du cou, ou ailleurs, d'autres accidents : ce sont les *bubons scarlatineux*.

Toutes les maladies pestilentielles s'accompagnent de bubons. La fièvre putride a ses bubons mésentériques, car, vous le savez, vers le neuvième ou dixième jour de cette maladie, les ganglions mésentériques peuvent avoir le volume d'un œuf de pigeon et même davantage. La scarlatine, qui est aussi une maladie pestilentielle, a donc ses bubons ; ceux-ci occupent la région cervicale, les lésions qui en déterminent l'évolution siégent dans la gorge. Dès le début de la maladie, vous constatez l'existence des engorgements ganglionnaires sur les parties latérales du cou et aux angles de la mâchoire. Quelquefois, vers le dixième ou douzième jour, indépendamment des désordres produits par cette forme grave de l'angine dont je vous parlais tout à l'heure, il survient une inflammation subite de ces ganglions cervicaux : la peau rougit, se tend, et en quatre, cinq, six jours, il s'est formé un vaste phlegmon. Si on l'ouvre, on trouve du pus, et quelquefois le tissu cellulaire qui enveloppe les ganglions est sphacélé. Je me rappelle un jeune garçon de quatorze ans, chez lequel cette gangrène fut telle, que le cou fut disséqué comme par un phlegmon diffus, et l'on voyait les carotides battre au fond de l'effroyable plaie qui s'était produite ; le malade guérit, mais il garda une triste difformité. Graves rapporte un cas identique avec celui-là.

Les lésions peuvent se manifester dans d'autres régions du corps, là même où n'existent pas de ganglions, là où du moins ceux-ci ne paraissent pas avoir été le point de départ des accidents. Chez le jeune garçon dont il vient d'être question, indépendamment du phlegmon du cou, survenait, au

dixième jour de la scarlatine, un phlegmon diffus de la jambe qui détermina un raccourcissement considérable des tendons et laissa le malade boiteux, au point que cette infirmité le fit réformer lorsque, six ou sept ans plus tard, il tira à la conscription.

Outre ces engorgements ganglionnaires aigus, outre ces phlegmons diffus du tissu cellulaire, la scarlatine peut encore donner lieu à des *engorgements ganglionnaires chroniques* Chez des enfants qui ne sont en aucune façon scrofuleux, vous pourrez voir, à la suite de la scarlatine, des engorgements chroniques qui ont débuté avec la maladie et qui persistent encore deux, trois, quatre mois après la guérison. Chez les enfants scrofuleux, ces engorgements se terminent souvent par des ulcérations scrofuleuses.

Les *urines*, dans la période d'éruption de la scarlatine, sont quelquefois *sanglantes* et souvent *albumineuses*. On a évalué, que dans cette période des scarlatines graves, l'albuminurie se rencontrait une fois sur trois. Vous savez que cette altération des urines s'observe fréquemment aussi dans la fièvre typhoïde, dans l'érysipèle, dans la variole, dans d'autres affections. Toutefois, bien que fréquente dans la période aiguë de la scarlatine, l'albuminurie ne constitue pas alors un accident très différent de l'albuminurie qui s'observe, plus rarement il est vrai, dans les autres affections que nous venons de signaler.

Il est un autre accident qui se rencontre encore dans la période aiguë de la scarlatine, c'est le *rhumatisme*. Le rhumatisme scarlatineux est un accident très commun, mais comme il ne se traduit pas par les symptômes généraux du rhumatisme ordinaire, comme il reste borné, dans le plus grand nombre des cas, à trois ou quatre articulations, principalement à celles du poignet, il est souvent méconnu. Toutefois, en interrogeant soigneusement les malades, en examinant attentivement leurs articulations, en exerçant sur elles une certaine pression, on constate peut-être dans un tiers des cas des douleurs articulaires. Ceci est important, car dans le décours de la maladie, vous verrez souvent se manifester des accidents aigus du côté des jointures, des arthrites généralisées, et fréquemment aussi des péricardites, des endocardites, affections sur lesquelles M. le docteur Thore (de Sceaux) a publié récemment d'excellents travaux, affections déjà indiquées par Graves, que j'ai observées moi-même et qui me paraissent être de nature rhumatismale. Ces accidents rhumatismaux ont souvent aussi pour conséquence une autre maladie, *la chorée*, qui survient chez les jeunes enfants.

La desquamation commence au dixième ou quinzième jour; elle peut n'être terminée qu'après soixante ou soixante-dix jours, comme nous en avons maintenant même un exemple au numéro 7 de la salle des femmes. C'est au col, à la poitrine, qu'elle se montre d'abord, puis sur les membres, sur le dos des mains, puis à la paume des mains, en dernier lieu à la plante des pieds.

Sur le corps cette desquamation se présente avec des caractères tout particuliers, mais qui sont plus caractéristiques encore aux mains et aux pieds; sur le tronc ce sont des squames assez larges, qui souvent n'ont pas plus de 2 ou 3 millimètres de largeur, qui d'autres fois peuvent avoir un centimètre, un centimètre et demi, deux centimètres. Sur les bras, sur les jambes, là où l'épiderme est un peu plus épais, elles peuvent avoir 4 ou 5 centimètres : on peut enlever l'épiderme par larges bandes, comme à la suite des érysipèles et des phlegmons; mais jamais cette desquamation n'a la forme furfuracée de la desquamation morbilleuse. Dans la rougeole, ces furfures sont tellement petits qu'on est obligé d'y regarder de près pour les voir, que souvent même on ne les voit qu'à la condition de brosser, pour ainsi dire, la peau des malades avec la manche de son habit pour recueillir de cette façon la poussière fine que ces furfures produisent. Aux mains et aux pieds, la desquamation scarlatineuse a des apparences tellement tranchées, qu'il est impossible de la méconnaître. Là, l'épiderme s'enlève par lambeaux énormes, ressemblant à des morceaux de gant. La desquamation des pieds est la plus lente à se faire; en quelques cas, les ongles qui sont, vous le savez, une production épidermique, les ongles tombent. Le fait est rare, mais il a été observé, et Graves en rapporte un cas.

Il nous reste maintenant à étudier la scarlatine, d'une part, dans les accidents qui surviennent pendant sa période de décroissance, d'autre part, dans ses formes élémentaires, c'est-à-dire dans les formes qu'elle revêt lorsqu'elle cesse de présenter ses caractères habituels, lorsqu'elle est si défigurée, qu'à moins d'une extrême attention il est, en beaucoup de cas, impossible de la reconnaître. Cette partie de l'histoire de la scarlatine est, à coup sûr, la plus importante à étudier, moins encore au point de vue nosologique qu'au point de vue pratique.

De ces accidents, les uns peuvent être considérés comme immédiats, les autres comme médiats, arrivant beaucoup plus tard.

Les premiers sont les *accidents nerveux*. Un individu guérit de la scarlatine, il est en convalescence, vous n'avez plus aucune inquiétude, lorsque tout à coup des vomissements surviennent semblables à ceux du début; avec ces vomissements du délire, une épouvantable agitation, une grande fréquence du pouls, et le malade succombe dans le coma ou avec des accidents convulsifs. Cependant il n'y a pas d'anasarque, pas d'albuminurie, pas d'hématurie, rien qui puisse expliquer ces phénomènes. Et ces accidents se montrent non-seulement chez les enfants, mais encore chez les adultes. Ces accidents survenant dans le décours de la maladie ont, vous le voyez, une signification bien autrement terrible qu'ils n'en avaient dans la première période, et cependant alors ils étaient déjà très graves. Je ne saurais donc trop vous dire que, dans la scarlatine, vous ne devrez regarder vos malades comme guéris, que longtemps après la cessation des derniers phénomènes morbides. Il n'est pas de maladie qui décontenance plus le médecin, il n'en est pas dans laquelle on soit plus sujet à tomber dans des erreurs de pronostic, et ces erreurs sont inévitables. La fièvre est éteinte, il ne reste plus que quelques accidents fort légers en apparence; vous annoncez la guérison, et cependant le mal est encore redoutable: il va tuer le malade avec une extrême rapidité, alors que rien ne pouvait le faire prévoir.

Parmi les phénomènes immédiats de cette période de décroissance, se produisant pendant la desquamation, l'*anasarque* est un de ceux qui méritent le plus de fixer votre attention.

Cet accident survient, non pas dans la forme la plus grave, mais plutôt peut-être dans la forme moyenne de la scarlatine. Il arrive chez les convalescents, non-seulement lorsque ceux-ci se sont exposés au froid, lorsqu'ils ont commis quelque imprudence, quelque écart de régime, mais alors même qu'ils sont restés entourés des soins les mieux entendus, de la plus constante sollicitude.

L'anasarque arrive ordinairement d'une manière soudaine; elle envahit la face, tout le reste du corps, et, dans quelques

cas, elle est si considérable, qu'un enfant, par exemple, que la veille encore vous aviez laissé maigre, chétif, vous apparaît le lendemain comme obèse en raison de l'énorme bouffissure qu'il présente. Cette bouffissure atteint en vingt-quatre heures son summum d'intensité, elle est universelle et dans une proportion que vous retrouverez rarement dans les anasarques consécutives aux maladies organiques du cœur ou à la maladie de Bright. En d'autres cas, au contraire, l'anasarque est très peu prononcée et reste limitée au visage, aux extrémités; mais elle s'accompagne d'une pâleur remarquable des téguments, et presque toujours elle a été précédée ou elle est accompagnée d'hématurie.

L'*hématurie* est un accident, en effet, très commun dans la scarlatine, bien que fréquemment il reste méconnu. Si le sang est pur, s'il n'est que légèrement altéré par son mélange avec les acides de l'urine, qui prend alors une coloration noire, cette hématurie est reconnue et indiquée par les parents; elle ne l'est pas lorsque, la sécrétion sanglante étant peu considérable, les urines restent colorées en rose; la coloration des urines sanglantes peut être aussi verdâtre comme le petit-lait, coloration essentiellement différente de celle des urines de la maladie de Bright, de toutes les autres urines d'ailleurs. Dans les premiers jours, le pissement de sang peut être assez considérable pour que les urines puissent déposer au fond du vase à expérience des globules sanguins qui forment un précipité de un et deux centimètres de hauteur. L'urine ressemble alors à une solution fortement chargée de ratanhia; à mesure que l'affection marche, l'urine prend les colorations que nous avons indiquées, mais on peut encore reconnaître la présence du sang, d'une part, aux globules altérés que l'on trouve adhérents aux parois du verre, d'autre part, à la quantité énorme d'albumine contenue dans l'urine. Ce n'est plus, lorsqu'on chauffe celle-ci ou qu'on l'a traitée par l'acide nitrique, une albumine blanche comme celle de la maladie de Bright que l'on obtient, mais une albumine brunâtre ou légèrement foncée en couleur, analogue à celle de l'albuminurie aiguë.

Le plus ordinairement les enfants guérissent à l'aide de soins hygiéniques faciles à donner; mais, en d'autres cas, malgré ces soins, l'anasarque, lorsqu'elle est considérable et qu'elle est survenue rapidement, enlève les malades en déterminant des accidents variés dont je veux vous entretenir.

Tantôt les individus accusent tout à coup un violent mal de tête accompagné de troubles de la vue : il faut alors craindre les *convulsions*. Il faut être prévenu de ce fait, car d'une part, il est important d'instruire les familles de ce qui va arriver, et, d'autre part, on peut, dans quelques circonstances, parer à ces accidents. Tenir la tête élevée, faire mettre les jambes pendantes sur le bord du lit, administrer des purgatifs un peu énergiques, sont des moyens efficacement employés alors. Mais le plus généralement les attaques convulsives surviennent, quoi qu'on fasse et tuent quelquefois immédiatement; dans d'autres cas, elles se reproduisent avec rapidité à des intervalles d'une heure et demie, d'une heure, d'une demi-heure : elles sont presque continues; l'une est à peine terminée que l'autre commence, et le malade succombe dans la stupeur et le coma, à moins qu'une médication énergique n'intervienne.

D'autres fois l'anasarque gagne les parties profondes. Je l'ai vue frapper le voile du palais, la luette, l'épiglotte, les ligaments arythéno-épiglottiques, et chez l'enfant qui présenta ces lésions survinrent immédiatement les accidents de l'*œdème de la glotte;* il ne dut la vie qu'à une énergique cautérisation pratiquée à la partie supérieure du larynx. Les faits d'individus enlevés par un œdème de la glotte dans l'anasarque scarlatineuse ne sont pas très rares; la mort survient d'autant plus facilement que, la gorge ayant été touchée par l'inflammation, cette inflammation a pu s'étendre aux ligaments arythéno-épiglottiques, et que la tuméfaction déterminée par l'œdème s'est surajoutée au gonflement consécutif à la phlegmasie antécédente.

Il est d'autres accidents du décours de la scarlatine bien moins connus, bien qu'ils commencent à l'être un peu plus qu'autrefois: je veux parler des pleurésies malignes, des péricardites et du rhumatisme.

Lorsqu'il est question de maladies éruptives, on dit que la rougeole invite aux affections thoraciques; le fait est vrai, car la rougeole s'attaque d'abord et avant tout aux bronches; elle s'y déclare avant de se manifester à la peau, comme la scarlatine se manifeste par l'angine pharygée avant de faire éruption à la peau. Le premier accident de la fièvre morbilleuse, c'est le catarrhe pulmonaire, et l'on comprend dès lors comment, ce catarrhe pouvant être porté au delà du degré qu'il prend ordinairement, les phlegmasies du poumon se produisent assez communément. Aussi, lorsque le septième ou le huitième jour d'une rougeole le malade conserve de la fièvre, on est à peu près certain qu'il a, soit un catarrhe aigu, soit une pneumonie, soit même une pleurésie.

Les auteurs s'accordent au contraire unanimement sur ce point, que dans la scarlatine les organes thoraciques sont respectés; ils le sont, il est vrai, dans la période aiguë de la maladie, mais ils ne le sont plus dans son décours Il est assez commun, en effet, de voir chez des individus affectés d'anasarque, et même chez d'autres qui en sont exempts, survenir tout à coup des accidents du côté de la poitrine; mais ici, ce ne sont plus les poumons qui sont pris, comme cela a lieu dans la rougeole, ce sont les membranes séreuses, la plèvre et le péricarde.

Ces *pleurésies scarlatineuses* sont ordinairement malignes, non-seulement eu égard à la rapidité avec laquelle l'épanchement se fait, mais eu égard encore à la qualité du liquide épanché. Au huitième ou dixième jour de la pleurésie, le liquide est souvent purulent, comme celui d'une pleurésie puerpérale. Cette production du pus reconnaît pour cause une infection générale en vertu de laquelle les éruptions, les inflammations scarlatineuses ont une extrême tendance à la suppuration.

A l'hôpital des Enfants, j'ai eu l'occasion de pratiquer la paracentèse de la poitrine chez un scarlatineux qui, au douzième jour, avait déjà du pus dans la poitrine : chez un petit malade dont je parlerai tout à l'heure, et qui avait été pris d'anasarque sans avoir eu d'éruption de scarlatine antécédente (celle-ci régnait cependant dans sa famille), j'ai fait également une ponction thoracique pour une pleurésie au douzième jour, et j'ai retiré 750 grammes de pus parfaitement formé.

Jamais vous n'observerez semblable chose que chez les individus sous l'empire d'une diathèse de suppuration, comme le sont, par exemple, les femmes dans l'état puerpéral. Il y a donc, dans ces accidents de la scarlatine, l'influence de la malignité que vous retrouverez encore plus loin.

Cette cause de suppuration, si active dans la pleurésie, l'est moins dans la *péricardite*. A vrai dire, celle ci est plus rare et vient plus tardivement. Cette phlegmasie du péricarde, indiquée par Graves, l'a été surtout par M. Thore (de Sceaux), à qui l'on doit d'avoir merveilleusement établi la

relation existant entre cette affection et la scarlatine. M. Thore a démontré qu'un certain nombre d'individus, dans la convalescence de la scarlatine, prenaient des péricardites, mortelles pour les uns, guérissables pour les autres.

Nous avons dit que le *rhumatisme articulaire* était un des accidents les plus communs de la scarlatine, plus communs qu'on ne l'avait prétendu. Déjà Graves avait signalé ce fait. « Dans un grand nombre de circonstances, écrit-il dans » ses *Leçons cliniques*, j'ai trouvé du rhumatisme articu- » laire à la suite de la scarlatine. » Toutefois il avait été oublié, et depuis plusieurs années j'insiste sur cette remarquable coïncidence. Généralement, par une singulière bizarrerie, le rhumatisme, dans cette maladie maligne, ne prend pas une gravité très grande; d'ordinaire il se guérit seul, sans qu'il soit besoin à la thérapeutique d'intervenir : cependant cette existence de la diathèse rhumatismale donne jusqu'à un certain point l'explication de cette apparition de la pleurésie et de la péricardite, elle aide à comprendre comment ces affections sont aussi communes, comment aussi l'*endocardite* peut se manifester, car elle se manifeste aussi après la scarlatine. Le rhumatisme scarlatineux frappe d'abord ordinairement les articulations, puis les séreuses du cœur, la plèvre; dans quelques cas il frappe d'emblée les organes thoraciques sans toucher les articulations, comme le fait le rhumatisme franc. Quelquefois aussi il prend cette forme terrible, la forme suppurative qui tue impitoyablement. C'est à la suite des scarlatines, comme à la suite des fièvres puerpérales, que s'observe le plus communément le *rhumatisme suppuré*. D'abord il paraît simple pendant quelques jours, les articulations deviennent plus douloureuses, une fièvre plus intense s'allume, le délire survient, des accidents ataxo-adynamiques se déclarent et l'autopsie démontre la présence du pus dans les articulations et dans les gaînes des tendons.

Tels sont les accidents immédiats du décours de la scarlatine ; d'autres médiats, survenant beaucoup plus tard, se lient encore aux premiers, et entre autres la *danse de Saint-Guy*.

Vous verrez, chez les enfants, cette maladie suivre de très près la scarlatine, et survenir six semaines, deux mois, trois mois après. Les remarquables travaux de M. Sée ont mis en lumière les relations existant entre le rhumatisme et la danse de Saint-Guy. Il est assez rare de voir des enfants échapper à cette dernière affection lorsqu'ils ont subi les attaques de la première, comme aussi (mais cette proposition est moins absolue que la précédente) il est assez rare qu'un enfant qui a eu la danse de Saint-Guy ne prenne pas ultérieurement des accidents de rhumatisme. Dans la chorée consécutive à la scarlatine, le bruit de souffle indiquant l'endocardite qui a préexisté, quelquefois le bruit de frottement péricardique, manifestations du rhumatisme scarlatineux, nous montrent que c'est encore par l'intermédiaire de ce rhumatisme que la danse de Saint-Guy se rattache à la scarlatine, et constitue un de ses accidents médiats.

Je passerai rapidement en revue d'autres accidents, tels que la *suppuration chronique des paupières*, la *suppuration chronique du nez* qui peuvent cependant produire des nécroses, occasionner des tumeurs, des fistules lacrymales ; tels que la *suppuration des oreilles*, amenant la *perforation du tympan*, la *surdité*, la *carie du rocher*, et consécutivement à celles-ci la *paralysie faciale*. Nous citerons les *inflammations chroniques des ganglions lymphatiques*, principalement des ganglions du cou déterminant les écrouelles chez un individu en puissance de diathèse tuberculeuse. Ces accidents sont encore assez communs.

Nous arrivons maintenant à une partie plus difficile de la question. Je veux parler de ce que j'ai appelé la *scarlatine fruste*.

Vous savez ce qu'en archéologie on entend par inscription fruste : c'est celle dont une partie plus ou moins considérable manque, il ne reste qu'une ligne, une lettre, et même un point. En traitant de la pneumonie, nous avons vu que cette maladie pouvait être fruste, que souvent il n'y avait qu'un mot dans la phrase symptomatologique et que dans ce mot le médecin devait, lui, retrouver la phrase entière. Il en est du praticien comme du numismate et de l'archéologue ; au commencement de leurs études les uns ont besoin de lire sur des médailles bien conservées, sur des pierres intactes, l'autre a besoin de retrouver dans une maladie qui se présente à son observation tous les symptômes qui la caractérisent généralement ; mais plus tard l'archéologue n'a plus besoin que d'un mot, que d'une lettre pour déchiffrer l'inscription effacée, de même le médecin plus expérimenté devine dans une seule manifestation de la maladie la maladie tout entière. De toutes ces maladies frustes la scarlatine est celle qui se présente le plus souvent avec ces *desiderata*.

En 1829, un de mes amis me disait que la scarlatine régnait dans un petit village voisin de Mennecy, dans le département de Seine-et-Oise, qu'elle sévissait principalement dans les communs du château de Villeroy. Je voulus aller étudier cette épidémie, et je le fis d'autant plus commodément que, le château étant parfaitement isolé, du village on pouvait aisément suivre toutes les évolutions de la maladie.

Je vis des individus de la même famille affectés du mal de gorge sans éruption ; bien qu'ils restassent au milieu de ceux qui étaient ultérieurement pris de scarlatine, ces individus n'en étaient pas atteints. Leur mal de gorge avait été violent, accompagné d'une grande fièvre, de rougeur, de dépouillement de la langue. D'autres qui avaient été médiocrement malades, ayant seulement traîné pendant huit à dix jours, enflaient tout à coup et pissaient du sang. On ne connaissait pas, à cette époque, l'albuminurie. Ces faits me frappaient et me portaient à penser que ces individus ayant, les uns l'éruption et l'anasarque consécutive, les autres l'anasarque ou le mal de gorge seuls, avaient été touchés différemment, mais que tous avaient des manifestations scarlatineuses.

Il y a trois ans, à Meaux, un fait analogue se présentait à mon observation dans une même maison. Une jeune fille de quatorze ans prend une scarlatine violente, caractérisée par de l'angine couenneuse, l'éruption et une fièvre intense. A quelques jours de là sa sœur est également prise des mêmes accidents; presqu'en même temps une femme de chambre tomba malade ; deux ou trois jours après, un valet de chambre qui restait toute la journée dans l'appartement est affecté de mal de gorge violent avec productions couenneuses sur les amygdales, de rougeur et dépouillement de la langue, avec fièvre vive, mais sans éruption cutanée. Il me parut clair, comme l'avait pensé le médecin de la famille, M. Saint-Amand, que tous ces malades avaient eu la scarlatine. Et en effet, le domestique, quoique restant au milieu du foyer épidémique, ne contracta pas la maladie qui lui avait été inoculée avec la même forme que le reste de la famille ; tandis que la phase scarlatineuse avait été complète chez les autres, chez lui l'inscription avait été fruste. Restait un jeune enfant de six ans : tout à coup, sans avoir été malade un seul instant, il devient enflé ; M. Blache et moi sommes alors

mandés en consultation, et nous reconnaissons l'anasarque scarlatineuse survenue d'emblée; elle était considérable et s'accompagnait d'hématurie. Le père et la mère, très attentifs sur la santé de leur fils, nous déclaraient que, le matin encore, il avait déjeuné comme à son ordinaire; le maître de pension disait qu'il avait joué comme d'habitude : cet enfant n'avait donc eu ni fièvre, ni éruption, et la maladie s'était traduite chez lui par ce seul accident que nous constations. A huit jours de là, ce jeune garçon eut une pleurésie double, il était sur le point de mourir. Rappelés encore, M. Blache et moi, nous reconnaissions cette affection; quatre jours plus tard, nous trouvions un des côtés de la poitrine guéri, tandis que l'autre avait pris un énorme développement. Nous pratiquions la paracentèse de la poitrine, et la ponction nous donnait 750 grammes de pus. Pendant deux à trois mois, le docteur Saint-Amand fit des injections iodées dans la plèvre; il se fit une perforation pulmonaire, et cependant l'enfant guérit; aujourd'hui il est très bien portant.

De semblables faits n'ont pas été observés par moi seul; Graves en cite plusieurs et je vais vous en traduire quelques-uns :

« Le jeune F... fut ramené chez lui de l'école, où régnait » la scarlatine : il se plaignait de douleur de gorge en avalant, d'un peu de mal de tête, de nausées. Le lendemain, » les amygdales étaient tuméfiées et le malade avait encore » plus de difficulté pour avaler : son pouls était vif, sa peau » chaude, mais on ne voyait pas trace d'éruption. Ces symptômes durèrent trois jours sans s'aggraver, puis ils se » dissipèrent. Avant que cet enfant fût complétement guéri, » la scarlatine prend ses deux sœurs et son père. Chez les » deux sœurs, l'éruption apparut à la peau et se termina par » desquamation; chez le père, il y eut seulement quelques » petits points rouges sur la peau sans desquamation ultérieure. »

« Master O... revint aussi de l'école avec la scarlatine. » Pendant qu'il était encore malade, ses deux sœurs et son » frère furent pris de la même maladie. Chez tous trois elle » se manifesta sous forme de petites éruptions et de macules » à la peau. En même temps, le valet de chambre, la femme » de chambre, furent atteints d'une très violente angine avec » fièvre considérable qui dura plusieurs jours... »

Ces faits sont identiques à ceux qui me sont personnels; dans le suivant, qui a pour sujet la famille d'un médecin, vous verrez la scarlatine se produire par l'anasarque d'emblée.

« Le cas suivant, dit Graves, m'a été communiqué par un » praticien très éminent de Dublin; il est encore plus curieux. » Il y a quelques années la scarlatine se déclara dans la » famille de ce docteur; elle attaqua tous ses enfants, à l'exception d'une jeune demoiselle qui, bien que soignant ses » sœurs durant leur maladie, n'en eut aucun symptôme. Lorsque tout alla bien on envoya la famille à la campagne pour » respirer un air meilleur; la sœur qui n'avait pas été indisposée accompagna les malades. Là, au grand étonnement de » tous, elle fut prise subitement de cette anasarque spéciale » que l'on observe chez ceux qui ont eu la scarlatine. Son » père, qui la soigna durant cette maladie, fut singulièrement » frappé du fait; il y fit une attention toute particulière et » resta convaincu que c'était une scarlatine latente. »

« Ces cas et ceux dont j'ai déjà parlé, continue Graves, » sont fort intéressants au point de vue de la pathologie; ils » tendent à prouver ce fait que, dans beaucoup de circonstances, des maladies produites par contagion peuvent ne » pas donner lieu à la série de symptômes qui les caractérisent ordinairement. »

Ces passages de l'auteur anglais vous prouvent que, sous le ciel de Dublin comme sous le ciel de Paris, les mêmes choses se présentent. Très certainement vous rencontrerez de ces scarlatines frustes, vous ne sauriez trop vous habituer à les reconnaître. Graves insiste beaucoup sur ces faits comme moyen de démonstration, et il indique positivement que ce sont là des cas de scarlatines; car, dit-il, la maladie étant essentiellement contagieuse, il serait impossible que ceux qui n'ont eu que le mal de gorge, ou que l'anasarque, se trouvassent seuls exempts, au milieu de leur famille malade, de la scarlatine qui a sévi sur tous les autres.

(*La fin prochainement.*)

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

Sur une maladie observée depuis quelques années dans certaines contrées de la Lombardie et désignée sous le nom de chorée électrique.

A l'occasion d'un article du Giornale delle scienze mediche di Torino (n° 24, 31 décembre 1856), et d'une discussion qui a eu lieu récemment à l'Académie médico-chirurgicale de Turin, nous donnerons au lecteur quelques détails sur une maladie qui n'a été que tout récemment décrite. C'est M. le docteur Dubini, médecin du grand hôpital de Milan, qui en 1846 en a tracé le premier l'histoire et lui a imposé le nom de chorée électrique parce que les convulsions des membres qui en forment un des principaux caractères ont une certaine analogie avec celles que déterminent dans les muscles les excitations produites à l'aide d'un appareil d'induction. Cette maladie qui paraît propre à certaines régions de la Lombardie, a été, peu de temps après, rencontrée de nouveau dans le même hôpital de Milan, par le docteur Frua et le docteur Morganti, et à Pavie, par le docteur Scottini et par le professeur Pignacca. Le docteur Frua l'a décrite sous le nom de *typhus convulsivo-cérébral*, et un médecin allemand, le docteur Hoertel, qui n'en a d'ailleurs rapporté que deux exemples, sous celui de *myelitis convulsoria*. Elle paraît être toujours sporadique, et d'ailleurs peu commune, puisque le docteur Dubini, dans l'espace de neuf ans n'a pu en recueillir que 38 cas, et le docteur Frua 50 cas dans le même espace de temps. Dans l'espace de six années, le professeur Pignacca, assisté dans ses recherches par ses collègues de l'hôpital de Pavie, est parvenu à recueillir 50 observations relatives à cette affection dont il vient de tracer l'histoire dans un opuscule qui a pour titre : *Della corea elettrica osservata in Pavia*. Nous ne connaissons ce travail que par un compte rendu détaillé qui en a été donné à l'Académie médico-chirurgicale de Turin, par le docteur Girola et dont voici la substance:

La chorée électrique peut être aiguë ou chronique; mais quelle que soit la marche qu'elle affecte, elle aboutit presque constamment à une terminaison funeste.

Elle tire ses caractères nosologiques d'un certain nombre de symptômes qui sont : 1° des convulsions cloniques des membres, sortes de secousses rhythmiques lesquelles peuvent

persister d'une manière continue pendant des heures, des journées ou même des semaines entières, et sont remplacées par un état paralytique des muscles où siégeaient les convulsions cloniques; ces mêmes muscles finissent même par s'atrophier lorsque la marche de la maladie est décidément chronique ; 2° des convulsions toniques violentes qui peuvent se manifester jusqu'à trois reprises dans l'espace d'une même journée et qui affectent les membres atteints des convulsions cloniques ; 3° des accès épileptiformes, tantôt généraux, tantôt partiels; 4° des symptômes cérébraux, tels que céphalalgie, délire et coma. La prédominance de quelques-uns de ces symptômes dans certains cas permet de distinguer trois formes principales de la maladie, qui sont désignées par l'auteur sous les noms de chorée électrique proprement dite, de chorée épileptique et de chorée électrique céphalique. La première de ces formes est celle qui doit servir de type. Elle affecte habituellement une marche lente: Peu grave d'abord, en apparence elle ne s'en termine pas moins presque toujours par la mort. Un délire qui dure pendant quelques jours et qui est bientôt suivi de coma annonce l'issue fatale ; la forme épileptique est caractérisée par la prédominance des convulsions générales dont les accès plus ou moins fréquents se reproduisent à des époques irrégulières. La mort qui arrive, en général, au bout d'un temps relativement très court, paraît être déterminée par asphyxie. Quant à la chorée électrico-céphalique, elle se manifeste tout d'abord avec les apparences d'une méningite cérébrale à laquelle viendraient s'adjoindre les secousses caractéristiques et la paralysie qui leur succède. Généralement très aiguë, elle peut se terminer vers le neuvième ou le treizième jour.

Le début de la maladie est en général précédé par des phénomènes prodromiques vagues et sans caractères spéciaux. Il se fait toujours brusquement et ce sont les secousses musculaires qui, le plus souvent, ouvrent la scène. Ces secousses convulsives se manifestent surtout dans les membres du côté gauche et elles affectent plus particulièrement les muscles fléchisseurs. On peut en compter de 32 à 60 et quelquefois jusqu'à 100 par minute; elles se succèdent dans un certain ordre et suivant un certain rhythme. Elles sont accompagnées de douleurs, de fourmillements et d'un sentiment de crampes. Pendant ce temps les malades éprouvent de la céphalalgie, des vertiges, des bourdonnements, des tintements d'oreille. Il est rare que l'intelligence ne s'altère pas, à un certain degré; il y a de l'hébétude et il se manifeste bientôt un délire auquel succèdent la somnolence et le coma, après les convulsions cloniques apparaissent, comme on l'a dit, des convulsions toniques. D'abord localisées dans les membres qui étaient le siége des secousses choréiformes, elles peuvent se généraliser sous forme d'accès épileptiques et constituent ainsi une complication du plus fâcheux augure. Enfin aux convulsions cloniques succède la paralysie et finalement l'atrophie musculaire. Celle-ci s'accompagne en général d'une diminution notable de l'excitabilité musculaire, qui peut même dans certains cas être complétement abolie. Quelle que soit d'ailleurs l'intensité de tous ces désordres, les fonctions de la vie organique paraissent peu souffrir; il y a en général peu ou point de fièvre, et la température animale n'est habituellement pas modifiée. Cependant quand les accès convulsifs sont violents, la peau peut devenir chaude, brûlante même et le pouls s'élever jusqu'à 100 battements par minute et même au delà. Les fonctions digestives sont d'abord à peine altérées ; mais l'appétit se perd enfin ; il y a de l'épigastralgie, des vomissements, et lorsque l'affection a une lente évolution, les malades succombent dans un état d'émaciation extrême.

Il est difficile d'assigner à la chorée électrique une durée moyenne, puisqu'elle peut tantôt suivre une marche lente, tantôt, au contraire, amener la mort en quelques jours, ainsi qu'on l'a vu dans les cas où il y a dès l'origine prédominance des phénomènes cérébraux. Cependant le plus communément elle met de quarante à soixante-dix jours pour accomplir toutes ses phases.

Le pronostic est d'une gravité extrême. La terminaison par la mort est la règle et la guérison l'exception. Suivant le docteur Dubini, il y a 36 cas de mort sur 38; 39 seulement sur 50, suivant le docteur Frua ; 7 sur 9, suivant le professeur Pignacca.

La nécroscopie fait reconnaître qu'il n'existe pas de lésion constante. Ce qu'on rencontre le plus souvent sur les cadavres des individus qui ont succombé à cette affection, c'est un état de congestion plus ou moins prononcé des méninges cérébrales et rachidiennes; un épaississement notable de ces membranes; un certain degré de piqueté et de ramollissement siégeant dans diverses parties de l'encéphale ou de la moelle épinière, ou au contraire, une augmentation notable de densité de ces mêmes organes, principalement si la mort est survenue rapidement. Les plaques de Peyer ont été parfois trouvées volumineuses, et les intestins renferment habituellement des ascarides lombricoïdes en nombre plus ou moins considérable.

L'étiologie de la chorée électrique est enveloppée dans l'obscurité la plus profonde. On sait seulement que les gens de la campagne, du sexe masculin, et âgés de onze à vingt ans, en sont presque exclusivement atteints C'est en hiver surtout qu'elle éclate; la frayeur, les habitudes d'ivrognerie, la diathèse vermineuse, figurent au premier rang des causes déterminantes qui ont été invoquées.

Les émissions sanguines abondantes sont plutôt nuisibles qu'utiles dans le traitement de cette affection, ainsi que l'avait déjà remarqué le docteur Dubini : il n'en est pas de même des émissions modérées; elles ont été quelquefois employées avec avantage. Les applications froides sur la tête, la strychnine, les onctions mercurielles, la cautérisation transcurrente sur la région rachidienne, les purgatifs comme vermifuges : tels sont les moyens qui ont été employés avec quelque apparence de succès. L'atropine, la jusquiame, l'emploi des vésicants, n'ont jamais amené de résultats favorables entre les mains du professeur Pignacca.

Quelle idée faut-il se faire de la nature de cette maladie? Sur ce point les auteurs qui se sont occupés du sujet sont loin de s'entendre. Les uns croient qu'il s'agit là d'une espèce particulière de méningite cérébro-spinale ou d'une variété de typhus, ce dont on a lieu de s'étonner, puisqu'il paraît bien établi que les phénomènes fébriles ne se montrent que d'une manière exceptionnelle, et que l'existence des lésions cérébrales et rachidiennes, bien qu'assez commune, est cependant loin d'être constante. Le docteur Pignacca y voit une espèce de névrose qu'il faut, en nosologie, rapprocher du tétanos ou de l'éclampsie; enfin le professeur Girola estime que la chorée électrique, qui se développe dans des circonstances étiologiques analogues à celles qui produisent la pellagre, pourrait bien n'être elle-même qu'une sorte d'intoxication assez analogue, par ses manifestations symptomatiques, à la raphania ou à l'ergotisme. Quant à nous, les éléments de la question pathogénique, et par suite de la question pratique, ne nous paraissent pas suffisants pour établir dès au-

jourd'hui une opinion suffisamment motivée, et nous croyons prudent de nous borner, pour le moment, au rôle d'historien.

D[r] J. G.

IV.

CORRESPONDANCE.

De l'arséniate de fer dans le traitement du psoriasis.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le numéro du 7 novembre dernier de la GAZETTE HEBDOMADAIRE a été publiée l'observation d'une affection squammeuse de la peau traitée avec succès par l'*arséniate de fer*, chez une jeune fille, âgée de dix-sept ans, chlorotique, bien qu'exempte jusque-là de tout antécédent pathologique sérieux, et née de parents sains.

La formule suivie a été, dit-on, celle de Biett : dans cette formule, les doses d'arséniate de fer sont évidemment trop faibles : 0^{gr},003 seulement par pilule, avec recommandation d'en prendre, certains formulaires disent 1, d'autres, 1 à 3 par vingt-quatre heures. Biett la prescrivait, d'ailleurs, bien rarement, et c'est à peine si je me rappelle avoir entendu une seule fois, durant mes trois années de séjour à l'hôpital Saint-Louis, ce maître, justement célèbre, attirer l'attention de ses nombreux auditeurs sur l'utilité de l'arséniate de fer dans le traitement des maladies de la peau. Ce sont des médecins anglais qui paraissent avoir utilisé les premiers cette substance contre les affections cancéreuses et les dartres rongeantes scrofuleuses. Parmi les élèves de Biett, M. le docteur Gibert est, je crois, le seul qui parle de l'arséniate de fer dans son traité pratique publié en 1840.

Mes premiers essais datent de 1847, et le malade à qui j'administrai pour la première fois l'arséniate de fer était un étudiant en médecine, âgé de vingt-quatre ans, qui suivait mes leçons cliniques, et qui se trouvait affecté d'un *psoriasis héréditaire*. Chez ce jeune homme, la dartre avait fini par envahir la presque totalité de l'enveloppe tégumentaire : la mère du malade avait elle-même été atteinte d'une semblable affection. On ne pouvait donc pas trouver de conditions plus favorables pour les essais que je voulais tenter. Sans m'arrêter à la formule de Biett, je prescrivis des pilules de 0^{gr},005^{m} à doses progressives, quelques bains sulfureux sans aucune espèce de pommade ; ce fut seulement à la dose de 15 pilules que les squames commencèrent à se détacher : mais la desquamation, une fois commencée, marcha rapidement; la dose quotidienne d'arséniate de fer fut, pendant un mois, de 0^{gr},15^{c}, puis graduellement ramenée à son point de départ, et sans que le plus léger signe d'intolérance se soit jamais manifesté : trois mois ont suffi pour la guérison d'une dartre squammeuse, que le malade n'allait bientôt plus pouvoir dissimuler, tant elle s'avançait sur le cou, les tempes et le front.

A la même époque, je traitai également par l'arséniate de fer une jeune fille de dix-sept ans atteinte, elle aussi, d'un psoriasis dont le cachet héréditaire ne laissait aucun doute, puisque le père et une sœur plus jeune portaient la marque d'une semblable affection. Chez cette malade, d'un tempérament lymphatique, à peau molle et peu impressionnable, le sel arsenical fut également prescrit par pilules de 0^{gr},005^{m}, et il a suffi de quatre pilules par jour pour voir, en peu de temps, la peau complétement débarrassée de toute trace d'affection herpétique. Le traitement ne dépassa pas deux mois. Aucune pommade n'est venue en aide à l'arséniate de fer, et il n'a été prescrit que des bains de son dans l'unique but de favoriser la circulation cutanée, et de tenir la surface du derme exempte de toute souillure.

Ces deux faits étaient trop significatifs pour ne pas devenir le point de départ d'expériences nouvelles : beaucoup d'autres épreuves ont été tentées depuis avec des résultats plus ou moins favorables, mais sans qu'il y ait eu un seul insuccès réel et absolu. Aussi, depuis nombre d'années, l'arséniate de fer est-il devenu mon remède par excellence dans le traitement des affections furfuracées et squameuses chroniques. J'avais cru d'abord devoir ajouter aux pilules un principe narcotique pour faciliter la tolérance de l'arséniate de fer; mais je ne tardai pas à reconnaître l'inutilité de cette addition, et j'y ai promptement renoncé.

L'arséniate de fer présente l'immense avantage de pouvoir être administré dès l'âge le plus tendre ; ainsi, après la seconde dentition, et dans les conditions de santé en apparence les plus réfractaires : je me rappelle avoir traité par l'arséniate de fer deux jeunes frères de Saint-Germain-en-Laye, âgés de cinq et sept ans, et tous deux atteints d'ichthyose : je débutai par 0^{gr},002^{m} chaque jour, et je pus m'élever jusqu'au triple et plus de cette dose, sans provoquer aucun désordre : j'ajouterai que, en cette circonstance, le succès a dépassé mon espoir, car les deux petits malades ont guéri. Des bains d'amidon ont été les seuls adjuvants mis en usage

L'arséniate de fer agit évidemment comme excitant. Après quelques jours d'usage, l'appétit devient plus exigeant, la digestion plus rapide : certains éprouvent de la chaleur dans la région épigastrique, bien que la soif se fasse rarement sentir. La plupart des malades n'éprouvent rien à l'estomac, quoique parvenus à une dose assez élevée d'arséniate de fer. La circulation ne tarde pas à prendre part à la surexcitation générale, ce qui se reconnaît plutôt à la fermeté qu'à la fréquence des battements du cœur et du pouls. Ces derniers phénomènes sont loin toutefois d'être constants, et beaucoup de malades y restent complétement étrangers pendant tout le cours de leur traitement. J'ai vu des malades prendre jusqu'à 25 à 30 centigrammes d'arséniate de fer sans éprouver autre chose que quelques coliques sourdes et un peu de diarrhée. Cependant, si l'on élève trop rapidement les doses médicamenteuses, ou si l'on dépasse celle que l'économie est disposée à tolérer, il peut survenir de l'oppression, une toux laryngo-bronchique avec sentiment de constriction à la gorge. Ces phénomènes dénotent qu'il faut suspendre ou diminuer les doses d'arséniate de fer. Quant aux douleurs de reins, aux ardeurs d'urine, aux vertiges et autres troubles nerveux, signalés avec raison comme se rattachant fréquemment à la médication arsenicale, je ne les ai jamais observés avec l'arséniate de fer ; d'où je conclus que cet agent doit être de beaucoup préféré aux arsénites de soude ou de potasse, dès qu'il s'agit de traitements prolongés, de constitutions délicates ou trop impressionnables.

Docteur DUCHESNE-DUPARC.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 15 JUIN 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

CHIMIE ORGANIQUE. — *Dosage de la morphine dans l'opium*, par M. *Fordos*. — Le nouveau procédé de dosage de la morphine consiste à traiter l'opium, successivement, par l'eau qui dissout très bien toute la morphine, mais ne dissout que peu de matières colorantes et résineuses ; par l'alcool qui retarde la précipitation des alcaloïdes et retient en dissolution les matières colorantes et résineuses ; par l'ammoniaque qui produit la séparation de la narcotine et de la morphine ; enfin par le chloroforme, qui isole plus complétement encore ces deux principes immédiats. (Comm. MM. Pelouze, Balard.)

PHYSIOLOGIE. — *Note sur les effets toxiques de l'acide carbonique*, par M. *Wanner*. — L'auteur a fait périr trois cochons d'Inde par des inhalations d'acide carbonique; puis il a examiné au microscope une très petite portion de tissu pulmonaire, de

membrane muqueuse et de tissu cellulaire sous-cutané : les vaisseaux capillaires de ces différents tissus étaient, dans tout leur trajet, de couleur noire ardoisée et distendus comme s'ils avaient été injectés avec un liquide de cette couleur.

M. Wanner conclut de ses expériences : 1° que les battements du cœur cessent aussitôt que le mouvement du sang est arrêté, soit dans le groupe des capillaires des poumons, soit dans le groupe des capillaires de tout le corps ; 2° que l'action désignée jusqu'à présent par le nom d'asphyxie pourrait bien n'être qu'un enrayement plus ou moins complet de la marche du sang par un agent, qui se combinant avec l'hématosine, le rendrait impropre plus ou moins à subir le mouvement, étant aussi arrêté dans les capillaires, de sorte que dans l'asphyxie, soit par submersion, soit par étranglement, etc., etc., ce serait non pas le manque d'air qui serait la cause de la mort, mais bien la non-expulsion de l'acide carbonique des poumons.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 23 JUIN 1857. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

1° M. le ministre transmet des pièces relatives à des remèdes secrets et des tableaux de vaccinations.

2° L'Académie reçoit : — *a*. Une lettre de M. *Berchon*, chirurgien de marine, sur le procédé et l'appareil employés dans la marine pour l'inhalation des vapeurs anesthésiques. — *b*. Une lettre de M. le docteur *Boinet*, sur un cas d'anesthésie suivie d'accidents graves, mais non mortels. — *c*. Une note relative à des expériences sur l'asphyxie, par M. *Wanner*. — *d*. Une note de M. *Bourgarel*, sur une pompe à double effet, destinée à vider les abcès et à y injecter des liquides médicamenteux sans pénétration d'air. (M. Poiseuille, *rapporteur*.) — *e*. Une nouvelle lettre de M. *Chauveau*, en réponse à la note lue par M. Bérard dans la séance du 19 mai. — *f*. M. *Falconi* soumet à l'examen de l'Académie une nouvelle lancette à vaccination.

M. *le Président* fait part à l'Académie de l'immense perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. *Thénard*, l'un de ses membres associés fondateurs. L'Académie a été représentée par son bureau aux funérailles de l'illustre chimiste.

Lectures et Rapports.

DYNAMOSCOPIE. — M. le docteur *Collongues* lit un *Mémoire sur un nouveau système d'auscultation, nommé dynamoscopie, faisant connaître les altérations apportées par l'état de maladie, au bourdonnement que perçoit l'oreille, si on l'oblitère exactement avec le doigt.*

L'auteur résume, dans les termes suivants, les résultats de la dynamoscopie appliquée aux maladies internes :

Dans les maladies aiguës, le bourdonnement est fort inégal. Il est tantôt continu, tantôt intermittent, tantôt aigu, tantôt grave, tantôt net, tantôt obscur, tantôt roulant, tantôt trépidant ou tremblotant.

Ce bourdonnement rappelle le bourdonnement dit *des mourants* qui existe au creux épigastrique ou sur la région précordiale après la mort.

Enfin le bourdonnement se supprime quelquefois complétement à l'extrémité des doigts quelques heures avant la mort ou au moment même de la mort.

Dans les maladies chroniques. — Toutes les variétés du bourdonnement dans les maladies aiguës se présentent encore dans les maladies chroniques ; mais il offre dans celles-ci une faiblesse qui ne se trouve pas dans les maladies aiguës.

Fièvres intermittentes. — Les trois stades de la fièvre ont trois bourdonnements différents. — Dans le premier stade, ou stade de froid, le bourdonnement est sourd, lent, profond, roulant, continu, inégal. — Dans le deuxième stade, ou stade de chaud, le bourdonnement est roulant, superficiel, très fort, très rapide, continu, quelquefois trépidant ou tremblotant. — Dans le troisième stade, ou stade de sueur, le bourdonnement est roulant, fort, moins rapide, continu, égal, régulier.

Dans le choléra épidémique, le bourdonnement offre dès le début les caractères du bourdonnement qui ne se présente ordinairement qu'à la fin des maladies aiguës, c'est-à-dire qu'il est intermittent.

Dans les maladies qui se distinguent par la perte subite du sentiment et du mouvement, ordinairement le bourdonnement se supprime d'abord, et sa suppression continue jusqu'aux approches du retour des sens du malade.

Dans toutes les maladies nerveuses, le bourdonnement est comme contracté, embarrassé.

Les *paralysies complètes* sont remarquables par l'absence totale du bourdonnement.

Les *paralysies incomplètes* ont un bourdonnement plus ou moins faible, suivant le plus ou moins de paralysie.

Le bourdonnement, pendant le sommeil des malades, conserve les altérations de l'état de veille ; il est seulement plus faible, plus profond.

Petillements. — Dans le cours des maladies aiguës, dans le cours des maladies chroniques, les petillements sont extrêmement variables. Ils ne se suppriment qu'à la mort.

Les petillements sont rares pendant le stade de froid des fièvres intermittentes. Ils sont plus fréquents et plus forts dans le stade de chaud. Pendant la sueur, ils sont éclatants, très vites, assez fréquents et ordinairement simples.

Dans le choléra épidémique, les petillements sont remarquables par leur nombre et leur éclat. Ils disparaissent pendant les crampes.

Dans les maladies qui se distinguent par la perte subite du sentiment et du mouvement, les petillements ne se suppriment pas toujours pendant les attaques.

Les petillements sont très nombreux dans les maladies nerveuses qui n'abolissent pas la conscience.

Dans les paralysies complètes, les petillements sont nuls ; dans les paralysies incomplètes, ils sont rares.

Dans le sommeil des malades, les petillements sont plus petits, plus rares.

Diagnostic. — L'absence du bourdonnement fait distinguer une paralysie complète d'une paralysie incomplète ; elle est le signe le plus certain de la paralysie vraie et la fait distinguer de la paralysie simulée.

Marche, durée, terminaison des maladies. — Les variations du bourdonnement peuvent éclairer le médecin sur la marche, la durée, la terminaison des maladies. Le bourdonnement roulant, fort, rapide, coïncide avec la première période des maladies. Les bourdonnements tremblotants, intermittents et des mourants, correspondent aux périodes les plus graves.

Pronostic. — Le bourdonnement roulant, fort, rapide, égal, signifie qu'une maladie, pour le moment, est exempte de danger. — Le bourdonnement tremblotant, roulant, rapide, continu, inégal, est l'indice d'un état sérieux. — Le bourdonnement qui est très variable et très inégal, surtout s'il se joint au tremblotement, correspond à un état grave. — Le cas sera encore plus grave si le bourdonnement roulant, tremblotant, est intermittent. — Lorsque le bourdonnement passe du roulant, du tremblotant, de l'intermittent au doux, c'est le signe de la rétrogradation de la maladie. — Enfin, le bourdonnement des mourants et l'absence complète et durable du bourdonnement à l'extrémité des doigts, des mains, sont un caractère certain d'une mort prochaine.

Du pronostic dans quelques maladies en particulier. — Dans les maladies qui se manifestent par une perte subite de connaissance, le bourdonnement qui persiste pendant l'attaque indique que l'attaque n'est pas mortelle. — Le bourdonnement qui s'est supprimé au début de l'attaque et qui reparaît durant son cours indique que le malade reprendra ses sens.

La réapparition du bourdonnement sous l'influence de l'électricité dans les organes paralysés annonce que le malade peut guérir.

Traitement. — La méthode qui fait rétrograder le bourdonnement de la deuxième période à la première est la plus convenable, et réciproquement la méthode qui fait passer le bourdonnement

de la première à la seconde période est un traitement peu convenable.

Petillements. — Dans les pertes de connaissance, les petillements qui persistent malgré l'absence de bourdonnements doivent faire espérer que le bourdonnement se réveillera et que l'attaque ne sera pas mortelle.

L'électricité qui réveille dans un organe paralysé les petillements sans le bourdonnement doit inspirer la confiance que le bourdonnement ne tardera pas à revenir.

Résultat de la dynamoscopie après la mort. — Mort générale. — Immédiatement après la mort, le bourdonnement est absent de l'extrémité des doigts, de la face et du cuir chevelu.

Il y a un point dans la région précordiale et épigastrique où il est plus distinct que dans toute autre partie. Ce point n'a pas de siége précis.

Le bourdonnement se trouve, après la mort, petit, faible, profond, lent, peu nourri, clair, continu, égal. Il rappelle le bourdonnement des mourants.

Le bourdonnement disparaît d'abord des pieds, des mains, puis des avant-bras, des jambes, des bras, des cuisses, où il est rare qu'on le trouve huit heures après la mort. Il se dissipe ensuite du cou, de la partie supérieure de la poitrine, et il reste encore perceptible, quoique très affaibli, aux points indiqués des régions précordiale et épigastrique jusqu'à la dixième ou seizième heure après la mort.

Mort locale. — Dans les membres séparés du tronc, le bourdonnement existe partout immédiatement après l'amputation ; il disparaît de minute en minute, en allant des deux extrémités vers le centre. Ce n'est que vers la quinzième minute qu'il est complétement éteint.

Petillements. — Les petillements sont nuls dans la mort générale et locale.

Corollaire. — L'absence du bourdonnement est le signe le plus certain de la mort réelle; elle fait distinguer la mort réelle de la mort apparente. (*Comm.:* MM. Guérard, Beau et Barth.)

M. Charrière a exécuté, sur les indications de M. le docteur Collongues, un instrument ou *dynamoscope*, qui est aux altérations du bourdonnement ce que le stéthoscope est aux affections des viscères thoraciques.

Chimie physiologique. — M. *Leconte*, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, lit un travail intitulé : *Recherches sur l'urine des femmes en lactation.*

Désirant déterminer les proportions du sucre, dont M. Blot venait de signaler la présence dans l'urine des femmes en lactation, M. Leconte a constaté, non sans étonnement, l'absence du sucre dans le liquide dont le plomb avait été séparé par l'hydrogène sulfuré. Après maintes expériences dans le but de s'assurer si le corps réducteur s'était ou altéré, ou volatilisé, il ne lui a plus paru possible d'admettre l'existence du sucre dans l'urine des femmes en lactation qu'il avait examinées.

Il restait à déterminer quelle était la substance qui produisait la réduction du cupro-tartrate de potasse.

Les résultats obtenus l'ont conduit à cette conclusion : que c'est l'acide urique qui, dans l'urine des femmes en lactation, produit la réduction du cupro-tartrate de potasse. De là cette conséquence que les urines qui contiennent cet acide doivent réduire ce réactif avec plus ou moins d'intensité.

L'expérience est venue confirmer cette conclusion. En effet, dit M. Leconte, lorsqu'on ajoute à de l'urine d'hommes, de femmes non en lactation ou ayant passé l'âge critique, de jeunes garçons, de jeunes filles, de chiens, de chiennes jeunes ou âgées, du cupro-tartrate de potasse, on obtient une réduction semblable à celle que fournit l'urine de femme en lactation.

En résumé, il résulte de mes recherches : 1° Qu'il n'existait pas de sucre dans les urines des femmes en lactation que j'ai examinées ; les nombreuses analyses immédiates que j'ai faites appuient toutes cette conclusion ;

2° Qu'il m'a été impossible d'obtenir une fermentation alcoolique régulière avec les urines que j'ai examinées et de la levûre de bonne qualité ;

3° Que toutes les urines peuvent réduire les liquides bleus un peu anciens ; les causes de cette réduction peuvent être multiples, l'acide urique m'a paru être la plus énergique, puisque ce corps réduit les liquides bleus récemment préparés ;

4° Que les urines de femmes en lactation m'ont présenté moins d'urée et plus d'acide urique que les urines normales, ce qui facilite la réduction du liquide bleu ;

5° La quantité d'eau et de matières solides dans les urines de femmes en lactation est à peu près la même que dans l'urine normale.

Pathologie cérébrale. — M. *Baillarger* lit un travail intitulé : *De la cause anatomique de quelques hémiplégies incomplètes observées chez les déments paralytiques.*

Esquirol et Georget ont signalé, comme on le sait, chez les déments paralytiques, la production fréquente d'hémiplégies incomplètes, qui commencent par être passagères, mais finissent par devenir permanentes. M. Baillarger divise ces paralysies partielles en deux classes : les unes, qui s'expliquent après la mort par des lésions ordinaires, congestions, hémorrhagies, ramollissements, etc. ; d'autres, qui ne laissent après elles aucune altération locale à laquelle on puisse les rattacher. L'auteur considère celles-ci comme les plus fréquentes, et c'est d'elles seules qu'il s'occupe dans ce travail.

Ses recherches sur ce point l'ont conduit à constater que ces hémiplégies sont liées à une atrophie de l'hémisphère cérébral du côté opposé à la paralysie. Sur huit observations, la différence de poids entre les deux hémisphères a varié entre 20 et 62 grammes.

Suivant M. Baillarger, cette atrophie, amenant une hémiplégie persistante, serait le résultat ultime de ces congestions unilatérales fréquemment répétées, qui surviennent dans le cours de la démence paralytique, et qui s'accompagnent ordinairement d'hémiplégies incomplètes. L'auteur ajoute que cette altération doit être l'expression d'une lésion générale dont il est impossible de la distinguer, cette lésion n'étant pas connue dans sa nature.

M. Baillarger résume son travail dans les propositions suivantes :

1° Les congestions qui précèdent la paralysie générale ou qui surviennent dans son cours sont souvent accompagnées d'hémiplégies passagères ;

2° Ces hémiplégies passagères portent presque toujours sur le même côté ;

3° En se répétant, ces congestions, sur un seul hémisphère, finissent par amener des hémiplégies persistantes, le plus souvent incomplètes ;

4° Ces hémiplégies, dont beaucoup étaient restées inexpliquées, l'hémisphère opposé n'offrant aucune altération locale, paraissent devoir être rattachées à une prédominance d'atrophie dans l'hémisphère opposé à la paralysie.

Discussion sur les anesthésiques.

M. *Larrey* lit un volumineux travail qu'il nous serait difficile de reproduire après une simple audition. L'orateur ayant oublié de déposer son manuscrit sur le bureau de l'Académie, nous attendrons, pour en donner un extrait, qu'il ait publié sa communication.

M. Larrey, dans le courant de son discours, a reproché à M. Devergie de n'avoir pas laissé, dans les bureaux de l'Académie, à la disposition de ses collègues, la note qui a soulevé cette discussion, si bien qu'il y a eu des malentendus, des interprétations erronées, résultant de ce que personne n'avait pu lire l'expression exacte de la pensée de M. Devergie dans le texte même de son travail.

M. *Devergie.* J'en demande bien pardon à M. Larrey, mais je ne crois pas mériter la leçon qu'il me donne. Nouvel académicien, et encore étranger aux usages de l'Académie, j'avais, à la vérité, négligé de déposer ma note sur le bureau ; mais, presque aussitôt après la séance, je l'ai remise entre les mains d'un envoyé de M le

secrétaire perpétuel, qui réclamait mon manuscrit pour être mis à la disposition des journalistes. Ma note est donc rentrée, le soir même, dans les bureaux de l'Académie.

M. *Larrey*, satisfait de cette explication, s'empresse de retirer le reproche qu'il avait adressé à M. Devergie.

La séance est levée à cinq heures.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

Aliénation mentale survenue à la suite d'un rhumatisme aigu, par M. Delioux.

Nous avons rapporté avec détails (*Gaz. hebd.*, 1856, p. 765) le seul cas d'aliénation mentale consécutive au rhumatisme articulaire aigu qui ait été consigné dans les annales de la science, et qu'on doit à M. le docteur Mesnet. M. Delioux, professeur aux écoles de médecine navale, en rapporte un second exemple. Nous ne le reproduirons pas, parce qu'il nous semble désormais suffisant, dans une question aussi circonscrite, de désigner seulement à l'attention les faits qui s'y rapportent. Nous nous contenterons de dire que le sujet, âgé de vingt et un ans, soldat d'un régiment d'infanterie de marine, a présenté d'abord un groupe de symptômes qui auraient pu faire croire à l'existence d'une fièvre typhoïde (céphalalgie, vomissements, gargouillement iléo-cæcal, douleurs dans les lombes et les membres inférieurs); que le sixième jour se déclara un rhumatisme articulaire aigu, en même temps que disparurent la céphalalgie et les troubles gastro-intestinaux; que ce rhumatisme, après avoir envahi les deux genoux et les deux articulations tibio-tarsiennes, disparut en quatre jours (on l'avait traité par les saignées générales et locales et par la vératrine donnée pendant deux jours seulement, à la dose de 5 milligrammes le premier jour et de 10 milligrammes le second); qu'il y eut apparence de convalescence franche pendant neuf jours, et que c'est seulement alors que se déclarèrent les symptômes d'aliénation mentale. A cet égard, l'observation de M. Delioux diffère notablement de celle de M. Mesnet, dans laquelle on voit l'aliénation se produire dans le cours du rhumatisme et alterner plusieurs fois avec lui.

Nous noterons, en passant, que la forme délirante a été à peu près la même dans les deux cas : d'abord, taciturnité, prostration, en même temps que trouble général de l'intelligence; plus tard, *agitation, tendance* à fuir. Les deux malades ont guéri; du moins, le malade de M. Delioux était-il redevenu, au bout d'une vingtaine de jours, docile, paisible, sans incohérence dans les idées; mais il était encore triste et peu communicatif. (*Archiv. gén. de méd.*, 1857, juin, p. 670.)

Observation de vertige goutteux, par M. Blondeau.

Voici un fait qu'on rapprochera avec intérêt du précédent comme offrant aussi l'exemple d'un trouble cérébral, lié, cette fois, non au rhumatisme, mais à la goutte. Tout le monde connaît ces états nerveux singuliers qu'on observe parfois chez les goutteux, tantôt précédant un accès régulier, tantôt succédant à un accès brusquement terminé, d'autres fois enfin paraissant constituer par eux-mêmes l'accès, et qui consistent soit dans une irascibilité insolite, de l'agitation, un besoin extrême de mouvement, soit, au contraire (mais plus rarement), dans une grande prostration de corps et d'esprit, soit enfin dans l'alternance de ces deux dispositions opposées. Ces exemples sont bons à connaître, parce qu'ils peuvent très aisément simuler, comme dans le cas présent, des attaques de congestion cérébrale, d'apoplexie même, ou un commencement de paralysie générale. Nous reproduirons les traits essentiels de la très longue observation que publie M. Blondeau.

Obs. — M. A. P..., chef d'une exploitation industrielle très importante (une tannerie), est un homme d'une quarantaine d'années, grand, vigoureusement constitué, à peau brune, à cheveux et barbe noirs. Son père est mort subitement, il y a une dizaine d'années, n'ayant eu d'autre maladie que des douleurs rhumatismales assez vagues. Ses deux frères sont également sujets à des douleurs, d'ailleurs peu intenses et passagères.

M. P... a la goutte depuis 1850. Les crises, mal définies, se portent sur les articulations sans jamais s'y fixer bien franchement. En 1852, accès plus fréquents, plus prononcés, et, en même temps, changement dans le caractère, qui, de facile et de gai, devient impatient et maussade. En 1854, au mois d'octobre, surviennent les accidents suivants :

Le vendredi 13, la santé paraissant parfaite, M. P... part pour la chasse. Pendant cette chasse, suivant le rapport de son compagnon, il semblait sous l'impression d'une certaine surexcitation, marchant avec une ardeur incroyable, sans s'inquiéter des guérets, des fossés, des obstacles qu'il rencontrait. A son retour chez lui, il fit une chute dont il ne parut pas s'alarmer, et rentra déjeuner, ce qu'il fit avec appétit. Puis il sortit dans sa fabrique, et fit une seconde chute en passant sur le bord étroit et glissant d'un entre-deux fosses à cuir : il ne dit rien à personne, retourna dans son cabinet, revint à sa fabrique, et en passant au bord de la rivière qui la traverse, il tomba à l'eau; sans paraître ému, il traversa à pied la rivière très peu profonde, et rejoignit un escalier situé à l'autre bord; aperçu par ses employés, il fut reconduit chez lui, déshabillé, mis au lit et réchauffé. M. P... raconta depuis que, dans cette course rapide du matin, il se sentait poussé malgré lui par une force à laquelle il ne pouvait résister et qui, en sollicitant à courir en avant, l'entraînait aussi à droite; c'est cette même force qui le précipita dans la rivière : il se sentait attiré vers l'abîme sans pouvoir se défendre d'y tomber, et dans l'un et l'autre cas cependant, il gardait parfaitement la conscience de ce qu'il faisait. Il était alors, dit-il, environ quatre heures du soir. A... causa de ces incidents, à diverses reprises, avec son entourage; puis, insensiblement, à cette situation succéda un abattement complet et une prostration des forces. Il était sans fièvre, le pouls à 70, petit; le malade avait froid, l'air étonné, mais répondant, bien qu'avec une certaine hésitation et un peu d'incohérence, aux questions qui lui étaient adressées; il se plaignait un peu de la tête, de tout le corps, et paraissait très affecté de ce qui lui était arrivé. On lui fit mettre les pieds dans un bain sinapisé; le soir, il y eut un peu de réaction; le malade se trouvait mieux, sa parole était plus vive et plus nette.

La nuit fut agitée; il y eut des rêvasseries, des mots sans suite, de la difficulté pour parler correctement. Le lendemain, samedi, même situation. On appliqua des sinapismes aux extrémités inférieures, et on les promena sur toute la surface des membres abdominaux; on plaça quatre larges ventouses sèches dans le dos, et l'on fit mettre des sangsues à l'anus. La présence de certaines personnes, la vue du médecin, l'accomplissement de certains faits, déterminaient chez le malade un rire nerveux et saccadé, suivi de pleurs; cependant, au milieu de tout cela, A... conservait l'intelligence complète de tout ce qui se faisait, de tout ce qui se disait autour de lui, même à voix basse. Il répondait d'une façon très lucide, bien qu'avec quelque hésitation, aux observations dont il était l'objet. La nuit du samedi au dimanche fut calme; il y eut seulement quelques rêvasseries, le malade prononçant des mots grecs et latins et parlant en réminiscence d'histoire romaine. *Il avait été tenu à la diète depuis le jour de son accident*, et le pouls, un peu irrégulier, conservait une fréquence naturelle de 64 à 72 pulsations; la chaleur de la peau était modérée, la tête n'était pas chaude.

Les jours suivants, le malade resta dans un état de prostration à peu près continue, traversé seulement, dans la nuit du 16 au 17, par un peu d'agitation. L'amélioration se prononçait, quand une consultation, où fut porté un diagnostic assez grave, jeta de nouveau le malade dans l'abattement et l'induisit à refuser à manger, dans la crainte d'aggraver son état. M. Blondeau, appelé, constata surtout une grande débilité, et s'assura que la faiblesse d'un côté du corps, d'après laquelle on avait diagnostiqué un épanchement cérébral, était mal caractérisée; qu'il n'existait d'ailleurs aucun autre signe d'hémiplégie, tel que la déviation des commissures; que l'embarras de la parole, qui avait joué un grand rôle dans le diagnostic, tenait à un défaut congénital. Il força le malade à se nourrir, à prendre de l'exercice. Le mieux se prononça. Néanmoins, à Paris, où le malade vint demander des conseils, on diagnostiqua un ramollissement cérébral, et l'on conseilla le quinquina comme régime tonique. Les phénomènes accusés alors par le malade étaient les suivants :

En premier lieu de la paresse d'esprit, de la difficulté de mémoire, une faiblesse plus grande du côté droit du corps, avec sensation d'engourdissement, alternant ou s'accompagnant d'une sensation de froid, qu'il comparait à de l'eau froide coulant le long de la jambe principalement; un peu d'embarras, d'hésitation de la parole. Cette paresse d'esprit pouvait être secouée lorsque le malade se trouvait au milieu de personnes qui l'excitaient, et sa difficulté de mémoire, loin d'être absolue, cédait lorsqu'on éveillait ses souvenirs; il restait seulement assez absorbé et triste, comme un homme sous l'empire de préoccupations sérieuses.

Au bout de six à sept mois, la situation ne s'amendant pas assez vite

au gré du malade, il revint à Paris. Cette fois, on lui conseilla un régime sévère, la diète, l'eau pour boisson, les saignées, des sangsues au siége. Six mois après, ce traitement lui paraissant mal réussir, il revint au régime tonique et employa les affusions froides. Au printemps de 1856, il vint suivre, pendant six semaines, un traitement hydrothérapique à Bellevue; après quoi il alla faire un voyage sur les bords du Rhin, puis se rendit à Luchon. M. P... put reprendre ses affaires en septembre 1856. Il eut un franc accès de goutte en mars 1857. (*Archives générales de médecine*, 1857, juin, p. 677.)

Le vertige a présenté, comme on l'a vu, quelques apparences de vertige épileptique, mais avec cette différence, remarquée par M. Blondeau, que l'épileptique qui marche droit devant lui, comme poussé par une force irrésistible, n'a pas la conscience de cet acte. L'auteur dit, dans ses remarques, qu'un aliéniste distingué a cru qu'on avait affaire à une folie paralytique; diagnostic assez naturel à une certaine période du mal, bien qu'il ait été démenti par la suite. Il nous paraît, comme à l'auteur, qu'il ne s'est agi ici que d'une manifestation goutteuse, siégeant au cerveau, et y produisant momentanément des désordres fonctionnels, en partie *vertigineux*, en partie analogues à ceux de l'aliénation.

Luxation du pouce vers la face palmaire, par F.-W. LORINSER.

Les luxations du pouce en avant ne sont pas communes, et leur étiologie présente encore une certaine obscurité, ce qui dépend de cette circonstance, que rarement les malades savent préciser la position exacte dans laquelle ils sont tombés. L'observation suivante est de nature à jeter un certain jour sur le mécanisme de ces luxations, en même temps qu'elle fournit des données nouvelles sur le mode de réduction.

OBS. — Un jeune homme de dix-sept ans avait fait une chute sur la main droite, sans pouvoir indiquer dans quelle position le pouce avait rencontré le sol. Transporté à l'hôpital, il présenta l'état suivant :

Articulation métacarpo-phalangienne du pouce notablement gonflée et très douloureuse. Sur la face dorsale on voit nettement saillir la tête du métacarpien, dont la surface articulaire est libre et tournée en bas. L'extrémité articulaire supérieure de la première phalange du pouce est appliquée sur la face palmaire du métacarpien, et forme là une saillie facile à circonscrire et dont la surface articulaire est dirigée en haut. Le pouce tout entier est dans une extension modérée. Les mouvements volontaires sont impossibles, les mouvements communiqués extrêmement douloureux.

En essayant de faire l'extension, on rencontra une résistance considérable, et l'on put constater évidemment qu'au moment des tractions il se formait, au milieu de l'enfoncement qui se voyait à la face dorsale, au-dessous de la tête du métacarpien luxé, une dépression de la peau, qui semblait tendue et attirée, comme par un ligament fixé à sa face profonde, en dedans, vers l'extrémité articulaire luxée de la première phalange du pouce. Cette dépression disparaissait aussitôt que les tractions étaient discontinuées, et alors la peau était relâchée au-dessous de la tête du métacarpien. Il était impossible de sentir le tendon du long extenseur du pouce.

Le malade étant plongé dans l'anesthésie, des tractions énergiques furent faites dans la direction où se trouvait le pouce; bien qu'elles fussent assez puissantes pour rendre au pouce sa longueur normale, et même pour écarter l'une de l'autre les surfaces articulaires, elles ne permirent pas néanmoins de réduire la luxation par des pressions en sens opposés sur les deux os luxés. Même insuccès quand les tractions furent faites, le pouce étant fléchi ou étendu fortement. Mais à chaque essai on observait la dépression cutanée dont nous avons parlé plus haut. Cette circonstance suggéra à l'auteur l'idée que la peau ne pouvait être aussi tendue que par l'expansion fibreuse du tendon extenseur, et que ce tendon, n'étant point sensible à la face dorsale du doigt, devait avoir subi une *déviation latérale;* qu'il était retenu dans sa position nouvelle par un obstacle quelconque, déterminant ainsi, pendant les tractions, la dépression de la peau. Pour s'assurer de la valeur de cette idée, Lorinser rechercha si le pouce était susceptible d'être déplacé vers le bord cubital ou radial du métacarpien. Dans le premier sens, le déplacement était impossible ; dans le second, au contraire, il pouvait être opéré dans une étendue telle, qu'il était très facile de transformer la luxation en avant en une luxation en dehors. Mais aussitôt que la première phalange fut arrivée au côté externe du métacarpien, il suffit d'une légère traction avec les doigts pour ramener le pouce et le tendon du long extenseur dans leur position normale.

L'articulation fut maintenue immobile au moyen d'un pansement ap[illegible] prié. Le onzième jour du traitement, le malade quitta l'hôpital, j[illegible] de tous les mouvements de l'articulation lésée.

Les circonstances de cette réduction donnèrent à l'au[illegible] conviction qu'en se luxant la phalange avait dû suivre la [illegible] voie par laquelle la réduction a été si facile, et que l'obst[illegible] s'opposait si énergiquement à l'extension, à la flexion et à l'al[illegible]gement, et qui avait été si facilement surmonté par le dépla[illegible] latéral de la phalange, résidait très vraisemblablement [illegible] déviation du tendon du long extenseur du pouce.

Des expériences sur le cadavre confirmèrent cette opinion. Ap[illegible] avoir porté le pouce dans une extension forcée pour romp[illegible] ligaments de la face palmaire, Lorinser chercha à porter [illegible]ment la phalange vers le bord cubital, de manière à dé[illegible] ligament latéral externe (1) ; il luxa alors la phalange, d'ab[illegible] dehors, puis en avant. Cette luxation présentait tous les carac[illegible] qu'il avait observés sur son jeune malade : même positi[illegible] extrémités articulaires, même absence du tendon exten[illegible] la face dorsale. Pendant les tractions, on voyait se former [illegible] même dépression de la peau au-dessous de la tête du métacarp[illegible] la réduction, enfin, offrait les mêmes difficultés le pouce [illegible] étendu, les mêmes facilités quand on ramenait d'abord la pha[illegible] au côté externe du métacarpien.

Une dissection minutieuse de la luxation montra l'état su[illegible] déplacement des surfaces articulaires, comme il a été dit plus [illegible] rupture du ligament articulaire antérieur, ainsi que de la [illegible] fibreuse des tendons ; rupture presque complète du ligament laté[illegible] externe (?) ; rupture partielle de l'expansion fibreuse des tend[illegible] extenseurs. Le tendon du long extenseur était déplacé vers le [illegible] radial, et obéissant à la traction de la phalange vers la face [illegible]maire, avait sauté par-dessus le gros tubercule que prés[illegible] métacarpien à son bord externe, de telle sorte qu'il se trouva[illegible] terposé aux deux os luxés, opposant à la réduction, par la te[illegible] qu'elle acquérait pendant les tractions, un obstacle d'autant [illegible] considérable que ces tractions étaient plus énergiques. Le te[illegible] du court extenseur avait suivi en partie celui du long extense[illegible] son déplacement. La dépression de la peau était produite par [illegible] adhérences fibreuses qui unissent le tégument aux tendons [illegible]tenseurs.

Lorsque le pouce était poussé vers le bord radial du méta[illegible]pien, le tendon du long extenseur se dégageait naturellem[illegible] dessous le tubercule de ce dernier, et dès lors la réduction [illegible]contrait plus d'obstacle.

Ce tubercule externe du premier métacarpien, sur lequel M. Ma[illegible]gaigne a appelé l'attention à l'occasion des luxations du p[illegible] arrière, ne jouerait donc pas un rôle moins important dans les [illegible]tions en avant.

L'auteur ne voudrait pas prétendre que, dans toute luxation [illegible] pouce en avant, le tendon du long extenseur subit le même dép[illegible]cement. Ce dernier peut faire défaut, quand la luxation s'est [illegible] directement ; mais, dans ces cas aussi, la réduction offrira pe[illegible] difficulté. (*Wien. med. Wochenschr.*, 1857, n° 17.)

Sur l'épithélium de la langue et sur la terminaison [illegible] fibres musculaires et nerveuses dans cet organe, [illegible] TH. BILLROTH.

Les observations de M. Billroth ont porté sur la langue de [illegible] grenouille. Les papilles de cet organe, aussi bien les papilles [illegible]formes que les autres, sont composées d'un nombre plus ou m[illegible] considérable de fibrilles très fines, dans lesquelles se voient [illegible] noyaux. Les cellules épithéliales, garnies de cils vibratiles à le[illegible] face superficielle, ont une forme tantôt ovalaire élargie, tantôt cy[illegible]lindrique, et se distinguent par des prolongements de diverses lon[illegible]gueurs, dont elles sont pourvues à leur extrémité adhérente. [illegible]

(1) Il y a évidemment *lapsus calami ;* c'est le ligament latéral interne qu[illegible] rompu, pour permettre au pouce de se porter en dehors.

prolongements se continuent directement avec les fibrilles des papilles, si bien que les cellules semblent être tout simplement la terminaison des fibrilles. Dans certaines préparations, on voit ces cellules encore appendues aux fibrilles. Si ce fait se présente rarement, c'est qu'ordinairement les cellules épithéliales sont très adhérentes entre elles et se détachent en masse. Quelques-unes sont pourvues de deux ou plusieurs prolongements latéraux, comme cela existe pour les cellules épithéliales de la muqueuse nasale.

La grande analogie qu'on trouve entre les couches profondes de tous les épithéliums cylindriques, permet d'admettre que tous se comportent de la même façon, et que le tissu conjonctif sous-jacent est le foyer où se forment constamment de nouvelles cellules. Comment se fait ce développement? Il est impossible de le dire. On peut cependant affirmer *à priori* qu'il doit avoir lieu soit par scission des noyaux des papilles, soit par formation de bourgeons sur les fibrilles des papilles, ce qui expliquerait en même temps pourquoi toutes ces saillies sont si riches en noyaux.

Les épithéliums, d'après ce qui précède, ne seraient, au point de vue histogénique, qu'une dépendance du tissu conjonctif, et il faudrait rejeter la théorie de M. Remak, d'après laquelle ces éléments auraient une existence propre et se développeraient d'une manière indépendante. Cette nouvelle manière de voir est en harmonie avec cette grande vérité, démontrée par M. Virchow, à savoir que le tissu conjonctif contient, outre les éléments fibreux qui le constituent essentiellement, des éléments celluleux dont le rôle est de fournir non seulement les matériaux nécessaires à leur propre conservation, mais encore ceux qui servent à la restauration des parties lésées et à la formation de tissus complétement hétérogènes.

Quand Remak eut montré comme quoi certaines tumeurs épithéliales avaient leur point de départ exclusif dans la couche épidermique, il fut impossible, cependant, d'appliquer sa théorie à certains faits d'histogénie pathologique, celui, par exemple, du développement, au milieu du tissu conjonctif, d'éléments glandulaires et papillaires pourvus d'une couche épithéliale parfaitement organisée. Les recherches de Führer donnèrent à penser que les fibres celluleuses de la rate peuvent, en bourgeonnant, donner naissance à des corpuscules sanguins; plus tard, Billroth fut conduit à admettre que les corpuscules de la lymphe se développent de la même manière dans les glandes lymphatiques, où les noyaux, inclus dans les renflements du tissu fibreux, jouent le rôle de cellules étoilées. Le tissu conjonctif constituerait donc un système en état de produire plus ou moins complétement tout autre tissu simple, et c'est là ce qui donne la clef de ces productions anormales de fibres musculaires, de cartilage, de substance osseuse, de dents, de poils, etc., dans le tissu conjonctif du testicule, de l'ovaire, du cou, etc.

Les *fibres musculaires* des couches superficielles de la langue de la grenouille présentent des particularités non moins intéressantes. Un grand nombre de ces fibres gagnent directement la surface de l'organe, et ce sont elles, spécialement, qui présentent ces ramifications sur lesquelles on a depuis longtemps attiré l'attention. En même temps qu'elles émettent des branches latérales et qu'elles se subdivisent, principalement dans la couche glandulaire, ces fibres se rétrécissent de plus en plus, tout en conservant leurs stries transversales, jusqu'au-dessous des papilles; là elles se continuent avec des fibrilles très fines, dans lesquelles se voient de très gros noyaux. Les fibres musculaires se continuent donc avec les prolongements de ces noyaux, qui sont plutôt de grosses cellules dont la membrane est étroitement appliquée sur le noyau, et qui sont pourvues également de prolongements latéraux établissant des connexions entre elles. Ces cellules, fusiformes et étoilées, envoient dans les papilles des prolongements qui s'y terminent parfois par des extrémités libres et constituent une partie des fibrilles des papilles dont il a été question plus haut. La grande majorité de ces fibrilles, cependant, dérive du tissu conjonctif.

Les *grosses papilles* de la langue de la grenouille ont depuis longtemps attiré l'attention des micrographes par leur richesse nerveuse; contrairement à l'opinion de Leydig, elles sont toutes revêtues d'un épithélium vibratile. En traitant les préparations par la soude, on constate facilement que les fibres nerveuses, à double contour jusqu'au-dessous de l'épithélium, s'y amincissent brusquement, et présentent quelquefois là des apparences d'anses. Ces fibres nerveuses, placées au centre, sont entourées partout de fibres musculaires de moyen diamètre, qui se confondent en haut avec les cellules épithéliales. On trouve enfin dans la papille une anse capillaire plus ou moins complexe, formant souvent à la surface une couronne horizontale. La substance de la papille elle-même est formée de fibrilles de divers calibres, au milieu desquelles sont disséminés des noyaux, et dont les extrémités libres supportent, comme dans les autres papilles, les cellules de l'épithélium.

A la partie supérieure de la papille les cellules sont très adhérentes; rarement on parvient à les détacher isolément. Ordinairement elles s'enlèvent en masse, formant une sorte de couronne, et alors on voit à la surface de la papille les fibrilles blanchâtres qui sont la terminaison des fibres musculaires et nerveuses. Ces cellules, détachées des papilles, sont reconnaissables à leur contenu foncé et à leur union intime. En les séparant, on constate que les centrales sont les plus petites, et qu'elles portent à leur extrémité inférieure un prolongement sur lequel on voit une petite nodosité. L'auteur considère ces cellules comme des cellules ganglionnaires terminales, ou cellules du goût. (*Deutsche Klinik*, n° 21, 1857.)

Nouvelle observation de dégénérescence amyloïde,
par Rud. Virchow.

La lésion en question a été rencontrée un grand nombre de fois par l'auteur; mais dans aucun cas elle n'avait pris autant d'extension que dans le cas suivant.

Obs. — Une femme d'un certain âge, affectée de maladie de Bright avec hydropisie, mourut le 5 décembre 1856 et présenta à l'autopsie une augmentation considérable de volume et une dégénérescence amyloïde des deux reins, de la rate et du foie. Voici quel était le poids de ces organes: Foie, 2,687 grammes; rate, 473gr,8; rein droit, 230 grammes; rein gauche, 190gr,3.

La rate était dégénérée presque dans sa totalité: à la vue et au toucher, elle semblait congelée; dans les reins, c'étaient les petites artères et les glomérules de Malpighi qui avaient subi la transformation amyloïde. Les cellules hépatiques étaient exemptes d'altération; mais la lésion occupait les petits vaisseaux des acini du foie. En examinant l'intestin, on était frappé au premier abord par son aspect anémique, translucide, gris pâle, et par une faible tuméfaction qu'il présentait. L'étude microchimique de cet organe montra que les vaisseaux des villosités étaient presque tous envahis, et que leur parenchyme lui-même était rempli, par places, par de la substance amyloïde. Dans les artères, l'infiltration de la paroi s'étendait profondément dans le tissu sous-muqueux, de sorte que la réaction chimique était très évidente, même à l'œil nu. La muqueuse génitale et surtout le parenchyme utérin avaient subi la même altération, qui s'étendait aux trompes de Fallope et aux ovaires. L'état des muscles de l'utérus offrait des particularités très remarquables: l'organe était augmenté de volume; il avait une couleur pâle spéciale, gris jaunâtre et translucide. Au microscope, il se trouva que toutes les fibres musculaires lisses, réunies en faisceaux très abondants, étaient infiltrées de substance amyloïde, tandis que les vaisseaux, à parois peu épaissies, et le tissu conjonctif intermusculaire ne donnaient nullement lieu à la réaction caractéristique. « Il existe donc, continue M. Virchow, une forme de la prétendue hypertrophie de l'utérus qui n'est autre chose que la dégénérescence amyloïde de cet organe. »

En outre, on trouva une semblable altération dans le *cœur*, dont les parois étaient également épaissies, brunâtres et un peu translucides. Toute la masse charnue présentait la réaction amyloïde; mais la structure semblait peu altérée, attendu que l'intérieur seulement des faisceaux primitifs était plus homogène, plus brillant et plus cassant qu'à l'état normal. La fonction du cœur ne pouvait guère avoir été troublée notablement, car la rigidité cadavérique y était très développée. Le péricarde et l'endocarde participaient eux-mêmes à la lésion, bien qu'à un moindre degré; il y avait même de petits dépôts dans les *nerfs*; mais les observations de l'auteur ne sont pas encore complètes à cet égard. Il a vu, en effet, de distance en distance, entre les fibres nerveuses, de petits dépôts arrondis, translucides, qui donnaient lieu à la réaction amyloïde. Quelques nerfs de l'utérus et du plexus sacré présentaient le même caractère.

Enfin, l'infiltration fut rencontrée également dans le poumon, et cela non point sous forme de granulations éparses, mais bien sous celle de dépôts cireux et homogènes dans les petits vaisseaux et dans le canevas aréolaire. Dans aucun point, cependant, la dégénérescence n'avait atteint un degré considérable.

Dans tous ces organes, les caractères chimiques étaient des plus manifestes, soit qu'on se servît de l'iode seul, soit qu'on eût recours à l'acide sulfurique et à l'iode. Ce dernier moyen, employé avec lenteur, donna lieu à une coloration bleue qui se maintint intacte pendant six semaines. (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol.*, fév. 1857.)

Préparation extemporanée du chlore comme désinfectant, par M. Lambossy.

Le chlorure de chaux, généralement employé dans les cas où il s'agit de dégager du chlore pour désinfecter une salle, outre son prix, a l'inconvénient de s'épuiser assez rapidement. M. Lambossy lui substitue la préparation suivante, aussi simple que peu coûteuse :

Pr.	Sel de cuisine.............	2 cuillerées à soupe.
	Minium..................	2 cuillerées à café.
	Acide sulfurique du commerce.	1 verre à liqueur.
	Eau froide	1 litre.

Mêler le minium avec le sel de cuisine, et introduire le tout dans la bouteille remplie d'eau ; ajouter ensuite petit à petit l'acide sulfurique ; boucher la bouteille et agiter à plusieurs reprises.

La réaction commence aussitôt et se complète en quelques minutes. Il se forme du sulfate de plomb qui se précipite, du sulfate de soude et du chlore, qui restent dissous dans l'eau. Ce dernier, qui donne au liquide une couleur jaune, se dégage dès que l'on débouche la bouteille. Pour produire un dégagement rapide, on verse le liquide dans des assiettes plates, afin d'offrir une large surface à l'évaporation. (*Écho médical* (Suisse), n° 1.)

VII.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire de physiologie humaine, contenant les principales notions de la physiologie comparée, par J. Béclard ; deuxième édition, in-8° de 1123 pages, avec 203 figures intercalées dans le texte. Paris, 1856, chez Labé, place de l'École-de-Médecine.

Dans ces temps d'épreuves et de progrès pour la physiologie, annoncer d'un traité classique une nouvelle édition, de quelque près qu'elle suive la première, ce ne peut être se faire l'écho d'une simple réimpression. Moins qu'avec tout autre, d'ailleurs, cette défiance serait justifiée avec M. Béclard, esprit positif, mais progressif, sans cesse occupé à discerner, dans ce qu'il paraît de neuf, ce qu'il se révèle d'utile ; il a fait profiter son livre des travaux sérieux entrepris récemment sur les divers points plus particulièrement fouillés par le génie inductif ou la curiosité expérimentatrice. Le système nerveux et la nutrition ont surtout reçu les développements que comportait l'activité des études réalisées sur ces obscurs, impénétrables encore, mais déjà un peu plus accessibles problèmes.

On connaît le système d'exposition de M. Béclard. Avec lui, la physiologie n'est pas scindée comme jadis en cinq ou six grandes fonctions indépendantes en quelque sorte l'une de l'autre. C'était là, pour ainsi dire, l'époque féodale de la physiologie. La circulation, la respiration, l'innervation, la locomotion, étaient décrites, étudiées à part. Il y avait des monographies, des vocations distinctes, des spécialités là comme en pathologie ; et trop souvent ces grands vassaux, enorgueillis de leur importance, oubliaient le lien commun qui les rattache ensemble à un pouvoir supérieur.

M. Béclard n'a eu qu'à signaler cette méprise pour la dissiper ; il n'a eu qu'à l'apercevoir pour s'en garantir lui-même. Sous sa plume, ce ne sont plus *les fonctions*, c'est *la vie* qui, rentrant dans ses droits méconnus, reparaît dans l'aspect d'ensemble que lui donne la convergence nécessaire et constante de tous les actes organiques vers un même but.

Néanmoins, nous l'avons expliqué déjà en rendant compte de la première édition, cette fusion n'implique rien de vague ni de superficiel dans l'étude qui se fait sous son impulsion. Tel est, au contraire, le soin minutieux mis par l'auteur à déterminer le rôle, le mécanisme, le résultat de chaque phénomène, qu'on l'accuserait plutôt de manquer de vues générales, si de temps en temps quelques pages frappées au coin de la vraie synthèse ne venaient témoigner d'une tendance tout opposée. Souvent aussi, après avoir analysé un par un tous les éléments d'un problème, il prend soin d'épargner au lecteur le travail d'un résumé complexe et capable de l'égarer, en formulant lui-même la résultante de ces prémisses parfois aussi difficiles à rassembler qu'à féconder. C'est ainsi, c'est dans un tel but et avec un tel fruit qu'a été écrit son chapitre sur la *formation du sucre dans l'économie*.

Ce n'est pas une mince affaire que d'être physiologiste complet. La philosophie et la musique, l'habileté manuelle et la faculté inductive, l'art de l'opticien et les lois de la statistique, se côtoient à chaque pas dans cette œuvre qu'un seul esprit doit nécessairement s'avouer incapable d'embrasser lui-même dans toutes ses parties, un point de vue original. Aussi chaque auteur laisse-t-il percer dans tel ou tel chapitre le secret de ses prédilections, ou plutôt de ses aptitudes particulières. C'est peut-être l'honneur de M. Béclard, c'est à coup sûr le profit de ses lecteurs, qu'on ne puisse deviner dans quelle partie de la rédaction il a tenu sa plume avec le plus de complaisance. Tout est si fondu, si égal, si équitablement réparti, que tout en découvrant là un esprit né pour se mesurer avec les plus hautes questions psychologiques, le lecteur ne se sent ni seulement livré aux dédains d'une préoccupation oublieuse des détails, non plus qu'aux soins distraits d'un collaborateur chargé de *minimis*. En passant par les mains de l'auteur, il n'est pas de matériaux qui n'aient reçu leur lustre, trouvé leur place ou leur rôle propre.

Dans cette trop courte indication des mérites d'un livre que son succès nous dispense de louer, n'oublions pas cependant de mentionner une augmentation réellement très considérable du texte (134 pages), ainsi que l'addition de 70 figures. Dresser ce bilan suffit à prouver les soins apportés à rendre la nouvelle édition digne de réaliser en approbations décisives les encouragements flatteurs qui avaient universellement accueilli la première.

P. Diday.

Aperçu physiologique sur la menstruation, par le docteur Gabriel Minervini. Naples, 1854.

Le rôle important que joue la menstruation dans la vie des femmes justifie les nombreux travaux dont elle a été l'objet. Quels sont et la cause et le but de cette fonction mystérieuse ? Malgré l'éclat des recherches modernes, cette question, d'un incontestable intérêt pratique, est loin encore d'avoir, dégagée des obscurités qui l'environnent, reçu sa solution définitive. On a reconnu le vice de certaines explications anciennes ; mais celles qu'on leur a substituées attestent à leur tour de profondes dissidences.

En homme que tourmente le besoin de pénétrer le pourquoi des choses, M. Minervini n'a pas craint d'aborder le problème difficile dont nous venons de poser les termes. Son opuscule, du reste, détaché de notes accumulées à la longue, n'est en quelque sorte que le prélude d'une publication complète où le côté pathologique du phénomène menstruel doit être lui-même envisagé sous tous ses aspects. Il se divise en deux parties : Dans la première, passant en revue les théories étiologiques des règles, l'auteur s'applique à déterminer la plus probable. Dans la seconde, ayant avec la précédente un lien étroit d'affinité, il s'efforce de découvrir l'utilité, la fin de cette manifestation périodique.

M. Minervini écarte, d'abord, l'influence lunaire, qui tout au plus agirait sur la marche des retours si, d'ailleurs, la concordance sur laquelle on s'est appuyé n'était pas soumise aux plus irrégulières vicissitudes.

On a attribué l'appel du sang à un *ferment* qui, surgissant du

dedans au dehors, stimulerait l'appareil utérin. Ce n'est là qu'une vue purement hypothétique.

Quelques médecins, sans plus de fondement, ont admis un spasme vénérien, une phlogose voluptueuse.

Pour d'autres, dont l'opinion tend à prédominer, MM. Brierre de Boismont, Gendrin, Raciborski, etc., le molimen cataménial serait essentiellement un phénomène de la fécondation. Tout le monde connaît l'évolution des vésicules de Graaf, qui, de la base adhérente des ovaires où elles apparaissent, s'élèvent en grossissant jusqu'à la circonférence libre, où elles se déchirent pour livrer passage aux germes qu'elles contiennent. A cette formation présiderait le mouvement fluxionnaire dont l'hémorrhagie serait la crise.

M. Minervini, toutefois, n'approuve point cette interprétation. De ce que l'éclosion des œufs coïncide avec l'apparition mensuelle, il ne s'ensuit pas, selon lui, que celle-ci dépende de celle-là. Expression d'une disposition pléthorique, l'évacuation périodique viendrait au contraire exonérer l'économie d'un excès de sang qui, destiné dans les prévisions de la nature à la nutrition intra ou extra-utérine de l'enfant, est devenu superflu par l'absence de conception, de grossesse et d'allaitement.

Cette pléthore se trahit par de nombreux indices; localement, on a constaté, dès la première époque, la dilatation des veines spermatiques et utérines. Les parois de la matrice acquièrent elles-mêmes de la densité et de l'épaisseur, en même temps que, d'après Joerg, boutonnent sur sa surface interne des villosités vasculaires et comme fongueuses.

D'un autre côté, l'aptitude à recevoir une surabondance de liquide sanguin est attestée, chez les femmes, par la laxité du tissu cellulaire et l'extensibilité des vaisseaux. La plupart d'entre elles possèdent, en effet, les attributs de la constitution dite sanguine, vive sensibilité, caractère mobile, facile aux impressions, prédominance de l'imagination sur le jugement, formes souples et arrondies.

Ici, toutefois, nous devons faire une réserve. Peut-être aurait-on tort de confondre la pléthore avec le tempérament sanguin qui, selon nous, indique moins une proportion relativement forte de sang dans les tissus que le développement et la tonicité d'un appareil circulatoire correspondant à une santé vigoureuse et à des sentiments énergiques.

A ces raisons majeures s'ajoutent d'ailleurs d'autres considérations d'une réelle importance ; ainsi les règles manquent ou coulent à peine chez les femmes viragos et hermaphrodites, se rapprochant de l'homme par la fermeté des chairs, l'angulosité des contours, les allures et les goûts. L'établissement de la menstruation décide, en outre, de l'accroissement des forces. L'écoulement se supprime-t-il, il n'est pas rare que des hémorrhagies supplémentaires le remplacent ou que se montrent des accidents de pléthore, si ce n'est d'affection inflammatoire. Qui ignore, à cet égard, les troubles qui suivent les irrégularités menstruelles ou accompagnent l'âge critique ?

On a objecté qu'un médiocre embonpoint n'est pas exclusif de règles suffisantes. Sans doute, mais l'organisation comporte des idiosyncrasies, et souvent des déperditions trop copieuses tiennent à quelque particularité maladive. Parfois, a-t-on dit encore, la pléthore empêche la fonction que secondent les émissions sanguines. Mais qu'ont ces observations d'extraordinaire ? N'en peut-il être ainsi quand l'obstacle résulte d'une plénitude excessive ou d'une disposition pathologique ? Par contre, on s'expliquera non moins facilement pourquoi, le système vasculaire étant vide, les menstrues s'arrêtent après des pertes de sang considérables, de graves maladies et une abstinence prolongée.

Maintenant, si pléthore il y a, la théorie finale de la menstruation découle naturellement des remarques qui précèdent. On ne saurait lui assigner pour objet unique l'évolution du germe auquel eût semblé suffire une turgescence locale sans excrétion sanguine. Tout, au contraire, se simplifie dans l'hypothèse de la nutrition éventuelle du fœtus ; car la Providence ne fait rien en vain. La conception a-t-elle lieu, plus de flux hémorrhagique, le sang en excès servant à l'entretien du produit d'abord embryonnaire, puis fœtal. De même après la parturition, la sécrétion lactée tenant en général lieu de menstrues. Tel est le fait capital sur lequel M. Minervini a longuement insisté dans la deuxième partie de son travail.

Plusieurs auteurs ont avancé que l'enfant tirait sa nourriture des eaux de l'amnios ; cette idée, fût-elle vraie, ne préjudicierait nullement à l'opinion énoncée ; mais elle est sans fondement. La seule inspection du mécanisme anatomique indique assez que l'être en voie de formation puise directement ses matériaux alibiles dans le sang de sa mère ; quant aux eaux amniotiques, elles sont évidemment destinées à garantir l'enfant contre les chocs supportés par l'utérus, à favoriser ses mouvements dans l'intérieur de cet organe et à faciliter son issue à travers les parties génératrices.

Au point de vue hygiénique et thérapeutique, la doctrine de M. Minervini a une incontestable portée que notre savant confrère ne manquera pas de faire ressortir dans l'ouvrage complet dont il nous a donné à espérer la publication prochaine. Elle reflète à quelques égards les données anciennes; non qu'on croie aujourd'hui aux qualités intrinséquement offensives du sang des règles (l'idée de purgation est abandonnée) ; mais s'il est une chose certaine, c'est que l'état de pléthore résultat de la rétention, de la suppression ou des irrégularités de la menstruation, est de nature à occasionner de fâcheux désordres. Aussi le livre dont nous venons de présenter l'analyse, écrit d'ailleurs avec une clarté saisissante, se recommande-t-il d'une manière particulière, non-seulement aux esprits d'élite qui s'efforcent d'élucider les hautes théories, mais encore aux praticiens modestes, jaloux de faire tourner leur art au profit de l'humanité souffrante. DELASIAUVE.

VIII.

VARIÉTÉS.

La Société de chirurgie de Paris tiendra sa séance annuelle le mercredi 1er juillet.

— La mort vient d'enlever un des représentants les plus élevés de la science. M. le baron Thenard, ancien pair de France, ancien chancelier de l'Université, membre de l'Institut et grand officier de la Légion d'honneur, a succombé le 21 juin à l'âge de quatre-vingts ans. Chacun se rappelle que c'est à cet illustre savant qu'est due la récente fondation de la Société de secours des Amis des sciences. Ses dépouilles mortelles ont été transportées dans une de ses propriétés. Plusieurs discours ont été prononcés dans la cour de l'embarcadère : par MM. Dumas, au nom du Conseil supérieur de l'instruction publique ; Geoffroy Saint-Hilaire, au nom de l'Institut ; Pelouze, au nom de la section de chimie de l'Académie des sciences ; Giraud (d'Aix), au nom de l'ancien Conseil de l'instruction publique ; Balard, au nom de la Faculté des sciences.

— M. Camille Lauwers (de Courtrai), collaborateur des *Annales de la Flandre occidentale*, vient de succomber, tout jeune encore, aux progrès d'une maladie chronique. Nous avions eu plusieurs fois à apprécier les travaux de notre confrère, et nous comprenons les témoignages de regret que sa mort inspire à ses compatriotes.

— Nous avons la douleur d'apprendre qu'un des internes les plus distingués des hôpitaux, M. Saint-Germain, interne à la Pitié, vient de succomber aux suites d'une piqûre anatomique.

— La ville d'Étampes a voté l'érection d'un monument à la mémoire de l'illustre naturaliste qui est né dans ses murs, Étienne Geoffroy Saint-Hilaire. Une commission a été chargée de veiller aux soins de l'érection de ce monument, approuvée par un décret impérial du 14 juillet 1856. — Les souscriptions sont reçues à Paris, au secrétariat de la Faculté des sciences.

— La statue en bronze de Bichat, œuvre dernière de David (d'Angers), est terminée. La commission permanente du congrès médical et la commission spéciale de la statue, ont offert cette statue à la Faculté de médecine de Paris, qui l'a acceptée ; elle doit être placée au milieu du portique qui précède le grand amphithéâtre. Son inauguration est fixée au mercredi 8 juillet prochain.

— La commission administrative des hospices de Montpellier a donné sa démission. La cause de cette retraite est un conflit survenu entre elle et le conseil municipal. (*Revue thérap. du Midi.*)

— M. Flourens a commencé au Muséum d'histoire naturelle son cours de physiologie comparée, le mardi 23 juin 1857, à onze heures précises, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

L'objet du cours de cette année sera l'étude des *lois de la vie*. Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la *Gazette hebdomadaire* expire le 30 juin 1857, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 10 juillet 1857, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 juillet prochain.

IX.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 6ᵉ livraison. Sur la vérole et son traitement, par *C. Lauwers*. — Cas de hernie ischiatique, par *Vandommolen*. — Sur les constitutions régnantes, par *Boens*.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES. — Avril. Faits observés dans les rêves et dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, par *Maury*. — Influence réciproque et sympathique des appareils cérébral et digestif, par *Kellogg*. — Paralysie générale à l'hôpital de la Senavra, par *Baillarger*. — État mental de Proust, inculpé de meurtre, par *Payen*. — Simulation de folie, par *Auzouy*.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Juin. Invasion du choléra en Europe ; théorie de la propagation, par *Marc d'Espine*. — Aliénation suite de rhumatisme articulaire aigu, par *Delioux*. — Du vertige goutteux, par *Blondeau*. — Analogie des stupéfiants diffusibles et de toutes les substances dites antispasmodiques, par *Fonssagrives*.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — 1856-57, nº 5. Opération de chéiloplastie ; *rapport*, par *De Meyer*. — Ablation totale de la mâchoire inférieure, par *J. Heyfelder*. — Du cathétérisme de l'urèthre, par *Leroy* (d'Étiolles.)

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 15 mai. Traitement des fractures sur la région dorso-lombaire de la colonne vertébrale, par *Bonnet*. — Recherches électro-physiologiques sur les mouvements de la main et du pied, par *Duchenne*. — *Guarana* contre la diarrhée, par *Harvé*. — 30 mai. Eaux minérales dans la paralysie, par *Durand-Fardel*. — Électro-physiologie, etc.

ÉCHO MÉDICAL (Suisse). — Nº 3. Causes des fièvres typhoïdes épidémiques, par *Druhen*. — Sur les eaux d'Aix en Savoie et de Bade en Argovie, par *Monnerat* fils. — 4. De l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, par *Piachaud*. — Fièvres typhoïdes (suite). — Maladies régnantes du canton de Genève, par *Appia*.

ÉCHO MÉDICAL DE PARIS. — T. Iᵉʳ, nᵒˢ 15 et 16. Eaux de Viterbe, par *Armand*. — 17. Fièvres en Algérie et en Italie, par *Armand*.

GAZETTE MÉDICALE D'ORIENT. — 1857. Nº 2. Fièvre miliaire à Constantinople, par *Tian*. — Observation d'hématocèle péri-utérine, par M *Picipio*.

GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE. — Nº 5. Ophthalmie due à l'obstruction des conduits auditifs externes, par *Busschaert*. — Du bouton de Biskara, par *Sonrier*. — *Idem*, par *Bertherand*. — Emploi topique de l'iodure d'amidon, par *Castex*.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — Nº 20. Deuxième mémoire sur l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés chez les enfants, par *Hervieux*. — 21. Influence de l'âge sur la capacité vitale du poumon, par *Schnepf*. — Diagnostic différentiel et traitement des ulcérations du col utérin, par *Mascarel*. — 22. Sang dans l'état physiologique et pathologique, par *Parchappe*. — Sur les paralysies dynamiques, par *Macario*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — Nº 9. Nécessité de la saignée dans le traitement de la variole, par *Farrez*. — Restauration de la sous-cloison et de la moitié inférieure du nez avec la portion moyenne de la lèvre inférieure, par *Rollet*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — Nº 5. Épidémie de variole et de suette à Neuhof (banlieue de Strasbourg), par *Robert*. — Clinique obstétricale, par *Lévy*. — Vaccine et fièvre typhoïde, par *Marquez*. — Sur la pourriture d'hôpital (suite), par *Marmy*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Épidémie de variole arrêtée dans la marche par des vaccinations et revaccinations, par *H. Gintrac*. — Clinique obstétricale, par *Rousset*. — Nouveau persulfate de fer soluble comme hémostatique, par *Monsel*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — Nº 9. Sur le mot thérapeutique et sa signification, par *Dumont*.

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. 1857. — Janvier. Sur le meilleur procédé de castration dans le sarcocèle, par *Dillon*. — Le bouton de Biskara existe-t-il chez le cheval? par *Merche*. — Indigestion stomacale chez le cheval, par *Frangé*. — Rupture bronchique, emphysème chez un cheval, par *Anginiard*. — Ischurie par un calcul dans l'urèthre d'un cheval, par *Moreau* jeune. — Février. Inoculation de la péripneumonie épizootique, par *Dubos*. — *Idem*, par *Lebel*. — Contagion de la fièvre aphtheuse, par *Ringuet*. — Mars. Castration dans le sarcocèle (suite). (Ces trois derniers numéros renferment en outre plusieurs lettres de MM. Delorme, Ercolani, Frangé, Benjamin et Huart, sur la castration). — Obstruction de l'œsophage par un corps étranger, par *Chapard*. — Avril. Traitement de la phlébite ulcérative et suppurative de la jugulaire chez le cheval et le mulet, par *Delorme*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 15 mai. Fièvres du nord de l'Afrique, par *Mouchet*. — 31 mai. Traitement des diathèses chroniques par les eaux minérales, par *Pâtissier*.

RÉPERTOIRE DE PHARMACIE. — Nº 11. Fluorures dans certaines eaux minérales par *Nicklès*.

UNION MÉDICALE DE LA GIRONDE. — Mai. Kystes séreux du cou guéris par l'in[illegible] iodée, par *Dupuy*. — Traitement de l'ophthalmie scrofuleuse, par *Soul*.

ARCHIV VON VIRCHOW. — Mars, 1857. Sur les paralysies partielles des extrémités par suite de l'usage prolongé du tabac à priser contenant du plomb, par *Moritz Meyer*. — Quelques considérations sur ce qu'on appelle l'infarctus d'urée dans les reins [illegible] enfants nouveau-nés, par *C. Hecker*. — Contribution à la pathologie expérim[illegible] de la rate, par *E. Jackowitz*. — Contribution à l'étude de l'atélectasie pulmonaire acquise, par *C. Gerhardt*. — Sur les bruits consonnants, par *C. Schweigger*.

ARCHIV FUER PATHOLOGISCHE ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE (H. von Virchow). XI Bd, 4 Heft. Sur la déchirure des membranes internes des artères du cou chez les pen[illegible], par *Gustave Simon*. — Propriétés de la caséine, par *Falck*. — Quelques cas de dégénération amylacée, par *Friedreich*. — Cas de diabète traumatique, par *Hermann Itzigsohn*. — Sur la formation du sucre dans le foie, par *V. Hensen*.

DEUTSCHE KLINIK. — Nᵒˢ 17 à 20. — 18. Sur l'infarctus d'urée dans les reins et sur les cristallisations de l'urée, par le professeur *Albers*. — 20. Sur l'amylène et sur ses propriétés anesthésiques, par *Spiegelberg* et *Lohmeyer*. — Sur l'hydro[illegible], par *Voltolini* (suite). — Contributions à la chirurgie opératoire, par *Heyfelder*.

ŒSTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT FUER PRACTISCHE HEILKUNDE. — Nᵒˢ 15 à 17. — 16. Du traitement dans les tumeurs de l'orbite, par *Heyfelder*.

VIERTELJAHRSCHRIFT F. DIE PRAKTISCHE HEILKUNDE. — 1857. 4ᵉ cahier. Traitement des fractures obliques des membres inférieurs, avec un nouvel appareil à extension, par le professeur *v. Dumreicher*. — L'infarctus hémoptoïque du poumon, par le professeur *R. Heschl*. — Œdème de la glotte, par le professeur *Pitha*. — Des causes de la présentation normale de la tête, par *Cohen*. — Observations sur les effets du veratrum lobelianum Bernhardi dans la dysentérie, par *Hubeny*. — Ma[illegible] des climats septentrionaux, c'est-à-dire des pays situés vers le 60ᵉ degré de latitude et au delà, par *Meyer Ahrens*.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — Nᵒˢ 17 à 19. — 17. Observations sur les effets de l'amylène, par *Rabatz*. — 18. Sur les épizooties, par *P. Röll*. — Sur la guérison et les récidives des maladies syphilitiques (2ᵉ article), par *Sigmund*.

ZEITSCHRIFT F. KLINISCHE MEDIZIN, von F. Günsburg. — VIIIᵉ Bd., 3 Heft. Mai 1857. Clinique chirurgicale de l'hôpital de Breslau, par *G. Joseph* (suite).

BRITISH MEDICAL JOURNAL. — 1857. Nº 21. Sur le rhumatisme aigu, par *Ot*[illegible]. — Ulcère de l'estomac et cirrhose du foie, par *L. Bowles*. — Comment tuent le chloroforme et l'amylène, par *Webber*. — Avortement sans hémorrhagie ; rétention prolongée de l'œuf, par *West*. — Gangrène ; séparation spontanée de la [illegible] guérison, par *Pridham*.

CHARLESTON MEDICAL JOURNAL. — Mars. Dysentérie épidémique, par *Turrentine*. — Quatre cas de pneumonie, par *E. Perry*. — Propriétés médicales du gelsemium sempervirens (jasmin jaune), par *Mayer*. — Sur les propriétés des agents médicamenteux, par *Norwood*. — Sur un cas de placenta prævia, par *Post*. — Cas de rétention d'urine, par *Hunter*. — Nouveaux faits sur la physiologie du système nerveux par *Brown-Sequard*.

DUBLIN QUARTERLY JOURNAL. — 1857. Mai. Nº 46. Essai sur la syphilis, par *F*[illegible]. Complications cérébrales dans la fièvre, par *Hudson*. — Traitement des rétrécissements de l'urèthre, par *Wilmot*. — Sur les crânes humains dans le Muséum [illegible] de l'armée, par *Williamson*. — Collection des manuscrits de feu *Abraham* [illegible] — Sur la vésication du col de l'utérus, par *Johns*. — Sur l'incision de [illegible], par *Fleming*.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL. — Mai. Sur les fractures non réunies, par *Syme*. — Influence des progrès du diagnostic sur le traitement des maladies internes ; réponse à *Bennett*, par *Alison*. — Réplique, par *Bennett*. — Clinique ophthalmologique, par *R. Hamilton*. — Gonflement insolite à la cuisse, par *Milton*. — Fièvre de Crimée, par *Pinkerton*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — Nº 359. Instructions pour les officiers de santé attachés à l'expédition de Chine. — Observation de kystes osseux de la mâchoire inférieure ; amputation de la portion d'os malade, par *R. Adams*. — Rupture de l'utérus ; hydrocéphale congénital, par *G.-F. Giles*. — 360. Anévrysme de la sous-clavière guéri par le déplacement du caillot, par *R. Little*. — Importance du [illegible] dans la chloroformisation, par *R. Dyce*. — Hernie étranglée chez un enfant ; opération, par *L. Atkinson*.

THE CINCINNATI MEDICAL OBSERVER. — Mai. Sur les tumeurs ovariennes, par *T*[illegible]. Cas de placenta prævia, par *A.-S. Palmer*.

THE LANCET. — 1857. Vol. I, nº 18. Mode de propagation et traitement de [illegible], par *H. Willshire*. — Clinique. — 19 (Manque). — 20. Mortalité du bétail, par *Lauder Lindsay*. — Sur l'uréthroplastie, par *P. Thompson*. — 21. Valeur de l'ophthalmoscope, par *Jabez Hogg*. — Expériences sur la digestion artificielle par *K. Chambers*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — 1857. Nº 16. Propriété antidysentérique de la chair de mouton, par *G. Pensa*. — Rapports de la tuberculose, du rachitisme et du goître avec la diathèse scrofuleuse, par *Vassallo Faraci*. — 18 (le nº 17 manque). *Idem*. — 19. *Idem*. — 20. Trois cas de peau bronzée sans altération des capsules surrénales, par *Tigri*. — Tuberculose, etc. (suite).

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — Nº 19. Nouvelle théorie sur les fonctions des parties du cerveau, par *Luizi Maschi*.

IL FILIATRO SEBEZIO. — 1857. Mai. Nécessité de l'étude de l'histoire de la médecine, par *de Renzi*.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'Ecole-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. PARIS, 3 JUILLET 1857. N° 27.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de M. le Ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 25 juin 1857, M. DOLBEAU, docteur en médecine, aide d'anatomie, est nommé prosecteur de la Faculté de médecine de Paris.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'OPHTHALMOSCOPE ET DE SON USAGE, par le docteur RICHARD LIEBREICH (de Berlin).

Nous avions depuis longtemps l'intention de rassembler dans un article l'exposé des principes de l'ophthalmoscopie, la description de quelques ophthalmoscopes, les indications nécessaires à l'emploi de ce genre d'instrument, et enfin le résumé des applications qui en ont été faites à la physiologie et à la pathologie de l'œil. Nous trouvons ce travail tout fait dans deux publications récentes : d'abord dans le dernier fascicule de la quatrième édition du TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE L'ŒIL, par W. MACKENZIE, traduite de l'anglais et augmentée de notes par MM. Warlomont et Testelin ; puis dans une excellente thèse soutenue récemment à la Faculté de Paris par M. de la Calle (de la Havane). L'article que nous insérons aujourd'hui, et qui est uniquement relatif à la partie instrumentale de la question, est extrait d'un chapitre rédigé tout exprès pour la nouvelle édition de l'ouvrage de Mackenzie, par M. Liebreich (de Berlin), l'un des praticiens auxquels l'ophthalmologie en général et l'ophthalmoscopie en particulier sont le plus redevables. MM. Warlomont et Testelin ont bien voulu nous autoriser à reproduire une partie des planches qui accompagnent ce chapitre : qu'ils nous permettent de les en remercier ici.

Le travail de M. Liebreich ne contient que quelques lignes relatives à l'ophthalmoscope de M. Desmarres : nous donnons dans un

---

FEUILLETON.

De quelques marbres antiques concernant des études anatomiques.

Deuxième article. — Voir le numéro 25.

Le buste d'Ésope offre deux genres d'intérêt : il est un des plus remarquables témoignages de la supériorité avec laquelle la statuaire antique savait allier au culte du beau l'étude sévère et minutieuse de la réalité ; et, de plus, avec beaucoup d'autres morceaux de sculpture, il introduit dans les arts plastiques un élément de critique dont il appartient aux médecins d'établir la signification et la portée.

Ce n'est pas sans étonnement qu'on lit dans des ouvrages estimés sur l'histoire de l'art, qu'on entend répéter dans les académies, dans les congrès archéologiques, dans les ateliers de peintres et de sculpteurs éminents, que les artistes de l'antiquité, sans cesse engagés à la poursuite d'un idéal ou gracieux ou sublime, ne ravalaient pas leur ciseau à la copie du difforme. Sans compter les associations monstrueuses de formes hétéroclites dont la mythologie et la légende grecques offrent de nombreux exemples (centaures, tritons, satyres, griffons, etc.) ; sans rappeler l'aspect disgracieux, piteux et rabougri qu'ils donnaient, dans certains bas-reliefs, à l'un de leurs dieux, à l'époux malheureux de Vénus ; sans compter les *grotesques* et les *caricatures* dont l'art romain, en son plus beau temps, ornait les murs de Pompéi, il suffit de suivre avec attention la longue file de bustes que renferment les musées de France et d'Italie, pour s'assurer que, dans la représentation de la figure humaine, les statuaires d'Athènes et de Rome s'astreignaient à une scrupuleuse fidélité. Dans les figures mêmes dont la tradition historique a consacré la beauté, ils conservaient et marquaient consciencieusement d'un coup de ciseau les irrégularités échappées à la nature. Le visage en était-il moins beau, parce qu'il était plus vrai ? Non : l'expression du visage, le rayonnement de l'âme dans les traits, dans l'attitude, ne sont pas effacés par un défaut partiel.

appendice, d'après M. de la Calle, la description de ce dernier instrument, avec une figure qui en représente l'emploi et que M. Charrière a fait exécuter sur les indications de M. Desmarres. A. D.

I. — Invention de l'ophthalmoscope par M. Helmholtz.

L'iris est percé d'une ouverture qui livre passage aux rayons lumineux et leur permet de traverser les milieux transparents de l'œil pour venir en frapper les membranes internes. Un grand nombre d'auteurs ont déjà recherché pourquoi rien de ces rayons n'est réfléchi au-dehors de manière à être vu par l'observateur; pourquoi, en un mot, la pupille est ordinairement d'un noir parfait. La couleur sombre du pigment, l'obscurité de l'intérieur de l'œil par rapport au monde extérieur, et, avant tout, les propriétés réfringentes des milieux transparents, sont toutes circonstances qui, tour à tour, ont servi à donner une explication plus ou moins satisfaisante de ce phénomène; explication qui ne se trouve pas en réalité dans l'une de ces conditions, prise isolément, mais bien dans leur association. L'absence de l'une d'elles suffit déjà pour transformer le noir parfait de la pupille en un gris clair. Lorsque la quantité du pigment noir de la choroïde est moindre que dans l'état normal (albinisme) et que, par conséquent, l'absorption des rayons par ce pigment est imparfaite, l'ouverture pupillaire cesse de se trouver dans une obscurité absolue. En effet, une quantité de lumière beaucoup plus grande que de coutume se trouve alors réfléchie par la face interne de la sclérotique. Un résultat analogue est la conséquence de la dilatation de la pupille (mydriase), qui permet à une quantité de lumière bien plus considérable qu'à l'état normal, de pénétrer dans l'intérieur de l'œil. Enfin, la diminution de l'intensité du noir pupillaire peut aussi résulter de ce que la surface réfléchissante du fond de l'œil se trouve anormalement placée en avant du plan focal des milieux réfringents ; condition qui peut être le résultat soit d'un état d'hyperpresbyopie, soit de la présence d'une tumeur dans le globe de l'œil. En un mot, aussi bien dans les cas d'albinisme que dans ceux de mydriase et d'hyperpresbyopie, la pupille prend une teinte d'un gris clair miroitant en rougeâtre.

Mais la perte complète de la couleur noire de la pupille, et l'éclat brillant que cette dernière peut revêtir dans certaines circonstances, trouvent surtout leur raison d'être dans certaines conditions dioptriques des milieux oculaires. Lorsqu'un corps lumineux projette des rayons sur l'œil, ces rayons sont réfractés par les milieux réfringents de cet organe et vont se réunir en un certain point pour y former une image renversée et parfaitement nette du corps dont ils émanent. Ce point se trouve naturellement plus ou moins rapproché de la rétine, selon que l'œil est plus ou moins exactement accommodé pour la distance à laquelle le corps lumineux se trouve placé. L'image renversée éclaire une certaine place déterminée du fond de l'œil, et l'on comprend qu'un observateur pourra apercevoir, dans une certaine direction, cette place éclairée de la profondeur de l'organe. Si nous recherchons quelle est cette direction, nous trouvons que les milieux réfringents placés devant le point éclairé du fond de l'œil réfractent la lumière qui émane de ce point, de manière à lui faire prendre en sortant de l'œil une direction qui répond plus ou moins exactement à la position occupée par le corps lumineux. Il s'ensuit que l'observateur, à mesure qu'il se rapproche de ce dernier, reçoit une quantité de plus en plus grande des rayons qui, renvoyés par le fond de l'œil observé, se dirigent de nouveau vers la source lumineuse d'où ils sont partis. C'est sur ce principe que reposent les diverses méthodes de faire luire l'œil. M. Bruecke a imaginé de placer, devant une lampe servant à l'expérience, un écran qui lui permit de diriger son regard vers l'œil observé, tout en étant lui-même placé immédiatement derrière la flamme, sans cependant en être ébloui. Dans ces conditions, il a vu que la pupille luisait d'autant plus que l'œil était moins accommodé pour la distance de la lampe. Cumming, de son côté, arrivait, par la même méthode, à un résultat semblable. M. d'Erlach avait déjà remarqué que les yeux d'un de ses amis lui paraissaient luire lorsqu'il était lui-même placé en face d'une lampe, de manière à pouvoir regarder l'œil de son ami au travers de l'image spéculaire de la lampe qui se formait sur ses propres lunettes (1).

(1) Voici comment le principe de l'ophthalmoscope est indiqué par M. de la Calle.

« Helmholtz (*Beschreibung eines Augenspiegels zur Beobachtung der Netzhaut im lebenden Auge*; Berlin, 1851), professeur de physiologie à Kœnigsberg, fut le premier qui donna une démonstration de la couleur noire présentée par la pupille. C'est dans les propriétés réfringentes de l'œil, dit-il, que l'on doit rechercher la raison de la couleur noire de la pupille. Supposons que l'œil à explorer regarde un point lumineux situé à une courte distance, les rayons projetés dans l'œil par ce point lumineux iront se rencontrer au niveau d'un point de la rétine : réfléchis à leur tour par cette membrane, ils sortiront au dehors de l'organe

---

Bien plus, il y a, entre les différentes parties d'une même face, certains rapports, une certaine concordance, où rien ne saurait être dérangé sans que l'expression tout entière en soit faussée, et où même un embellissement partiel, comme un nez droit substitué à un nez relevé, le rétablissement d'un niveau parfait entre les deux sourcils, une fossette supprimée, altérerait, nous ne disons plus seulement le caractère, mais la *beauté* de l'ensemble. Un observateur d'une grande finesse et qui avait fait de la physionomie une étude toute spéciale, Grandville, s'était rendu un compte très sérieux des révolutions qu'apportait dans une figure le changement d'un trait essentiel. Il avait ainsi créé, à son usage, un grand nombre de types, et il confiait un jour à quelqu'un qu'il lui suffisait de mettre le nez d'une personne sur le visage d'une autre, toutes deux exemptes de laideur, pour obtenir une caricature. Les artistes de l'antiquité, qui ont si finement, si véridiquement interprété les figures d'animaux, comme en témoigne surtout une des salles du Vatican, ne pouvaient être ni moins exacts ni moins sincères dans l'interprétation de la figure humaine.

Nous disons, en second lieu, que la représentation du difforme rencontre, dans certaines notions de l'ordre médical, un moyen de contrôle qui permet de la distinguer aisément des défauts d'exécution. La médecine, en d'autres termes, est en possession de décider si telle ou telle imperfection de traits, d'attitude ou de conformation, appartient à la nature ou au ciseau, et si conséquemment elle accuse chez l'artiste ou une grande habileté ou une grande impéritie. Il n'est, pour ainsi dire, pas d'irrégularité morphologique absolument circonscrite ; ce n'est jamais qu'un centre d'où émanent, dans les parties environnantes et parfois à une grande distance, des caractères spéciaux, entièrement subordonnés à la nature, au siége, au degré de la difformité, et qui la traduisent selon des règles fixes et nécessaires. Supposez un des sourcils plus arqué, ou inséré plus haut que l'autre : c'est une anomalie fréquente, ainsi qu'il est facile à chacun de s'en assurer. Si le sourcil surélevé suit, comme c'est l'ordinaire, le bord supérieur de l'orbite, c'est que l'orbite de ce côté est aussi plus élevée que celle du côté opposé, ou qu'elle est plus ouverte. Dans ce dernier cas, les

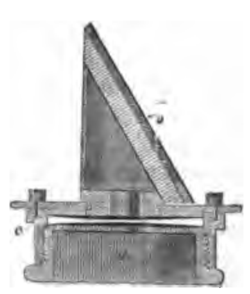
Lorsque M. Helmholtz inventa l'ophthalmoscope, il jugea que le principe sur lequel était fondée l'observation de M. d'Erlach était celui qui lui permettait de réaliser l'éclairage le plus intense du fond de l'œil. La quantité de lumière que réfléchit une plaque de verre plane est d'autant plus grande que l'angle d'incidence sous lequel elle est reçue est plus grand. Des calculs très exacts firent découvrir à M. Helmholtz que l'incidence sous un angle de 70 degrés était la plus avantageuse pour l'éclairage de l'œil dans le cas où l'on fait usage d'une simple plaque de verre plane. Il reconnut de plus qu'on peut obtenir la même intensité lumineuse au moyen d'une incidence de 60 degrés, lorsqu'au lieu d'une seule plaque de verre plane on en emploie trois superposées, et d'une incidence de 50 degrés lorsqu'on en emploie quatre. En effet, les images spéculaires dues à plusieurs surfaces parallèles et placées les unes derrière les autres se recouvrant à peu près exactement, donnent lieu à une somme de clarté égale à celle des quantités de lumière provenant de toutes ces images ensemble. On voit par là qu'il y a deux procédés pour arriver à obtenir le degré d'éclairage nécessaire : d'une part, la grandeur de l'angle d'incidence ; d'autre part, la multiplicité des plaques. C'est à ce dernier moyen que M. Helmholtz a eu recours, parce qu'il a trouvé qu'il était plus avantageux et plus commode de ne pas regarder obliquement à travers les verres, et que d'ailleurs le système de plaques de verre planes et parallèles a, en outre, l'avantage d'agir comme un appareil de polarisation pour modérer l'intensité incommode du reflet cornéen.

Un premier point était donc acquis à la construction de l'ophthalmoscope, à savoir la partie de l'instrument qui devait servir à éclairer l'intérieur de l'œil. Restait à trouver un moyen qui permît à l'observateur d'obtenir une image distincte du fond de l'œil éclairé ; il fallait, pour cela, faire diverger les rayons émanant, en état de convergence, de l'œil en observation. C'est dans ce but que M. Helmholtz adapta à son appareil des verres concaves et qu'il lui donna, en définitive, la disposition que nous allons décrire.

Description de l'ophthalmoscope de M. Helmholtz. — Les plaques de verre rectangulaire (fig. 2 *b*) qui servent à l'éclairage sont fixées sous un angle de 56 degrés (correspondant à l'angle d'incidence) contre un petit disque de métal (fig. 1 *a*), à l'aide d'un cadre de laiton ayant la forme d'un prisme tétraèdre droit. Elles sont susceptibles de se mouvoir autour d'un axe placé perpendiculairement sur le centre de ce disque. Un cylindre creux, assez court, destiné à recevoir dans son intérieur une ou plusieurs lentilles concaves (fig. 2 *c*), est ajusté par l'une de ses extrémités sur le disque. L'extrémité opposée est fermée par une plaque ronde, percée d'un trou en son milieu, et fixée au moyen d'un pas de vis (fig. 2 *d*). En outre, ce cylindre est fixé à une tige courte (fig. 1 *b'*) qui sert de support à l'appareil. La force de la lentille concave introduite dans le cylindre doit être subordonnée, d'une part, à la longueur de la vue du patient, de l'autre, à celle de la vue de l'observateur. En effet, la lentille concave doit être d'autant plus forte que les



Figure 1.


Figure 2.

mais, comme ils doivent passer par les mêmes milieux qu'ils avaient traversés en entrant, ils y subiront la même réfraction et conséquemment ils iront se rencontrer au niveau du point lumineux, leur point de départ, pour y former l'image rétinienne.

»Il se déduit de cette démonstration que nous ne pouvons voir la rétine d'un individu que dans le cas où celui-ci regarderait attentivement notre propre œil, qui, dans cette occasion, serait le point lumineux. Or, il est clair que la lumière que notre œil peut projeter est trop insuffisante pour éclairer le fond de l'organe à explorer ; par conséquent, en voulant regarder dans le fond de cet œil, nous ne faisons qu'intercepter, par l'interposition de notre tête, le jour qui devait l'éclairer : laissé de cette façon dans l'ombre, il paraîtra naturellement noir....

»Ces idées portèrent Helmholtz à la découverte de l'ophthalmoscope, *instrument* qui permet non seulement de voir le miroitage de l'œil, mais les *détails* du fond de l'œil. Nous avons vu, par ce qui précède, que chez un individu quelconque les rayons lumineux réfléchis par le fond de l'œil vont se réunir au niveau du point lumineux qui les avait projetés dans l'œil : eh bien ! si au moyen d'un mécanisme quelconque on peut envoyer dans l'œil à observer une lumière suffisante pour éclairer la rétine et se placer en même temps de manière à recevoir les rayons qu'elle reflète, on pourra examiner le fond de l'œil dans tous ses détails. C'est ce que Helmholtz découvrit en 1851. » (De La Calle, *Thèses*, p. 14.)

deux yeux resteront de niveau ; dans le premier, ils cesseront d'être situés sur une même ligne horizontale ; mais, dans l'un comme dans l'autre cas, on conçoit aisément que toutes les parties voisines de l'orbite agrandie ou déplacée, la tempe, les paupières, les parties constituantes de la joue, devront s'adapter à cette disposition particulière et subir dans leur étendue ou dans leur forme des modifications appropriées. La chose, sans être plus nécessaire, deviendra plus apparente si le vice de conformation porte sur une plus grande échelle, s'il s'agit, par exemple, d'un torticolis ou d'une atrophie congénitale d'un côté de la face. Alors on peut dire qu'il n'y a pas un des traits de ce côté qui ressemble au trait congénère, mais que, pour chacun d'eux, il existe des différences de longueur, de relief, de méplat, de configuration, etc. De plus, dans l'attache des cheveux, dans la position de l'oreille, dans la conformation du cou, des épaules, du thorax, de nombreux changements sont imposés, s'il s'agit d'un torticolis, par le fait seul du bridement et de la déviation de la tête. Or, nous le répétons, les effets visibles de la difformité, les effets primitifs comme les effets consécutifs, n'ont rien d'arbitraire, et c'est par là qu'on peut s'assurer, en présence d'une figure anomale, si c'est la maladresse qui a égaré le ciseau, ou une science profonde qui l'a dirigé dans l'imitation de la nature.

Hâtons-nous de le dire, ce qui reste de l'antique atteste que les statuaires grecs et romains savaient apporter, dans la copie des imperfections de la forme, une remarquable exactitude. Les asymétries de la face, dont nous parlions à l'instant, sont très bien rendues dans plusieurs bustes des musées, où beaucoup d'artistes, peut-être, croient apercevoir des défauts de facture, et où nous voyons, au contraire, des portraits consciencieusement étudiés et ressemblants au moins par les côtés défectueux de la figure originale. Il y a là matière à un travail intéressant.

Ce n'est pas tout. Si les notions précises sur les difformités donnent le moyen d'assurer le jugement sur la valeur artistique d'un morceau de sculpture, elles donnent en même temps celui de reconnaître certains personnages de l'antiquité auxquels la tradition attribue des difformités définies. L'Alexandre en buste du

rayons renvoyés par l'œil en expérience arrivent à l'observateur sous un angle de convergence plus aigu. D'un autre côté, elle doit être d'autant plus puissante que les rayons ont besoin d'une plus grande divergence pour venir se croiser exactement sur la rétine de l'observateur. On voit par là qu'il est nécessaire de choisir une lentille à distance focale d'autant plus courte que la myopie du patient ou celle de l'observateur est plus prononcée......

II. — Description des divers ophthalmoscopes.

L'auteur divise, avec M. Zehender, les ophthalmoscopes en deux catégories : celle des homocentriques, *qui comprend les simples miroirs concaves, et celle des* hétérocentriques, *qui renferme les réflecteurs où la lumière, avant d'être réfléchie, doit traverser des surfaces à centres de courbures différentes. Il y a enfin des ophthalmoscopes sans réflecteur.*

La partie dioptrique de ces différents instruments n'est pas formée seulement par des lentilles concaves, mais aussi par des verres convexes, ou même exclusivement par ceux-ci. *Il est en effet deux méthodes distinctes applicables à l'examen du fond de l'œil éclairé :* celle par l'*image droite* et celle par l'*image renversée.* Lorsqu'on suit la première de ces méthodes, on se sert des milieux transparents de l'œil comme d'une loupe au moyen de laquelle on voit une image virtuelle et fortement grossie du fond de l'œil, et qui est placée derrière lui. Il peut arriver que l'on trouve cette loupe naturelle *trop fortement réfringente*, et, dans ce cas, l'on en affaiblit l'effet par l'interposition d'un verre concave que l'on choisit d'une certaine force, déterminée par les circonstances déjà mentionnées plus haut, à propos de l'ophthalmoscope de M. Helmhltz.

Dans la méthode d'observation par l'image renversée, on fait jouer au contraire aux milieux réfringents de l'œil le rôle de l'objectif d'un télescope astronomique, c'est-à-dire qu'ils projettent une image réelle et renversée du fond de l'œil.

Cette image se trouve dans un plan qui répond à la distance pour laquelle l'œil est accommodé. Lorsque l'objectif en question est *trop faible*, on le renforce par l'adjonction d'une lentille convexe. Par ce moyen, l'on rapproche l'image réelle, aérienne, de la figure du patient, ce qui permet de l'amener dans le domaine de la vision distincte et de l'observer avec facilité. Dans le cas où l'on désire grossir encore davantage cette image, on peut combiner l'objectif du télescope avec un oculaire, en un mot, observer l'image à l'aide d'un verre convexe dont on arme son propre œil....

A. Ophthalmoscopes a réflecteur homocentrique.

Dans cette catégorie d'ophthalmoscopes, où se trouvent ceux de MM. Ruete, Jaeger, Stellwag, Aganostakis, Ulrich jeune, Hasner et celui qui appartient à l'auteur lui-même, nous ne donnerons la description que de l'instrument de M. Jaeger, qui est simple et commode, et de celui de M. Liebreich, qui, en permettant de fixer solidement et l'appareil et la tête du patient, peut servir avec avantage à des dessins ou à des démonstrations cliniques.

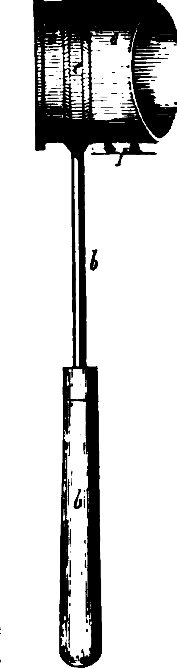


Figure 3.

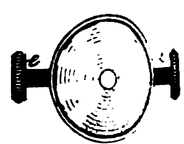


Figure 4.

1° *Ophthalmoscope de M. Jaeger.* — Cet instrument, tout en étant de dimensions peu considérables et d'une forme peu compliquée, a l'avantage de pouvoir être employé, à volonté, comme l'ophthalmoscope de M. Helmholtz, ou bien comme un simple miroir concave (fig. 3 et 4). Il consiste en un tube court (fig. 3 *a*), mobile autour d'un axe horizontal et porté par un manche (*b*). Il est tronqué en avant sous un angle de 60° et présente à son bord antérieur deux échancrures destinées à recevoir les extrémités de l'axe (fig. 4 *e*) qui sert à fixer le miroir. Sur le côté externe de la paroi du tube, et à des places correspondantes aux deux échancrures, se trouvent deux ressorts qui fixent le miroir dans celles-ci (*f*). Le tube est pourvu, en outre, dans son intérieur, d'un diaphragme percé d'une ouverture de trois lignes de largeur. Dans la partie postérieure du tube se trouve un anneau, muni également d'un diaphragme à ouverture correspondante. Cet anneau est assujetti de manière à pouvoir être facilement enlevé pour permettre l'introduction dans le tube des différentes lentilles qui doivent être fixées entre les deux diaphragmes.

Musée du Louvre, une fois reconnu antique, se trahirait de lui-même, quand une inscription ne le distinguerait pas nominativement. C'est encore ainsi que le nom d'Ésope a été attaché au buste gravé dans notre dernier numéro (1). Ici, à la vérité, l'interprétation n'est pas précisément rigoureuse, nous l'avons déjà dit; mais nous saisissons l'occasion d'expliquer de nouveau en quel sens cette interprétation n'est pas néanmoins sans vraisemblance. On ne possède pas de biographie authentique d'Ésope; et l'on en a conclu que ce qu'on va répétant sur sa conformation physique a été inventé par un moine grec du XIVe siècle, qui assure qu'Ésope était bossu et avait les jambes torses. S'il était vrai, comme Pline le rapporte, qu'une courtisane célèbre, assez riche pour avoir élevé une pyramide en Égypte, eût partagé longtemps la couche d'Ésope, ce serait peut-être un motif d'infirmation assez grave à l'égard de l'hypothèse d'une difformité considérable. Mais rien n'est moins certain; au contraire, il est extrêmement probable que Planude n'a pas inventé de toutes pièces cette bosse et ces jambes torses : il n'aura fait que répéter un bruit déjà accrédité; et comme ce buste, dont celui de la villa Albani n'est qu'une copie, est d'un mérite d'exécution qui le place à deux siècles au moins après Ésope, et peut-être beaucoup plus tard, il se peut très bien que la difformité du fabuliste ait été, à tort ou à raison, chose admise du temps de l'artiste qui a exécuté l'original. En sorte que le buste pourrait très bien signifier Ésope, alors même que, en réalité, Ésope aurait été régulièrement conformé. Mais, nous le répétons, le silence des auteurs anciens sur la difformité autorise moins à en contester

(1) Nous avons dit que la cyphose représentée dans ce buste ne pouvait appartenir qu'au rachitisme ou au mal de Pott, et un confrère nous a fait observer que la cyphose pouvait résulter aussi de l'ostéomalaxie et de l'attitude. Bien que l'ostéomalaxie des adultes ne soit pas identique avec le rachitisme des enfants, elle donnerait lieu, si elle engendrait une cyphose, à des caractères analogues à ceux qui émanent du rachitisme et qui n'existent pas sur le buste; à savoir, des déformations particulières du sternum et des côtes. Ici, il est évident que les changements survenus dans le thorax ne sont liés à aucune affection des os de cette partie, mais dépendent uniquement de l'excurvation rachidienne; quant à l'hypothèse qu'une telle difformité aurait pu être produite par l'attitude chez un homme d'une quarantaine d'années (c'est l'âge accusé par le visage), nous ne la jugeons pas discutable.

L'instrument de M. Ed. Jaeger est ordinairement accompagné de huit lentilles concaves nos 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12) et de quatre lentilles convexes (nos 2, 6, 8, 12). Ces différentes lentilles peuvent être introduites avec facilité dans la partie postérieure du tube.

A la partie antérieure de l'instrument s'adapte un système de plaques de verre planes et parallèles, tandis qu'on place dans sa partie postérieure une lentille concave convenable. L'ophthalmoscope de M. Helmholtz se trouve ainsi réalisé. D'un autre côté, au lieu de munir la partie antérieure de plaques de verre non étamée, on peut la pourvoir d'un miroir concave. On peut alors se servir de l'appareil de la même manière que de l'ophthalmoscope de M. Ruete, en tenant librement à la main, tantôt le verre concave, tantôt le verre convexe qu'on tient devant l'œil du patient. Dans ce dernier cas, on peut fixer derrière le miroir, entre les deux diaphragmes, un autre verre convexe servant d'oculaire; ce qui est d'ailleurs plus avantageux que de placer le second verre convexe devant le miroir....

2° *Ophthalmoscope de M. Liebreich.* — L'ophthalmoscope que j'ai fait construire dans le but de servir à des dessins, à des mesures exactes et à des démonstrations cliniques, réalise une fixation aussi complète que possible de la lentille, du miroir, de l'œil et de la tête du patient. Il se compose (fig. 5) de deux tubes courts, A et B, mobiles l'un sur l'autre au moyen d'un pas de vis. L'un de ces tubes A, celui qui est tourné du côté de l'observateur présente à son côté droit une échancrure analogue à celle du porte-objet d'un microscope, et dans laquelle un petit miroir métallique concave est fixé par deux ressorts doubles, comme le miroir de l'instrument de Jaeger. Ce miroir est, par conséquent, susceptible de tourner autour de son axe vertical et peut être éloigné avec facilité. L'autre tube B porte, du côté qui est tourné vers le patient, un cadre fixé de la même manière que le miroir, mobile autour de son axe vertical et facile à enlever; une lentille convexe, jouissant d'une distance focale d'un et trois quarts à quatre pouces, est insérée dans ce cadre. Au-dessus de lui se trouve une baguette de laiton G à section quadrangulaire, longue de quatre pouces et épaisse de trois lignes, placée de telle manière qu'un étrier B G, muni de coussinets et fixé à sa partie antérieure, puisse être mû par elle dans une direction horizontale. L'étrier a pour but de fixer le front du patient et de maintenir son visage à une distance du verre convexe variable selon les exigences de l'examen. La fixité de la tête est encore assurée par une mentonnière F, qui, sans être reliée aux deux tubes, peut se mouvoir comme eux au moyen d'une tige verticale vissée à la table. La mentonnière consiste en une espèce de petite tasse rembourrée qui est fixée à deux règles (*e* et *e'*) mobiles et placées l'une au-dessus de l'autre, et par conséquent prendre les positions les plus diverses par rapport à l'instrument. Pour donner à l'œil du patient une direction déter-

Figure 5.

l'existence que l'affirmation de Planude à y croire, et la concordance des caractères du buste avec les indications du moine est encore une circonstance à considérer; car il est bien remarquable qu'un auteur attribue à Ésope un défaut de conformation bien déterminé, et que les caractères de ce défaut de conformation se rencontrent sur un marbre antique représentant évidemment, comme le dit Visconti, *un homme d'esprit*. Ce dernier, du reste, et les auteurs de biographies les plus éclairés, maintiennent comme très probable la difformité du fabuliste. Nous ne nous arrêtons pas à la supposition que le buste de la villa Albani serait postérieur à Planude et aurait été modelé sur les indications de son livre. L'origine grecque ou tout au moins romaine de ce morceau est hors de doute. Visconti l'a fait insérer dans son Iconographie *grecque*.

Nous passons à nos deux *études anatomiques* en marbre.

(La suite à un prochain numéro.)

J.-M. Charcot et A. Dechambre.

La séance publique de la Société anatomique aura lieu mardi prochain, 7 juillet, à quatre heures précises, à la Faculté de médecine (salle des thèses).

— La Société médico-pratique de Paris a désigné une commission de trois membres chargée de se mettre en rapport avec les autres sociétés de médecine de Paris, pour arriver à la formation d'une commission générale qui aurait pour mission d'appeler l'attention de S. M. l'Empereur sur les abus de la législation médicale actuelle, et de solliciter des lois nouvelles qui protégent plus efficacement la santé publique et nos intérêts professionnels.

— M. Alvaro Reynoso, jeune chimiste distingué, auteur de plusieurs travaux importants en physiologie, vient d'être nommé professeur de chimie organique à l'Université de Madrid.

minée, on lui fait regarder fixement un petit bouton de laiton *h* assujetti à l'extrémité d'une branche articulée, longue de dix pouces. Ce bouton est placé à l'extrémité oculaire du tube, de manière à rester dans toutes les positions possibles qu'on lui assigne par rapport à l'œil du patient. Un petit écran, de la forme d'un demi-ovale, placé derrière le miroir, protége, contre la lumière de la lampe, l'œil de l'observateur; un autre un peu plus grand, protége celui du patient. Dans le but de permettre des mesures exactes, des déterminations de grossissement, etc., on trouve sur la ferronnière et au tube interne des divisions décimales au moyen desquelles on peut voir exactement la distance qui sépare l'œil de l'observateur de la lentille et la lentille du miroir. Il est facile de mesurer la distance du petit bouton à l'œil et à l'axe des tubes. — Au moyen d'une chambre claire, on peut projeter sur la table l'image produite dans le tube.

B. Ophthalmoscopes a réflecteur hétérocentrique.

Ce sont: 1° les ophthalmoscopes de MM. Coccius, Epkens, Donders, Zehender; les lentilles étamées de MM. Jaeger, Klaunig, Burow, Hasner et Zehender; les miroirs prismatiques de MM. Ulrich aîné, Meyerstein, Coccius et Zehender. Relativement aux lentilles étamées, nous nous bornerons à rappeler que, recouvertes d'un côté d'amalgame d'étain, ils peuvent faire office de miroirs, plans, convexes ou concaves, selon les rapports de courbure de leurs surfaces. Parmi les ophthalmoscopes, nous ne décrirons que celui de M. Coccius, et nous nous contenterons de quelques indications relatives aux miroirs prismatiques.

1° L'ophthalmoscope de M. Coccius consiste en un petit miroir plan carré (fig. 6 *a*) de 14 lignes de diamètre et percé à son centre d'une ouverture large de 2 lignes et dont le bord est usé du côté qui regarde l'œil à observer. Le miroir est fixé dans un cadre en laiton dont le bord inférieur est muni d'un appendice ou prolongement *b*, destiné à l'assujettir sur une tige verticale. Le nœud d'union de ce cadre et de la tige est tel qu'aucune espèce de mouvement n'y est possible. En effet, la tige est pourvue, à la partie supérieure, d'une profonde rainure située dans un plan vertical, ou, si l'on aime mieux, cette tige (*b*) est fendue à son extrémité en deux branches. Ces deux branches sont percées transversalement par une vis (*c*) qui peut les rapprocher l'une de l'autre. Le prolongement dont est muni le cadre est lui-même percé d'une ouverture et s'adapte dans la rainure qui sépare les deux branches de la tige. La vis qui sert à rapprocher les deux branches passe au travers du trou dont ce prolongement est percé, et il suffit de la tourner pour pincer le cadre entre les deux branches, de manière à empêcher qu'il s'incline d'un côté ou de l'autre. La tige, les deux branches comprises, est longue de 21 lignes. Elle repose sur une règle horizontale (*d*), munie d'une fente allongée destinée à livrer passage à la partie inférieure et amincie de la tige. Celle-ci est reçue au-dessous de la règle dans le pas de vis d'un manche (*e*) qui sert à la fixer sur la règle. Lorsqu'on veut faire avancer ou reculer le miroir dans la fente de celle-ci, il suffit de desserrer le manche. La règle, longue de 18 lignes, porte, en outre du miroir et à l'extrémité opposée à celui-ci, une tige (*g*) surmontée d'un anneau ouvert (*f*) qui peut admettre, comme dans un cadre, une lentille convexe. Le centre de la lentille se trouve placé précisément vis-à-vis du trou dont est percé le centre du miroir. Toutes les parties métalliques de l'instrument sont noircies à l'aide du nitrate d'argent....

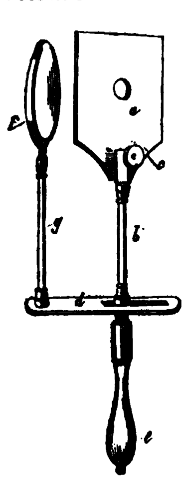


Figure 6.

2° M. Ulrich emploie deux prismes droits hypoténusiens à cathètes égales. Il les place base contre base, de manière que l'une des cathètes de l'un des prismes soit appliquée contre une cathète de l'autre et que les deux faces hypoténusiennes fassent entre elles un angle droit. Supposons maintenant que, d'une lumière placée latéralement, des rayons partent pour venir tomber perpendiculairement sur l'une des faces qui comprennent l'angle droit dans le prisme inférieur. Il arrivera alors, conformément à la loi de la réflexion totale, que le faisceau de rayons sera réfléchi totalement par la face hypoténusienne contre la seconde des faces qui comprennent l'angle droit et que, traversant cette face sur laquelle il tombe perpendiculairement, il pourra venir éclairer le fond de l'œil à observer. Les rayons qui sont renvoyés par celui-ci et qui viennent frapper verticalement l'une des cathètes du prisme supérieur sont, conformément à la même loi, réfléchis totalement par l'hypoténuse de ce prisme, et ressortent perpendiculairement à la seconde des faces qui forment l'angle droit, de manière à venir tomber dans l'œil de l'observateur. Afin de concentrer la lumière et d'obtenir par là un éclairage plus intense de l'œil en observation, ainsi qu'une plus grande netteté de l'image, on peut faire tailler en surfaces convexes les cathètes du prisme. Les prismes reçoivent, par suite, les propriétés d'une lentille ordinaire; en outre, on peut encore, à l'aide d'un oculaire, observer plus exactement l'image du fond de l'œil qui vient se former à côté du prisme.

M. Meyerstein emploie un seul prisme à faces planes, muni d'une ouverture allant de l'une des faces qui comprennent l'angle droit à la face hypoténusienne. La lumière est ici, de la même manière que dans l'instrument de M. Ulrich, réfléchie totalement par la face hypoténusienne et renvoyée par elle dans l'œil en observation. Les rayons qui reviennent de celui-ci parviennent à l'observateur en passant par le canal dont le prisme est muni. La monture du prisme est pourvue d'un tube fort mince dans lequel on introduit, derrière le prisme, les lentilles convexes qui sont nécessaires à la projection et à l'observation de l'image renversée. La source lumineuse peut être adaptée à l'instrument au moyen d'un bras mobile.

C. Ophthalmoscope dépourvu de réflecteur.

A une époque peu éloignée de celle où il avait fait connaître pour la première fois son instrument, M. Helmholtz reprit de nouveau le même sujet, et, dans le mémoire qu'il rédigea sur la forme la plus simple à donner à un spéculum oculaire, il nous a montré combien étaient réduites les exigences qu'un but si élevé demandait pour être réalisé. C'était une conséquence de la découverte antérieure, due à son génie, qui avait frayé la voie dans cette direction et qui l'avait su dégager dès l'abord de toutes les difficultés principales.

Une petite lentille convexe, d'une distance focale d'un pouce et demi à deux pouces, suffit pour examiner le fond

au globe de l'œil, pourvu qu'on fasse l'observation tangentiellement à la flamme d'une lampe, selon la méthode indiquée par M. Bruecke, et qu'on tienne la lentille devant l'œil en examen. Le rôle de la lentille consiste d'abord à renforcer l'intensité de l'éclairage en grossissant les cercles de dispersion qui viennent se former à la place de l'image de la flamme au fond de l'œil, lorsque celui-ci n'est pas accommodé pour la distance même à laquelle cette flamme se trouve. En outre, les rayons renvoyés par l'œil en observation sont condensés par la lentille de manière à venir produire de l'autre côté de celle-ci une image réelle, distincte, que l'observateur peut facilement voir dès qu'il se place à la distance convenable.

Nous pouvons ajouter, de plus, qu'il est des cas où il n'est pas même nécessaire de recourir à cette lentille. Il est clair, en effet, qu'un sujet excessivement myope se trouvera placé tout naturellement, au point de vue qui nous occupe ici, dans les mêmes conditions que nous produisons artificiellement chez un individu à vue normale, ou chez un presbyte, en plaçant une lentille convexe devant son œil. Les milieux réfringents d'un œil myope n'ont besoin d'aucune lentille pour projeter une image renversée du fond de l'œil, à une distance peu considérable, puisque le plan dans lequel cette image est projetée est le plan pour la distance duquel l'œil en observation est accommodé. L'observateur peut, par conséquent, la voir dès que le regard qu'il dirige sur l'œil observé rase la flamme d'une lampe, tout en se trouvant accommodé, non pour la distance où se trouve l'œil en expérience, mais pour celle du plan en question. Cependant, cette méthode d'observation offre un inconvénient notable: le champ visuel se trouve toujours considérablement restreint par l'iris du patient, et c'est là une circonstance qui, comme on le comprend facilement, s'oppose à ce que cette méthode entre dans la pratique. Le manque de liberté dans les mouvements fait que ce procédé, même dans le cas où l'on a recours à une lentille convexe, a une valeur plus théorique que pratique.

§ III. — Choix d'un ophthalmoscope.

Tous les instruments que nous avons passés en revue sont susceptibles d'être utilisés pour l'examen du fond de l'œil. Nous les avons tous essayés, et nous sommes arrivés à ce résultat, qu'à vrai dire les uns se laissent manier avec plus de facilité que les autres, que ceux-ci illuminent un peu mieux, ceux-là un peu moins bien le fond de l'œil, que tels d'entre eux enfin se recommandent tout particulièrement par la facilité avec laquelle ils réalisent certains buts, tandis que tels autres en réalisent d'autres; mais nous avons d'un autre côté acquis la conviction que quiconque s'est familiarisé avec les recherches ophthalmoscopiques peut aisément employer avec fruit l'un ou l'autre de ces instruments. Il n'en est que plus difficile pour un médecin qui n'a pas l'occasion de les voir tous, les uns à côté des autres, de manière à pouvoir les comparer, de se décider pour celui-ci plutôt que pour celui-là. C'est ce qui nous engage à présenter ici quelques considérations dont on pourra tirer parti lorsqu'il s'agira de choisir un ophthalmoscope.

La première question qui se présente est celle de savoir si l'on se déterminera à prendre un des grands appareils compliqués que nous avons décrits, ou si l'on s'arrêtera de préférence à l'un ou l'autre des petits réflecteurs de moindre prix, munis de lentilles de correction nécessaires. En général, le praticien préférera ces derniers, parce qu'ils sont moins compliqués, moins chers, et plus commodes à manier...

Parmi les petits ophthalmoscopes qu'on tient librement à la main, nous devons attirer tout particulièrement l'attention sur ceux de M. Coccius et de M. Zehender, ainsi que sur les simples miroirs concaves. Nous avons déjà eu l'occasion d'exposer les avantages qu'offrent les premiers, de même que les prismes et les lentilles de verre étamées, avantages qui se résument surtout dans la grande clarté qu'on obtient par un éclairage à petites distances. Nous reconnaissons qu'une clarté intense est souvent une condition d'une immense importance dans l'étude de l'image non renversée, mais nous pensons cependant que l'intensité de l'éclairage obtenu par un simple miroir concave est, en général, parfaitement suffisante.....

Nous préférons les miroirs de verre percés dans leur centre à ceux dans lesquels la partie centrale de l'amalgame est simplement enlevée. Ces derniers offrent, il est vrai, l'avantage de permettre à une certaine quantité de lumière d'être encore réfléchie par la partie de la surface qui est précisément opposée à la pupille de l'observateur; mais ce petit avantage est plus que contre balancé par divers inconvénients. Par contre, nous préférons (et en cela nous partageons l'avis de M. Zehender) les miroirs métalliques aux miroirs de verre percés. En effet, il est toujours possible de travailler un miroir métallique aussi mince que l'on veut dans la partie qui avoisine le trou central, et l'on évite par là les désavantages qui résultent du canal creusé dans l'épaisseur de la lame de verre. Ces désavantages sont, dans ces miroirs, d'autant plus considérables, qu'il n'est pas possible d'observer au travers du trou suivant l'axe du miroir. L'axe visuel forme alors avec ce dernier un angle plus ou moins grand....

§ IV. — Manière de se servir de l'ophthalmoscope.

Il n'y a que peu de différence dans la manière d'employer les divers ophthalmoscopes que nous avons passés en revue. Aussi, pour éviter des répétitions inutiles, nous bornerons-nous à décrire le cas où l'on se sert d'un réflecteur simple, par exemple d'un miroir concave semblable à celui dont nous venons de parler. Nous reviendrons plus tard sur quelques considérations spéciales à chaque instrument en particulier.

Le patient et l'observateur sont placés dans une chambre obscure, et assis l'un vis-à-vis de l'autre (fig. 7), de manière à pouvoir rapprocher réciproquement et avec facilité leurs visages. Une lampe est disposée à côté de la tête du patient, à une distance de quelques pouces de cette dernière et du même côté que l'œil à observer. La flamme de la lampe n'est protégée que par sa cheminée de verre, et doit se trouver à la hauteur de l'œil du patient et de celui de l'observateur. (Pour plus de simplicité, nous désignerons ces derniers par les termes d'*œil objectif* et d'*œil subjectif*) (1).

L'observateur tient alors l'ophthalmoscope devant son œil, de manière à appliquer le bord supérieur de celui-ci contre son arcade supra-orbitaire; ce qui lui permet de pouvoir

(1) Il est urgent qu'un commençant s'astreigne à remplir exactement ces conditions, bien qu'une personne exercée en vienne facilement à pouvoir se passer de ces exigences de détail. Quand on est habitué à ce genre d'observation, il n'y a pas grand inconvénient à ce que la chambre ne soit pas parfaitement obscure, ni à ce que la lampe soit placée un peu plus haut ou un peu plus bas. Il est même facile alors de passer de l'examen de l'un des yeux à celui de l'autre sans avoir besoin de changer la lampe de position.

On peut même se contenter de la lumière du jour, surtout pour l'observation de l'image droite. Il va cependant sans dire que la lumière d'une lampe est bien préférable.

plonger son regard, au travers de l'ouverture centrale, dans l'œil objectif. La pupille de celui-ci se montre vivement illuminée dès qu'il tourne légèrement le miroir du côté de la lampe et qu'il dirige ainsi sur la pupille objective l'image renversée de la flamme que projette ce miroir. Il peut alors observer les milieux réfringents de l'œil du patient et son bord pupillaire. Il faut pour cela que l'observateur soit placé à une distance de l'œil objectif variant de cinq à dix pouces, selon la portée de sa vue distincte. Il ordonne au patient de mouvoir alternativement son œil vers le haut et vers le bas, à droite et à gauche, afin de pouvoir l'examiner dans diverses directions. On peut passer ensuite à l'étude du fond de l'œil, et pour cela il est préférable d'observer d'abord l'image renversée, parce que la faiblesse du grossissement et la grande étendue du champ visuel rendent plus facile le coup d'œil d'ensemble. On éclaire la pupille de la manière que nous venons d'indiquer, en ayant soin cependant de s'éloigner davantage du patient. La distance convenable varie de dix à quinze pouces environ.

Lorsque la pupille se montre d'un rouge brillant, ou même d'un blanc éclatant, l'œil étant tourné de vingt degrés en dedans, l'observateur saisit entre le pouce et l'index de la main gauche une lentille convexe jouissant d'une distance focale d'un pouce trois quarts à trois pouces; en même temps, il appuie son petit doigt contre le front du patient et amène la lentille devant l'œil objectif, de telle sorte que les rayons de lumière renvoyés par le miroir soient condensés par elle de manière à former un petit disque lumineux à contours parfaitement nets et à centre obscur. Ce centre obscur doit venir coïncider exactement avec le centre de la pupille. L'image réelle et renversée du fond de l'œil se trouve alors projetée à peu près sur le plan focal de la lentille convexe, du côté qui regarde l'observateur. Celui-ci peut la voir distinctement, pourvu que son œil soit accommodé exactement pour cette distance.

Son attention se trouve tout d'abord attirée par le nerf optique qui, dans la position que nous venons de décrire, est placé à peu près au milieu de l'image. C'est lui qui sert de point de repère pour la suite des observations. L'observateur passe alors à l'examen des parties périphériques du fond de l'œil, et dans ce but fait exécuter à l'œil les mouvements nécessaires. Lorsqu'on veut obtenir un grossissement un peu plus fort, tout en s'en tenant toujours à l'image renversée, on peut ou donner une plus grande distance focale à la lentille objective, ou placer encore derrière le miroir une lentille convexe d'une distance focale de cinq à dix pouces; mais il est alors nécessaire, tout en conservant le même mode d'observation que précédemment, de se rapprocher du patient d'une distance répondant à la force du verre convexe.

Cela terminé, l'on peut passer à l'étude de l'image droite. Nous avons ici à lutter avec le désavantage de n'avoir qu'un champ visuel très restreint, conséquence de la force du grossissement; mais ce désavantage est compensé par la possibilité de mieux saisir les finesses de détail. On gagne dans ce cas-ci à se placer aussi près que possible de l'œil objectif. Aussi, pour éviter de toucher d'autres parties du visage, il est bon d'incliner un peu la tête en avant; ce qui a pour résultat de ramener le menton en arrière et de pousser en avant l'arcade sus-orbitaire. On doit donner à la tête du patient une position analogue. On dirige alors le reflet du miroir sur l'œil du patient de manière que le disque lumineux, muni de sa tache obscure au centre, vienne tomber exactement sur le milieu de la pupille. Si l'on regarde à ce moment au travers de l'ouverture pratiquée dans le miroir, on aperçoit, projetée sur le fond de l'œil, la petite image renversée de la flamme de la lampe. Cette image brillante se dét[illegible] assez nettement sur un fond plus ou moins sombre et peut être promenée çà et là à l'aide de petits mouvements imp[illegible] au miroir. Mais au moment où l'on amène cette petite [illegible] sur la papille du nerf optique, on la voit perdre sa [illegible], auparavant nettement dessinée, et le disque répondant au point d'insertion du nerf optique se montre illuminé [illegible] toute son étendue. Lorsque les contours de la papille [illegible]veuse ne se marquent pas assez nettement, non plus que [illegible] des vaisseaux qui en sortent (ce qui peut être dû aussi [illegible] à la myopie de l'observateur qu'à celle du patient, il [illegible] avoir recours à un verre concave. L'observateur le tient [illegible]ment à la main devant l'œil du patient, comme nous l'a[illegible] déjà vu plus haut à l'occasion du verre convexe, ou l[illegible] l'assujettit derrière le miroir. La distance focale de ce [illegible] concave doit être d'autant plus courte que la myop[illegible] patient et celle de l'observateur sont plus prononcées.

APPENDICE.

Ophthalmoscope de M. Desmarres.

L'opthalmoscope de M. Desmarres porte un double [illegible] concave circulaire, percé de deux trous qui sont plac[illegible] cun à une des extrémités du diamètre transversal, au [illegible] trou central unique que portent d'autres instruments. [illegible] remarquer la petitesse des trous et leur situation trè[illegible] de la circonférence; en adoptant cette disposition, on l[illegible] la lumière toute sa netteté.

Celui des trous qui est placé à la droite du diamètre tr[illegible]versal est destiné aux chirurgiens qui ne pourront p[illegible] convenablement de l'œil droit.

La distance focale des deux miroirs n'est pas la m[illegible] pour l'un, elle est de douze pouces et pour l'autre de [illegible] pouces seulement. Ce dernier fournit une lumière p[illegible]tense.

Ajoutons que cet instrument a, par le fait de ses d[illegible]sions considérablement réduites, l'avantage d'être in[illegible] plus portatif que tous les autres.

Tel est le premier ophthalmoscope imaginé par M. [illegible]marres; c'est M. Lerebours qui fut chargé de le constr[illegible] M. Desmarres a fait exécuter plus tard un petit mod[illegible] l'on pourrait porter suspendu en guise de lorgnon; ma[illegible] renoncé à cet instrument, dont les trous sont trop petit[illegible] qui a l'inconvénient d'envoyer dans le fond de l'œil une q[illegible]tité de lumière insuffisante dans quelques cas.

M. Desmarres a abandonné dernièrement, à cause de [illegible] prix trop élevé, l'instrument construit par M. Lerebours. [illegible] a remplacé les miroirs en verre par un miroir métal[illegible] unique, dont la fabrication, beaucoup moins coûteuse, [illegible] confiée à M. Charrière fils et ne laisse rien à désirer. [illegible] modification contribuera, nous n'en doutons pas, à rép[illegible] l'usage de l'ophthalmoscope; en tous cas, le nouvel [illegible]ment sera adopté avec empressement par ceux qui, c[illegible] moi, iront exercer à une grande distance de Paris et de[illegible] grands centres, par tous les chirurgiens qui n'auront pa[illegible] d'eux des opticiens habiles.

Les rayons lumineux qui viennent du fond d'un œil soumis à l'observation ne peuvent nous arriver qu'après en av[illegible] traversé les milieux réfringents, et les images que ces rayo[illegible]

forment à l'extérieur sont par conséquent des images renversées; un verre destiné à les redresser a été ajouté à certains ophthalmoscopes, parmi lesquels je citerai celui de Helmholtz; mais cette disposition, qui complique beaucoup l'instrument, n'a pas grande utilité; il est en effet très facile de redresser les images par l'esprit. (De La Calle, *Thèse*, p. 17.)

Voici la figure de l'instrument exécuté par M. Charrière et représentant l'observateur en action.



Figure 7.

II.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 22 JUIN 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

A l'ouverture de la séance, M. le président annonce la perte douloureuse que vient de faire l'Académie dans la personne de M. *Thenard*, et donne lecture de la lettre par laquelle le fils du vénérable académicien lui fait part de ce triste événement. Après cette lecture, M. le président, se rendant l'interprète des sentiments que lui avaient déjà exprimés un grand nombre de ses confrères, et qui sont partagés par toute l'Académie, déclare la séance levée.

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 23 JUIN 1857.

Discussion sur les anesthésiques.

N'ayant pas encore pu disposer du manuscrit de M. Larrey, nous nous voyons forcé, avec regret, de n'en donner qu'un très court extrait.

Après avoir rappelé quelle autorité la position spéciale de M. Devergie donne à ses paroles, M. *Larrey* proteste contre les propositions contenues dans la note dont l'Académie a entendu la lecture le 26 mai dernier.

L'orateur nie que, dans les cas observés jusqu'ici, on puisse reprocher aux opérateurs les morts survenues.

Selon lui, outre l'asphyxie et l'intoxication, la syncope joue un rôle important dans les accidents résultant de l'emploi du chloroforme, et peut, elle aussi, déterminer la mort.

Puisque, de l'aveu même de M. Devergie, l'asphyxie n'est pas la cause unique des accidents, pourquoi préconiser l'usage d'appareils d'inhalation qui n'ont d'autre but que de s'opposer à l'asphyxie.

M. Larrey trouve de nombreux inconvénients à ces appareils spéciaux; ils provoquent de la toux, les soupapes peuvent ne pas bien jouer, les malades se prêtent assez mal à leur application, etc... Mais ce qui rend surtout les appareils dangereux, c'est qu'ils interceptent toute communication entre le patient et le chirurgien, et constituent des moyens de concentration du chloroforme, bien propres à déterminer les morts rapides qui ont été observées quelquefois à la suite de leur emploi.

Donc les appareils, loin de diminuer la responsabilité médicale, ne feraient que l'augmenter.

Aussi M. Larrey donne-t-il la préférence à une compresse pliée en cornet et dans le fond de laquelle on place de la charpie imbibée de chloroforme.

Si le système préconisé par M. Devergie prévalait, la chirurgie serait dépossédée de son plus puissant moyen de combattre la douleur. Les chirurgiens aimeraient mieux renoncer aux anesthésiques qu'accepter le contrôle qui résulterait de l'adoption de ce système et encourir la responsabilité qui pèserait sur eux.

D'ailleurs, à qui confierait-on l'enquête? Aux magistrats, au médecin judiciaire, à une commission médicale, aux témoins de l'opération, aux amis et aux parents du défunt? — M. Larrey discute toutes ces suppositions, en fait voir les inconvénients et conclut que, sur ce point, l'opérateur n'est justiciable que de son savoir et de sa conscience.

L'orateur, en terminant, invite M. Devergie à retirer une proposition qu'il a faite sans doute dans un sentiment louable, mais qui compromettrait la responsabilité médicale en la livrant à des tribunaux incompétents et à des interprétations erronées.

SÉANCE DU 30 JUIN 1857. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Plusieurs rapports sur les eaux minérales adressés par MM. *Barrié* et *Camparan*, pour les eaux de Bagnères et d'Encausse : M. *Baud*, pour les eaux de Contrexéville; M. *Peyrecave*, pour les eaux de Barbotan. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : — *a.* Un mémoire sur l'hémorrhagie des méninges chez les aliénés, par M. le docteur *Joire*. (*Comm* : MM. Rostan, Ferrus, Baillarger.) — *b.* Une note de M. *Boutigny* (d'Évreux), ayant pour titre : *Un mot sur la destruction des miasmes par des mélanges fumigatoires nouveaux.* (M. Bouchardat, *rapporteur*.) — *c.* Une note sur la formation physiologique du sucre dans l'économie animale, par M. *A. Samson*, chef du service de chimie à l'École vétérinaire de Toulouse.

3° M. *Velpeau* dépose sur le bureau un mémoire ayant pour titre : *Quelques observations sur la vaccine et la variole*, par M. *Alfred Vy*, vaccinateur spécial à Elbeuf. (*Commission de vaccine.*)

M. *Depaul* donne lecture d'une lettre de M. le docteur *Desprès*, de Bicêtre, qui annonce à l'Académie qu'il se propose de lui communiquer prochainement un travail sur les accidents produits par l'inhalation du chloroforme. Mais, en attendant, M. Desprès croit devoir insister sur une cause d'asphyxie encore peu connue et qu'il a eu l'occasion d'observer assez fréquemment : c'est l'obstruction de l'orifice supérieur du larynx par la base de la langue comprimant convulsivement l'épiglotte, au début de l'inhalation. M. Desprès indique aussi les moyens les plus propres à remédier à cet accident.

M. le *Président* déclare une place vacante dans la section de *thérapeutique et matière médicale* par suite du décès de M. Martin-Solon.

Lectures et Rapports.

PHILOSOPHIE MÉDICALE. — M. le docteur *A. Chapelle*, d'Angoulême, lit un travail intitulé : *De la méthode à suivre dans l'étude de la médecine.* (*Comm.*: MM. Joly, Rostan et Ferrus.)

PATHOLOGIE COMPARÉE. — M. *Reynal*, chef de clinique à l'École vétérinaire d'Alfort, donne lecture d'une *Note sur la dartre tonsurante du cheval et du bœuf, contagieuse de ces animaux à l'homme.*

Voici les conclusions de ce travail :

1° Il existe chez le cheval et chez le bœuf une maladie cutanée que l'on peut désigner sous le nom de *dartre tonsurante contagieuse.*

2° Cette maladie apparaît sous la forme d'anneaux et de cercles d'un diamètre de 3 à 6 centimètres.

3° Elle détermine la dépilation des points envahis en procédant toujours circulairement.

4° La dartre tonsurante se transmet du cheval au cheval et du bœuf au bœuf, réciproquement du cheval au bœuf.

5° Elle se transmet également du cheval et du bœuf à l'homme. (*Comm.*: MM. Leblanc, H. Bouley, Devergie et Gibert.)

M. *Gibert* fait remarquer qu'on a reconnu à l'hôpital Saint-Louis que les affections analogues à celle dont M. Reynal vient d'entretenir l'Académie sont dues à un champignon semblable à celui du *favus*.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — M. le docteur *Deleau*, de Paris, lit un mémoire intitulé : *De la paralysie du nerf facial produite à volonté dans un cas de lésion de l'oreille moyenne.*

L'auteur résume son travail dans les propositions suivantes :

1° La paralysie essentielle du nerf facial est probablement très rare.

2° Sa cause prochaine est l'étranglement de son tronc dans son passage dans l'aqueduc de Fallope.

3° L'hyperacousie qui accompagne la paralysie est un symptôme de l'otite interne.

4° Pour guérir la paralysie faciale, il faut traiter activement cette otite. (*Comm.*: MM. Larrey, Guérard et Roche.)

Discussion sur les anesthésiques.

M. *Robert*. Messieurs, la question de responsabilité n'est pas une de celles que l'on puisse éluder à son gré. Elle est inscrite dans nos lois ; je dis plus, elle est inscrite dans la conscience de tout honnête homme. Loin d'en détourner nos regards, nous devons l'examiner avec calme, afin de dissiper, s'il est possible, les inquiétudes du corps médical, en lui montrant dans quelles limites cette grave question peut être posée.

Depuis l'observation de Gorré (de Boulogne), qui fut le point de départ de la mémorable discussion de 1849, les cas de mort se sont multipliés ; plusieurs ont eu lieu sous les yeux de praticiens d'une expérience consommée et placés à la tête de grands hôpitaux. De telle sorte que la question de responsabilité a complétement changé de face ; car aujourd'hui il n'est plus permis de douter que le chloroforme ne puisse entraîner des accidents funestes, alors même qu'il est pur et administré par des mains habiles. Ce que je dis du chloroforme peut s'appliquer à l'éther et à l'amylène.

Mais, dira-t-on, si l'emploi des anesthésiques, sagement dirigé, peut amener la mort, que ne doit-on pas redouter de la témérité ou de l'ignorance ? Et le médecin inhabile, si un malade périt entre ses mains, ne pourra-t-il pas être frappé par l'article 315 du Code pénal ? Nous sommes donc conduits, tout d'abord, à déterminer ce qu'on doit entendre par bon ou mauvais emploi du chloroforme.

De nombreuses expériences, pratiquées sur les animaux, ont prouvé qu'entre les premières manifestations anesthésiques et les phénomènes ultérieurs qui entraînent la mort, il existe une période moyenne caractérisée par l'abolition de la sensibilité ou des mouvements volontaires avec intégrité des grandes fonctions de la vie organique. C'est cette période qui se prête le mieux à la pratique des grandes opérations.

Quel que soit le degré de l'anesthésie que l'on désire obtenir depuis la simple insensibilité jusqu'à la résolution des muscles, il est un précepte capital : c'est que les vapeurs stupéfiantes doivent être mêlées à l'air en proportions toujours peu considérables.

M. le docteur Snow a vu que les animaux placés dans un vase clos contenant 3 ou 4 pour 100 de vapeurs de chloroforme, cessent de respirer au bout de 10 ou 15 minutes, et qu'ils peuvent être rappelés à la vie si l'on n'y prolonge pas trop leur séjour ; mais qu'ils succombent rapidement lorsque l'air contient plus de 8 p. 100 de chloroforme. Dans mon rapport sur l'amylène on trouvera des détails d'expériences analogues, qui m'ont donné à peu près les mêmes résultats.

Chez l'homme, l'éthérisation s'opère dans des conditions bien différentes, car elle a toujours lieu à l'air libre. Il est donc impossible de connaître exactement les proportions de vapeurs anesthésiques mêlées à l'air et d'apprécier la quantité d'air mêlé de chloroforme que les malades absorbent dans un temps donné, les uns respirant modérément, les autres à pleine poitrine. Par conséquent, la prétention émise par quelques personnes d'administrer le chloroforme avec précision et de le doser est une chimère que l'on ne saurait réaliser dans la pratique.

Il faut procéder, en quelque sorte, par tâtonnements, commencer par des quantités très faibles et incapables de nuire, quelle que soit la susceptibilité de l'organisme, puis augmenter peu à peu la proportion des vapeurs, en même temps que l'on surveille les effets produits, seul criterium qui puisse nous donner la mesure des quantités qu'il est permis d'atteindre.

Quelles conditions doivent remplir les appareils destinés à l'inhalation des vapeurs du chloroforme?

1° Ils doivent être disposés de manière à laisser à l'air un passage large et constamment facile.

2° L'air doit être sans cesse renouvelé, c'est-à-dire que chaque portion d'air respiré doit être immédiatement rejetée au dehors.

3° L'opérateur doit pouvoir, à son gré, et suivant les effets produits, graduer la concentration des vapeurs anesthésiques.

4° Enfin, l'inhalation doit être pratiquée à la fois par les narines et par la bouche.

M. Robert passe en revue les différents instruments employés par les chirurgiens pour faire respirer le chloroforme.

Il reconnaît de grands avantages à l'éponge ou à la charpie imbibées de chloroforme et placées au fond d'un cornet ; mais ces corps poreux présentant, sous un petit volume, une surface très étendue, permettent à l'évaporation du chloroforme une extrême rapidité. Il résulte de là qu'à un moment donné l'air qui s'en dégage doit être chargé de vapeurs stupéfiantes dans de fortes proportions ; et si le malade fait alors des inspirations rapides et profondes, n'y a-t-il pas lieu de redouter les plus graves accidents ?

Ces raisons ont porté M. Robert à préférer à ces moyens simples des instruments plus précis et plus sûrs.

Ceux qui remplissent le mieux les indications qu'il a posées plus haut sont, en Angleterre, l'appareil de M. Snow, et en France, celui de M. Charrière et celui de M. Duroy.

L'appareil de M. le docteur Snow est simple et bien conçu, mais il ne laisse pas l'opérateur suffisamment maître du dosage des vapeurs anesthésiques.

L'appareil de M. Duroy, ou *anesthésimètre*, est parfaitement imaginé ; mais il est compliqué et d'un prix élevé.

Enfin, l'appareil de M. Charrière, le plus simple de tous, offre l'avantage de doser approximativement les vapeurs de chloroforme, grâce à un petit diaphragme spiroïde qui ne laisse se volatiliser qu'une quantité toujours modérée du liquide dont il est imbibé.

Il y a donc dans ces appareils, ajoute M. Robert, un motif de sécurité, une garantie que ne comportent pas les instruments poreux. Aussi n'est-ce pas sans étonnement que, dans la dernière séance, j'ai entendu M. Larrey nous dire que les appareils sont des instruments de concentration plus actifs et, par conséquent, plus dangereux que la simple éponge !

La question du choix des appareils à inhalation n'a pas, suivant moi, l'importance que la discussion actuelle semble lui donner; j'ajouterai que M. Devergie, en se préoccupant de l'asphyxie par défaut d'air comme cause possible de mort dans le cours des inhalations, a commis une erreur manifeste. Tous les médecins savent avant tout ils ne doivent pas étouffer leurs malades, et je ne crois pas qu'il existe dans la science un seul cas avéré où la mort ait eu lieu par le mécanisme qu'il admet.

J'aborde maintenant la question de responsabilité, car elle peut être soulevée dans la plupart des conditions très diverses au milieu desquelles l'homme de l'art est appelé à pratiquer l'éthérisation.

Ainsi, les degrés auxquels on peut être obligé de pousser l'anesthésie varient suivant la nature des opérations qu'il s'agit de pratiquer. Tandis qu'il suffira d'émousser la sensibilité pour l'ouverture d'un abcès, le débridement d'un panaris, etc., il faudra l'abolir dans la pratique des grandes opérations, et souvent même la prolonger en raison de la durée de l'opération. On ne saurait disconvenir que la nécessité de pousser ainsi l'éthérisation jusqu'à ses limites extrêmes n'augmente la gravité de l'anesthésie.

Il est aussi une foule de circonstances défavorables à l'emploi des anesthésiques, parce qu'elles prédisposent à la syncope ; tels sont : l'amincissement et l'état graisseux des parois du cœur, l'anémie, la faiblesse, l'épuisement, suites de maladies longues ; les hémorrhagies, la dépression vitale qui se produit sous l'influence des préoccupations, de la terreur causée par l'opération.

Les doses de chloroforme requises pour obtenir l'anesthésie varient à l'infini, suivant les susceptibilités individuelles, qu'il n'est pas toujours donné au médecin de connaître.

Je demande si, dans des cas semblables, le médecin à qui il arriverait un malheur pourrait être compromis sérieusement aux yeux de la loi?

Cependant, ce n'est pas en général de ce côté que se trouvent les plus graves écueils de l'anesthésie : c'est dans la marche même des phénomènes qu'il faut les chercher. A part quelques variations insignifiantes, la marche des phénomènes de l'éthérisation est régulière chez les animaux. Mais, chez l'homme, il peut se présenter une foule d'accidents plus ou moins sérieux. Le chloroforme détermine tantôt une excitation violente, tantôt une contraction spasmodique des muscles des mâchoires, du pharynx et de la glotte, avec menace d'asphyxie. D'autres fois, il exagère la sécrétion salivaire et la sécrétion broncho-trachéale, au point de produire l'obstruction des voies aérifères.

Une cause d'asphyxie très commune encore, entrevue par les chirurgiens anglais, et surtout signalée par M. le docteur Desprès, c'est l'oblitération du larynx par l'épiglotte, que comprime la base de la langue portée en arrière et obéissant aux lois de la pesanteur (le malade étant couché sur le dos), lorsque les muscles sont paralysés par l'anesthésique.

Chez quelques malades, enfin, le chloroforme aura une action hyposthénisante qui peut aller jusqu'à la défaillance la plus inquiétante.

Tous ces accidents, quelque effrayants qu'ils soient, n'ont pas une marche tellement rapide qu'un praticien attentif ne puisse les conjurer. Il n'en est pas de même dans les cas où la mort est instantanée et ressemble à une véritable sidération, comme MM. Gorré (de Boulogne), Barrier (de Lyon) et d'autres chirurgiens distingués en ont rapporté des exemples.

Dans tous ces cas, où le mécanisme de la mort est variable, les lésions cadavériques ne le sont pas moins ; cependant je dirai que le plus souvent on pouvait les rapporter à l'empoisonnement chloroformique. Or, comme ces dernières ressemblent beaucoup à celles de l'asphyxie, elles ont bien pu tromper M. Devergie.

Peut-on prévenir les accidents ou en enrayer la marche? Cela n'est pas douteux.

On a insisté, et avec raison, sur la position horizontale comme prophylactique de la syncope, sur la vacuité de l'estomac pour prévenir les vomissements, sur la nécessité de surveiller le pouls et de laisser toujours un libre accès à l'air atmosphérique.

Ces sages conseils sont trop généralement connus et suivis pour que j'ai besoin de les développer.

Mais possédons-nous les moyens d'enrayer les terribles manifestations de la sidération chloroformique! — La première chose à faire est, sans contredit, de placer les sujets dans la position horizontale s'ils sont assis et d'exagérer cette position s'ils l'occupent déjà. MM. Escalier, Chassaignac et Leflaive, de Beaune, se sont bien trouvés de l'introduction du doigt au fond de la gorge pour exciter le larynx. Mais ne peut-on pas interpréter ces faits d'une manière plus rationnelle en disant qu'en portant le doigt dans le fond de la gorge on agit plutôt en abaissant la base de la langue qu'en stimulant l'entrée du larynx?

Si, malgré tout, les mouvements respiratoires se ralentissent ou s'éteignent, il faut avoir recours à la respiration artificielle et attirer en même temps la langue hors de la bouche avec un crochet, comme l'a recommandé M. Bickerstheth.

Des expériences faites sur les animaux m'ont démontré que l'électricité réussit bien dans les cas d'empoisonnement progressif, alors que, la respiration venant de cesser, le pouls persiste encore ; mais qu'elle est impuissante dans ces cas foudroyants où la respiration et les battements du cœur s'éteignent presque en même temps.

Il résulte de toutes ces considérations que le chloroforme est un poison. Il faut donc, en l'administrant, se conformer aux règles de la thérapeutique qui prescrivent de n'employer qu'à faibles doses, principalement au début, les médicaments énergiques : et surtout il ne faut jamais le mêler à l'air dans de trop fortes proportions. Le choix des appareils est d'assez peu d'importance, pourvu qu'on s'en serve avec prudence.

Les cas de mort causés par le chloroforme sont heureusement trop rares pour compromettre l'avenir de l'anesthésie. Mais ils ne sont que trop réels pour que les praticiens ne se tiennent toujours sur leurs gardes. Si donc un malheur arrivait, on devrait admettre, à moins de preuves du contraire, que tout a été pratiqué convenablement, et ne pas oublier qu'en pareille occurrence on ne saurait faire peser sur le médecin la responsabilité d'un accident dont l'impuissance de l'art doit être seule comptable.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 5 JUIN 1857. — PRÉSIDENCE DE M. GÉRY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Constatation des naissances à domicile.

M. le docteur *Loir* offre à la Société un mémoire sur la *centralisation des actes de l'état civil au domicile d'origine*, lu à l'Académie des sciences morales et politiques.

Anévrysme de la crosse de l'aorte; injection de perchlorure de fer refusée par la malade; application de la glace.

M. le docteur *Guibout* présente à la Société une malade affectée d'anévrysme de l'aorte.

OBS. — A l'hôpital de la Pitié, où le bureau central m'a chargé d'un service médical (dit M. Guibout), j'ai observé une malade qui portait au-devant du sternum une tumeur en bissac étranglée par une division solide. Les deux tumeurs, placées sur la même ligne, l'une sur la ligne médiane, l'autre plus à la droite, étaient molles et fluctuantes ; la peau qui les recouvrait était rouge et amincie. J'ai diagnostiqué un anévrysme qui avait usé le manubrium du sternum et la première côte. J'ai consulté MM. Bernutz et Maisonneuve, l'un médecin et l'autre chirurgien à la Pitié, pensant qu'il y avait peut-être quelque chose à tenter pour arracher cette malade à une mort certaine.

M. Bernutz conseilla l'emploi de l'électropuncture, s'appuyant sur un succès qu'il avait obtenu par ce moyen chez un ouvrier de M. Charrière. Chez ce malade, l'amélioration n'a pas persisté.

J'ai craint, en pratiquant l'électropuncture, que la chute des petites eschares causées par les aiguilles ne fût suivie d'hémorrhagie, la peau des tumeurs étant très amincie.

M. Maisonneuve a proposé de faire dans la tumeur une injection de

perchlorure de fer avec la seringue de Pravaz, dont la petitesse est extrême et dont le piston, mû par une vis, permet de n'introduire dans les kystes qu'une seule goutte de liquide. La malade, à laquelle on a expliqué la gravité de sa position, a cependant refusé l'opération.

Nous avons alors fait mettre de la glace sur les tumeurs ; elle y est restée pendant quarante-huit heures seulement. La maladie est restée trois semaines abandonnée à elle-même, et cependant, messieurs, la tumeur a diminué de moitié ; le lobe droit, qui était le plus volumineux, a presque entièrement disparu. Je place sous les yeux de la Société un dessin qui représente la position et le volume des tumeurs lorsque cette femme est entrée à l'hôpital. Il est facile, par l'examen comparatif du dessin et de la malade, de s'assurer que les tumeurs ont perdu l'une et l'autre de leur volume, surtout celle de droite.

En procédant à l'examen de la malade, plusieurs membres de la Société se demandent si l'anévrysme est développé sur la crosse de l'aorte ou sur le tronc brachio-céphalique.

M. *Boinet* demande quel but on s'est proposé en voulant injecter du perchlorure de fer dans un anévrysme de la crosse de l'aorte, anévrysme aussi développé, quand on ne parvient pas souvent à guérir les anévrysmes situés sur les membres, dont les dimensions ne sont pas à beaucoup près aussi vastes, et développés sur des vaisseaux dont le diamètre est en comparaison petit.

M. *Guibout*. C'est par ce moyen que M. Maisonneuve traite avec succès les varices.

M. *Boinet*. Il est logique d'agir ainsi pour les varices, que l'on peut comprimer au-dessus et au-dessous après l'injection, afin de produire la coagulation du sang qu'elles contiennent ; cette pratique est celle de plusieurs chirurgiens des hôpitaux : ce moyen devient déjà plus chanceux pour les anévrysmes des membres, que l'on peut, cependant, aussi comprimer au-dessus et au-dessous de leur origine. Or, dans l'exemple présent, c'est aussi la coagulation qu'on s'est proposé d'obtenir ; on ne peut arriver à ce but qu'à la condition de comprimer l'artère qui a donné lieu à l'anévrysme au-dessus et au-dessous du sac, c'est-à-dire lier l'aorte à sa sortie du cœur.

M. *Guibout*. Tout ce que nous fait observer M. Boinet est sans doute fort raisonnable, mais il faut considérer que nous étions en présence d'une mort prochaine à laquelle nous voulions essayer d'arracher cette malade par une dernière tentative ; heureusement pour elle, une application de glace pendant quarante-huit heures a été suivie du changement favorable que la Société a été à même de constater.

M. *Denonvilliers*. Il ne s'agit ici que de présomptions, j'engage donc la Société à passer à un autre sujet.

M. *Duparcque* lit un rapport sur les travaux de M. le docteur Bertherand, médecin en chef de l'hôpital du Dey à Alger. A la suite de ce rapport, M. Bertherand est admis membre correspondant.

M. *Fauconneau-Dufresne* lit la première partie d'un mémoire sur la nature et le traitement du diabète ; la Société propose l'impression de ce travail afin d'en faciliter la discussion. (Le mémoire a été imprimé dans le numéro du 19 juin.)

La Société nomme membre correspondant M. le docteur Mignot, médecin à Chantelle (Allier), sur les travaux duquel M. Briquet a fait un rapport.

Après avoir entendu le rapport de M. Baillarger sur la présentation du docteur Gros, la Société admet M. le docteur Gros membre titulaire.

La séance est levée à cinq heures.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 3 JUILLET 1857.

Suite de la lecture d'un mémoire sur le diabète, par M. *Fauconneau-Dufresne*.

Observation de paralysie causée par la compression de la moelle, par M. *Bourguignon*.

Du panaris et du phlegmon des doigts, par M. *Bauchet*.

Société médicale allemande de Paris.

SÉANCE DU 30 MARS 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MEDING.

De l'influence de la chaleur sur l'activité du cœur

M. le docteur Calliburcès, de Naxos, en Grèce, membre de la Société, communique les résultats d'une série d'expériences qu'il vient de faire dans le laboratoire de M. Cl. Bernard, dans le but d'étudier l'influence de la chaleur sur les contractions du cœur. M. Calliburcès se proposa, dans le principe, d'étudier l'influence de la chaleur sur la vitesse de la circulation, et, dans ce but, il répété les expériences de M. Poiseuille. Après avoir plongé dans de l'eau chaude l'une des extrémités postérieures d'une grenouille, il examina au microscope la membrane natatoire de l'autre, et il remarqua que l'influence du calorique accélérait toujours la circulation, mais que la fréquence des battements du cœur augmentait en même temps d'une manière si notable, qu'elle ne paraissait plus être en proportion avec la vitesse de la circulation. Voici les résultats de ces expériences préliminaires qui indiquent en effet que la fréquence des mouvements du cœur est indépendante de la modification physique qu'imprime la chaleur au mouvement du sang.

BATTEMENTS du cœur par minute avant l'application de la chaleur.	DEGRÉS centigrades de chaleur.	BATTEMENTS du cœur par minute après l'application de la chaleur.	DIFFÉRENCE en plus sous l'influence de la chaleur.
52	35	90	38
38	39	86	48
44	55	82	38
50	55	92	42
32	68	64	32
36	72	84	48
42	75	100	58

Le véhicule qui sert à appliquer la chaleur semble être sans influence ; les métaux, l'air, un grand nombre d'acides, le sang défibriné, l'urine, qui ont été employés, ont toujours donné le même résultat que l'eau.

Ces résultats imprimèrent une autre direction aux recherches de M. Calliburcès. Ayant sous les yeux un animal à sang froid métamorphosé en animal à sang chaud, et qui pour cela même se trouvait dans un état fébrile, il crut l'occasion favorable pour résoudre par voie d'expérimentation la question des rapports qui existent entre la chaleur animale et l'activité du centre circulatoire. Les grenouilles étaient d'autant mieux appropriées à ces recherches qu'elles se trouvaient changées, comme nous venons de dire, en animaux à sang chaud, et ensuite parce qu'elles se prêtent admirablement à l'analyse physiologique.

Par quelle voie physiologique l'action de la chaleur est-elle transmise au cœur? C'est là le point important du problème. M. Calliburcès admet qu'on pourrait donner *à priori* quatre explications différentes de ce phénomène, et nous verrons qu'il les a soumises successivement à un examen expérimental.

I. L'accélération de la circulation provenant, d'après les lois de la physique, de ce que la chaleur en modifie les conditions hydrauliques, est-elle la cause première de la fréquence plus grande des mouvements du cœur?

Se fondant sur les résultats d'expériences répétées, M. Calliburcès se crut déjà autorisé à répondre par la négative. Après avoir mis à nu le cœur d'une grenouille, il appliqua une ligature à la partie supérieure des extrémités postérieures de l'animal, en ayant soin de ne pas y comprendre les nerfs cruraux, de manière que la communication par les vaisseaux entre le tronc et les extrémités était interrompue, tandis que celle par les nerfs continuait à subsister. Les extrémités postérieures ayant été plongées jusqu'au voisinage des ligatures dans de l'eau à 55 degrés centigrades, les

battements du cœur montèrent à 88 par minute, et le même résultat se produisit chez des grenouilles que M. Calliburcès plongea dans de l'eau à la même température, mais auxquelles il n'avait pas lié les extrémités postérieures. Prévoyant l'objection que l'on pourrait faire, à savoir que les os pourraient bien avoir servi d'intermédiaire pour transmettre l'action de l'eau chaude au sang circulant au-dessus des ligatures, et que, dans ce cas, l'accroissement de l'activité du cœur n'est que la conséquence de la modification physique du mouvement du sang, M. Calliburcès modifia ses expériences de la manière suivante : après avoir enlevé à une grenouille la paroi thoracique antérieure, il fit en sorte que le cœur, qui avait 44 pulsations par minute, vînt plonger dans un petit verre de manière que l'action de l'eau chaude ne pouvait être que locale. Il versa ensuite dans ce verre de l'eau à 44 degrés, et aussitôt le nombre des pulsations monta à 65 par minute. On ne peut plus supposer ici que, dans un espace de temps relativement si minime, toute la masse du sang ait subi l'influence de la température de l'eau contenue dans le verre, et qu'elle soit ainsi devenue la cause de la fréquence plus grande des pulsations du cœur.

M. Calliburcès répéta cette expérience encore plusieurs fois, et voici quelques-uns des résultats qu'il a obtenus :

	BATTEMENTS du cœur avant l'application locale de la chaleur.	DEGRÉS centigrades de chaleur.	BATTEMENTS du cœur après l'application locale de la chaleur.	DIFFÉRENCE en plus sous l'influence de la chaleur.
1.	50	25	64	14
2.	50	41	68	18
3.	32	70	52	20
4.	44	55	82	38
5.	42	65	64	22
6.	42	65	82	40

La deuxième expérience a été faite sur la grenouille n° 1, et la sixième expérience sur la grenouille n° 5, lorsque le nombre des battements du cœur fut redevenu le même que dans la première et la cinquième expérience.

II. La chaleur agit-elle sur le cœur par l'intermédiaire du système nerveux?

A la suite d'une série d'expériences répétées à plusieurs reprises, M. Calliburcès s'est convaincu que l'accroissement de l'activité du cœur, consécutif à l'augmentation de la chaleur animale, est indépendant du système nerveux.

Première expérience — Après avoir isolé les extrémités postérieures d'une grenouille par la section des nerfs cruraux, M. Calliburcès les plongea dans de l'eau chaude et remarqua que les mouvements du cœur augmentaient exactement de la même manière que chez des grenouilles auxquelles il n'avait pas fait la section des nerfs cruraux. Comme on pourrait encore dire ici que la chaleur de l'eau s'est communiquée au sang circulant au-dessus du point de section des nerfs, qu'elle peut avoir agi comme un excitant sur les nerfs vasculaires, et que, d'après cette manière de voir, l'accroissement des mouvements du cœur serait un phénomène provenant de l'irritation des nerfs, M. Calliburcès dut songer à écarter cette objection, et voici de quelle manière il s'y prit :

Deuxième expérience. — Au lieu d'employer de l'eau chaude, M. Calliburcès appliqua de l'acide acétique et azotique, depuis la plus faible dilution jusqu'à la concentration la plus forte : l'activité du cœur n'éprouva aucun changement dans quelques cas, dans d'autres elle s'accrut seulement de quelques contractions ; et, lors de l'application à la moitié postérieure de l'animal de l'acide azotique concentré, elle s'arrêta même complétement.

Troisième expérience. — M. Calliburcès ouvrit le canal rachidien d'une grenouille dans la région de la moelle allongée et y introduisit la canule d'une petite seringue remplie d'eau chaude ; les mouvements du cœur s'arrêtèrent au moment même de l'introduction de la canule sous l'influence des vapeurs d'eau qui s'en dégageaient et avant que l'injection eût pu être faite. Plus tard ils reparurent, mais leur nombre avait diminué de trois à cinq par minute.

Quatrième expérience. — M. Calliburcès détruisit complétement l'encéphale et la moelle épinière d'une grenouille, et il observa cependant, lors de l'application de la chaleur, la même augmentation des contractions du cœur. Dans la première expérience de ce genre, elles montèrent de 36 à 84 par minute.

Cinquième expérience. — M. Calliburcès paralysa les nerfs moteurs d'une grenouille en l'empoisonnant par du curare. Dans la première de ces expériences, le cœur de l'animal battait 50 fois par minute, tant avant qu'après l'intoxication, et avant l'application de la chaleur. Les extrémités postérieures ayant été plongées dans de l'eau à 55 degrés, le nombre des pulsations monta à 92 par minute ; puis il commença à diminuer, et lorsqu'il n'y en avait plus que 60 par minute, M. Calliburcès mit les extrémités postérieures dans de l'eau à 73 degrés, ce qui fit remonter le nombre des pulsations à 92 par minute. Dans une autre expérience, le cœur de la grenouille battait 38 fois par minute après l'intoxication et avant l'application de la chaleur. De l'eau à 39 degrés ayant été appliquée sur le cœur, le nombre des battements monta à 86 par minute, puis il diminua insensiblement, et lorsqu'il n'y eut plus que 74 pulsations par minute, M. Calliburcès fit cesser l'application de l'eau chaude sur le cœur : les mouvements de cet organe continuèrent à diminuer peu à peu en quantité, ce qui prouve que l'action de la chaleur sur le cœur se fait encore sentir lors même qu'on a cessé de l'y appliquer directement, fait que des expériences ultérieures ont pleinement confirmé. Un accès de fièvre artificielle, provoqué chez la même grenouille au moyen d'eau à 35 degrés, fit remonter le nombre des contractions du cœur de 40 à 88 par minute ; mais ces pulsations étaient doubles, irrégulières et intermittentes, résultat qui fut également confirmé par des expériences répétées et qui fait voir que la chaleur a de l'influence, non-seulement sur la quantité, mais encore sur la qualité des contractions du cœur.

III. L'accélération des mouvements respiratoires qui, lors de l'augmentation de la chaleur animale, coïncide avec l'accroissement des contractions du cœur, peut-elle être regardée comme la cause de cette fréquence plus grande des battements de ce dernier organe?

M. Calliburcès répond encore négativement, par la raison que, chez les grenouilles empoisonnées par le curare, les mouvements respiratoires cessent complétement, et que néanmoins l'application de la chaleur provoque une augmentation de ceux du cœur. Du reste, nous avons déjà vu, et ce fait parle aussi en faveur de la négative, que l'application locale de la chaleur sur le cœur en accélère l'activité, mais qu'elle n'a pas d'influence sur les phénomènes respiratoires.

Les expériences précédentes n'ayant donné que des résultats négatifs, M. Calliburcès conclut que la quatrième manière de voir devait être la seule juste, et de nouvelles expériences démontrèrent la vérité de cette supposition.

IV. L'accélération de l'activité du cœur, qui est la conséquence de l'augmentation de la chaleur animale, dépend uniquement de l'action locale et spécifique de la chaleur sur le cœur même.

Voici de quelle manière M. Calliburcès fit ses expériences : Il extirpa le cœur d'une grenouille qui avait 36 pulsations par minute ; après l'opération, il en avait encore 18. M. Calliburcès le plaça alors dans un verre à montre contenant de l'eau à 40 degrés, et aussitôt les pulsations montèrent à 94 par minute. Dans la deuxième expérience, la chaleur de l'eau (40 degrés) fit monter les contractions du cœur de 38, qu'il avait avant l'extirpation, à 80 par minute. Un troisième cœur battait encore 30 fois par minute après avoir été excisé ; mis dans de l'eau à 25 degrés, il se contractait 62 fois dans le même espace de temps. Dans la dernière expérience, enfin, M. Calliburcès mit le cœur d'une grenouille, qui avait 36 pulsations avant d'être extirpé, dans de l'eau à 50 degrés, ce qui fit monter les contractions à 72 par minute ; alors il le mit dans

de l'eau qui n'avait que 10 degrés de chaleur, et aussitôt les pulsations cessèrent complétement, mais elles reparurent de nouveau (82 par minute) lorsque le cœur fut remis dans de l'eau à 50 degrés.

Ces résultats surprenants décidèrent M. Calliburcès à continuer ses expériences sur une plus vaste échelle ; il se propose de publier plus tard l'ensemble de ses observations.

Pendant le cours de ses recherches, M. Calliburcès fit encore l'observation que le nombre des contractions du cœur augmente en raison du degré de température employé; mais il ne lui a pas été possible d'y trouver une proportion directe : ainsi, pour prendre un exemple au hasard, une température de 22 degrés fit monter les mouvements d'un cœur de 32 à 45 par minute; lorsqu'il fut revenu à 32 battements, on l'exposa à une température de 32 degrés, sous l'influence de laquelle il y eut 65 pulsations par minute.

Conclusions : 1° La chaleur a une action spécifique sur le cœur; l'augmentation des pulsations qu'elle provoque est indépendante non-seulement des conditions hydrauliques de la circulation, mais encore du système nerveux et des mouvements respiratoires ; elle n'est due qu'à l'action directe de la chaleur sur le centre circulatoire;

2° La chaleur animale est destinée à exciter le cœur d'une manière locale et à en entretenir l'activité;

3° Le nombre des contractions du cœur s'accroît, sans qu'il y ait proportion directe, en raison du degré de chaleur qu'on emploie, si le cœur se trouve près de son état physiologique, c'est-à-dire s'il n'a pas déjà servi à plusieurs expériences de ce genre.

4° La chaleur influe non-seulement sur la quantité, mais encore sur la qualité des contractions du cœur ;

5° L'action de la chaleur sur le cœur continue à subsister lors même qu'il n'y est plus exposé d'une manière directe.

M. Calliburcès croit qu'il faudra chercher la nature réelle de la fièvre dans la production de la chaleur augmentée d'une manière morbide, et non dans l'activité plus grande du cœur, qui en est la conséquence physiologique; il lui semble que bien des phénomènes du côté du cœur, que l'on attribue maintenant encore aux nerfs ou à une émotion morale, ou aux effets de quelques moyens thérapeutiques, trouveront leur explication dans une des circonstances suivantes : 1° le sang est chassé de la périphérie vers le cœur, ou la circulation est accélérée et une plus grande quantité de sang passe dans un temps donné par le cœur et en modifie les conditions thermiques; 2° les vaisseaux du cœur sont paralysés (par exemple par la section du nerf pneumogastrique), il s'établit une congestion passive qui modifie encore les conditions thermiques de l'organe; 3° quelques agents thérapeutique (la digitale par exemple) dont on regarde l'action comme spécifique sur le cœur, diminuent seulement la production de la chaleur.

M. Calliburcès croit que les lois physiologiques qu'il a découvertes contribueront à modifier, non-seulement la manière d'expliquer quelques phénomènes physiologiques, mais qu'elles serviront encore à introduire des modifications dans la théorie et la thérapeutique de la fièvre et le traitement des affections du cœur. Il se propose de vérifier par des preuves expérimentales ces nouvelles opinions, qu'il n'a qu'effleurées ici, et de donner les autres résultats de ses expériences sur des animaux à sang froid et à sang chaud.

Dr A. MARTIN.

III.

REVUE DES JOURNAUX.

Transmission héréditaire de l'arc sénile, par le docteur EDWIN CANTON.

La GAZETTE HEBDOMADAIRE a fait mention à plusieurs reprises (1854-1855) des intéressants travaux dans lesquels le docteur Canton a étudié l'arc sénile, ou dégénération graisseuse de la cornée, et signalé en particulier la remarquable coïncidence qui existe entre cette altération et l'invasion de la graisse dans le tissu du cœur. Dans un nouveau travail, publié, comme les précédents, dans THE LANCET, le même auteur aborde la question de l'hérédité de l'arc sénile. Il y rassemble des raisonnements qui lui paraissent militer en faveur de la transmissibilité par voie d'hérédité de cette affection de la cornée. Mais, ce qui est plus important, il rapporte une observation qui nous semble mettre hors de doute la possibilité de cette transmission, et qui démontre, en outre, que les altérations qui constituent ce qu'on appelle l'arc sénile peuvent se développer chez des sujets d'un âge très peu avancé.

OBS. — Un nommé B..., âgé de cinquante-trois ans, de taille [illegible] maigre, de faible constitution, portant au visage des rides nombreuses et profondes, et dont la physionomie exprime la souffrance, présente à chacun des yeux un arc sénile très foncé en couleur et d'un très grand diamètre. Jamais le docteur Canton n'en a rencontré de mieux [illegible] même chez les sujets les plus âgés. Cet homme avait joui d'une certaine aisance jusqu'à l'âge de vingt-sept ans ; mais à cette époque il tomba dans la misère. Il a dû, depuis, faire des efforts inouïs pour soutenir sa femme et une nombreuse famille. Il éprouve depuis plusieurs années de la toux et de l'essoufflement. Il résulte de l'examen auquel s'est livré le docteur H. Salter que cet homme ne présente pas d'autre lésion viscérale qu'un degré assez prononcé d'emphysème pulmonaire.

La femme de B... est âgée de quarante-neuf ans. Elle présente les caractères de la sénilité anticipée. Elle a d'ailleurs, ainsi que son mari, dont elle a partagé la mauvaise fortune, vécu misérablement pendant de longues années. On observe chez cette femme, sur chaque cornée, un arc sénile très large et dont l'opacité est très prononcée.

Elle a eu de B... sept enfants, dont quatre seulement sont aujourd'hui vivants. L'aîné de ces enfants, W. B..., est un garçon, âgé de [illegible] Il est maigre et de faible constitution. Il se plaint d'un affaiblissement de la vue, qui lui est incommode, surtout lorsqu'il travaille à la lumière artificielle. Les pupilles sont très dilatées ; les sclérotiques ont une teinte bleue plus foncée que cela n'a lieu dans l'état normal. Les deux cornées présentent dans leur segment supérieur un demi-cercle où la dégénération graisseuse est très prononcée.

L'arc sénile existe également au pourtour de leur segment inférieur, mais à un degré moindre.

Le deuxième enfant de C... est un garcon âgé de quatorze ans, [illegible] constitué, et qui paraît jouir d'une bonne santé. Chez lui, l'arc [illegible] très apparent, mais prononcé surtout sur le segment inférieur des [illegible] cornées.

Le troisième enfant est un garçon de onze ans, intelligent et [illegible] tant. Il présente sur chaque œil un arc sénile très évident, moins prononcé, toutefois, que celui qu'on remarque chez ses deux frères.

Enfin, le dernier enfant est une petite fille âgée de six ans. Chez elle n'existe pas trace de dégénération graisseuse de la cornée.

Il est bon de noter que la femme B... présente, à chaque pied, la réunion congénitale du deuxième avec le troisième orteil, et que la même particularité se remarque chez deux de ses enfants, le second et le [illegible]trième. (*The Lancet*, 7 mars 1857.)

Hémorrhagie s'opérant par la membrane muqueuse du vagin; terminaison par la mort, par H. OBRÉ.

OBS. — Miss T..., âgée de quatorze ans et trois mois, de haute stature et d'une belle complexion, avait toujours joui d'une bonne santé, [illegible] n'avait jamais fait de maladie grave. Elle fut prise, sans cause [illegible] au commencement de juin 1852, d'un écoulement de sang par le vagin, qui dura pendant quelques jours et fut considéré par sa mère comme étant le premier flux cataménial. Au bout de quelques jours, cet écoulement, qui d'ailleurs avait été peu abondant, cessa complétement. Le 27 juin l'hémorrhagie reparut. Elle fut cette fois, dès l'abord, assez abondante. Toutefois, les parents ne s'en inquiétèrent point, parce qu'ils supposaient qu'il s'agissait toujours là de l'écoulement menstruel, et ce fut le 10 juillet seulement qu'ils prirent enfin l'alarme et appelèrent le médecin. Ce jour-là, le docteur O... trouva la malade alitée et déjà dans un état de profonde anémie. Elle ne se plaignait cependant d'aucun mal, si ce n'est d'un léger mal de tête. L'hémorrhagie s'était accrue [illegible] depuis la nuit précédente, et il y avait eu émission de caillots [illegible] divers volumes. Le 11 juillet, malgré l'emploi de boissons glacées et d'une potion contenant de l'acide sulfurique, l'hémorrhagie a continué. La pâleur est extrême, le pouls est très faible et très fréquent. Il y a eu des vomissements. Le doigt, introduit dans le vagin, non sans difficulté, [illegible]

membrane hymen est intacte, permet de constater que l'orifice utérin son diamètre normal et n'est pas le moins du monde entr'ouvert. L'utérus d'un petit volume. On trouve le vagin rempli de caillots sanguins. Le et le 13 juillet, l'hémorrhagie persiste, malgré l'emploi rationnel des oyens usités en pareil cas, et en particulier du tamponnement du vagin. malade s'affaiblit progressivement. Le 14, la prostration est extrême. s stimulants et les toniques qu'on met en usage restent sans effet, et la alade succombe vers trois heures de l'après-midi.

On n'a jamais noté sur le tégument externe l'existence de taches de urpura.

A l'examen microscopique, on trouve tous les organes abdominaux rfaitement sains; seulement leur tissu est extrêmement pâle; l'utérus un volume tout à fait normal. Sa cavité, ainsi que celle des tubes de llope, est parfaitement vide, et la membrane muqueuse utérine est tout fait pâle. L'orifice utérin est fermé. Le vagin, qui contient encore ponge qu'on y avait introduite, est distendu par des caillots sanguins. membrane muqueuse vaginale est ramollie; elle s'enlève, par places, la tunique sous-jacente avec la plus grande facilité. Elle est en outre rsemée çà et là de nombreuses ecchymoses. On ne remarque sur la roi interne du vagin aucune ulcération, aucune solution de continuité i puissent rendre compte de l'hémorrhagie. L'aorte abdominale et la ine cave sont à peu près vides de sang. Leurs tuniques sont parfaitement saines. (*British Medical Journal*, n° 20, 16 mai 1857.)

e la saignée des veines ranines dans les maladies du pharynx, par M. le docteur M. Mestivier.

e l'emploi de la saignée des veines ranines dans le traitement des maladies du pharynx, du larynx, etc., et du meilleur procédé à suivre dans cette opération, par le docteur F.-A. Aran.

La saignée des ranines, autrefois fort en honneur, mais dont usage est à peu près complétement oublié par les médecins de notre époque, est cependant journellement pratiquée en France, dans une contrée basse qui s'étend depuis Blaye jusqu'à Royan, et dans laquelle les angines sont pour ainsi dire épidémiques. Le docteur Mestivier, qui exerce dans ce pays, a eu l'occasion d'y voir pratiquer et d'y pratiquer lui-même un bon nombre de fois cette petite opération. Il a pu se convaincre que, dans maintes circonstances, elle est suivie des plus heureux résultats. Dans les angines inflammatoires bénignes, chez les sujets lymphatiques, chez les femmes, chez les enfants, la saignée des ranines, pratiquée au début de l'affection, est très souvent suffisante pour amener à elle seule une prompte guérison. Si la maladie est très intense et le sujet pléthorique, il est nécessaire de la faire précéder de saignées du bras; mais un des caractères particuliers de ce moyen thérapeutique, c'est qu'il amène presque toujours un soulagement *immédiat*, alors même que la marche de la maladie n'est pas complétement enrayée. Pour ce qui est des angines malignes, gangréneuses et diphthéritiques, le docteur Mestivier emprunte ce qu'il en dit à un travail publié par M. le docteur Chaparre dans la Gazette hebdomadaire de 1855 (n° 17, p. 310). (*Bulletin de thérapeutique*, 1re et 2e livraisons, janvier 1857.)

—M. Aran a, depuis trois ou quatre ans, pratiqué fort souvent la saignée des ranines dans les angines inflammatoires de toute espèce, dans les laryngites, les stomatites et glossites aiguës. C'est dans la première de ces affections qu'il lui a vu produire les meilleurs effets. Ainsi que le dit M. Mestivier, le soulagement qu'elle amène est le plus souvent immédiat.

Des personnes qui avaient été saignées du bras, d'autres qui avaient eu, une fois ou à plusieurs reprises, des sangsues autour du cou, ont retiré de la saignée des veines de la langue un soulagement qu'elles n'avaient jamais eu à la suite des émissions sanguines précédentes. Ce soulagement est durable, il augmente peu à peu, marquant presque toujours la période de décroissance de la maladie. Voici le procédé opératoire suivi par M. Aran pour la saignée des ranines, et qui, suivant lui, est bien préférable au procédé d'Ambroise Paré, que conseille encore M. Mestivier, et qui consiste à ouvrir la veine *au travers*.

« *Premier temps.* — La langue ayant été saisie par la pointe à l'aide des deux ou trois premiers doigts de la main gauche garnis de linge et légèrement relevés; ou mieux encore, si le malade est docile, celui-ci relevant avec force la pointe de la langue contre l'arcade dentaire supérieure et faisant saillir entre les dents la face inférieure de l'organe, on divise très doucement et à petits coups, de haut en bas, la membrane muqueuse le long de la veine droite à l'aide d'une lancette bien tranchante, de manière à mettre ce vaisseau à découvert dans une étendue de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2. La veine fait immédiatement saillie entre les lèvres de la peau.

» *Deuxième temps*, qui consiste à diviser également de haut en bas, et en reportant la lancette dans l'angle supérieur de la plaie, la veine ranine dans l'étendue de laquelle elle a été mise à découvert. Le sang coule immédiatement, mais en bavant et jamais par jets. » La même opération est pratiquée ensuite sur la veine ranine gauche.

Lorsque les deux veines sont ouvertes, il reste encore à assurer l'écoulement du sang par l'introduction de quelques gorgées d'eau tiède de minute en minute, et par des mouvements imprimés à la langue. Il suffit, en général, de mettre la langue au repos pour que le sang s'arrête de lui-même. Chez quelques personnes cependant, le sang recommence à couler dès qu'elles parlent et qu'elles mangent; mais cet écoulement est insignifiant et n'est pas suivi d'accidents. On s'en rendrait d'ailleurs maître avec facilité soit en comprimant la langue sur un morceau d'agaric, soit en posant dans la plaie un stylet rougi au feu, un crayon de nitrate d'argent ou du perchlorure de fer. (*Bulletin de thérapeutique*, 3e livraison. Février 1857.)

IV.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire d'anatomie avec un Atlas de 60 planches, par L. et P. Batissier et C. Salmon. Gr. in-8, 1er fascicule de 468 p. et 30 planches. Paris, J. Viat, 1857.

Les sciences anatomiques, rangées autrefois, même à l'École de Paris, parmi les sciences accessoires à la médecine, prennent incontestablement une importance de jour en jour croissante. Cependant on chercherait en vain dans notre littérature médicale un traité dans lequel se trouvent exposées, avec ordre et précision, non-seulement toutes les connaissances anatomiques si bien retracées dans nos ouvrages classiques, mais encore ces acquisitions plus modernes de la science qui trouvent tous les jours de si belles applications, tant en médecine qu'en chirurgie. Encore moins possédons-nous un bon manuel à l'usage des commençants, un tel livre ne pouvant être qu'un résumé d'un traité complet fait préalablement par l'auteur.

On n'accorde pas, ce nous semble, aux manuels l'attention qu'ils méritent. Ce genre d'ouvrages, cependant, exerce la plus grande influence en médecine, et si les services qu'ils sont appelés à rendre sont immenses, le mal qu'ils peuvent engendrer n'est pas moindre. Comme ils s'adressent au plus grand nombre, et surtout aux élèves, leur langage est dogmatique, leur pouvoir absolu; ils ne rencontrent ni défiance, ni opposition. Se trouvant en face d'un terrain vierge qui attend la semence avec impatience, ils peuvent y jeter à volonté la bonne et la mauvaise graine, et tout est reçu avec la même reconnaissance, et tout germera avec la même vigueur; c'est grâce aux manuels qu'on voit s'enraciner dans toute une génération médicale, et ces grandes vérités qui sont les bases immuables de la science, et ces déplorables erreurs qu'il coûte souvent tant de peine à extirper.

MM. Batissier et Salmon ont voulu, en écrivant ce livre, offrir aux élèves et aux praticiens un guide clair, précis et fidèle; et, dans ce but, ils ont mis à contribution, disent-ils, les œuvres de la plupart des anatomistes français et étrangers, les cours des savants professeurs de notre Faculté et les excellentes leçons de M. Dupré. Voyons donc comment ils ont utilisé les matériaux qu'ils ont puisés

à tant de sources irrécusables, et si, à défaut de fouilles nouvelles, ils se sont montrés bons appréciateurs de ces matériaux et bons architectes.

L'ordre adopté par les auteurs dans cet ouvrage n'est pas celui qui a été suivi jusqu'à ce jour dans les traités d'anatomie descriptive. *L'ordre ancien*, disent-ils, *avec ses divisions : d'ostéologie, de myologie*, etc., *est surchargé de redites inutiles, et offre des difficultés presque insurmontables à l'élève qui commence. La classification que nous proposons tend à éloigner le moins possible les organes que la nature a réunis dans une même portion de l'économie, et elle simplifie ainsi l'étude si laborieuse des rapports des organes entre eux.*

C'est en quelque sorte la marche suivie dans les traités d'anatomie topographique, mais modifiée de manière à rendre les descriptions compréhensibles à l'élève qui commence, et à donner, à propos des diverses parties passées en revue, des détails qu'en général on suppose connus en anatomie chirurgicale.

La description des diverses régions du corps forme la matière d'autant de chapitres ; mais les auteurs ne se sont pas astreints à cette délimitation exacte des régions que s'est toujours imposée l'anatomie topographique. Leurs régions empiètent souvent les unes sur les autres ; bien plus, il arrive quelquefois que, pour rendre intelligente la description d'une région, les auteurs sont obligés de donner d'abord des détails sur des parties appartenant à une région voisine : c'est ainsi qu'au moment d'entreprendre l'histoire des parties molles du membre thoracique, ils se voient dans la nécessité de la faire précéder de la description du triangle sus-claviculaire faisant partie du cou.

Lorsque, examinant l'ordre dans lequel les auteurs décrivent les diverses parties constituantes de chaque région, on les voit commencer invariablement par l'histoire du squelette, on se trouve porté à penser qu'ils vont étudier les connexions et les moyens d'union de ses diverses pièces et qu'ils passeront ensuite à la description des organes de la profondeur vers la superficie, qu'ils *habilleront* successivement, pour nous servir d'une expression déjà employée, les os qu'ils nous ont ainsi fait connaître. Eh bien ! c'est tout le contraire qu'ils font : des os, dont ils nous laissent ignorer les moyens d'union, ils passent aux muscles, qu'ils décrivent en procédant des couches superficielles vers les couches profondes, et ce n'est qu'ensuite qu'ils étudient les articulations, pour sauter de là à la peau et terminer enfin par les vaisseaux et les nerfs de la région Un tel ordre, nous pourrions dire désordre, n'a pas même son excuse dans la facilité qu'il doit procurer à l'élève qui dissèque, car la peau et les aponévroses d'enveloppe doivent être examinées par lui avant les parties situées au-dessous d'elles. Du reste, cette division en régions, excellente pour celui qui connaît déjà l'anatomie descriptive, nous paraît détestable quand il s'agit d'inculquer à l'élève les notions les plus élémentaires de la science ; le commençant voit ces régions traversées par des organes dont il ne connaît ni l'origine ni la terminaison, et se trouve forcé, s'il veut savoir à quoi s'en tenir, à rechercher ailleurs les notions qui font défaut dans la description, à reconstituer par lui-même l'ensemble dont on ne lui présente que des lambeaux. Les auteurs ont si bien senti cet inconvénient, qu'ils n'ont pas craint de décrire, à propos d'une région, des organes situés tout entiers ou en partie dans une autre, mais liés à la première par des rapports de continuité ou de fonction. Mais on avouera qu'il est au moins étrange de trouver, par exemple, le larynx et le corps thyroïde rangés parmi les organes thoraciques, tandis qu'il n'en est fait aucune mention, non plus que du pharynx, dans le chapitre consacré à la région cervicale ; d'un autre côté, nous croyons plus profitable pour l'élève d'étudier dans une même séance tout le tronc de l'aorte, que de n'en voir d'abord que la portion contenue dans la poitrine et d'en réserver la portion sous-diaphragmatique pour la région abdominale. L'inconvénient de ces scissions arbitraires est encore plus manifeste pour les nerfs : c'est au point que nous défions un commençant d'étudier convenablement le pneumogastrique, par exemple, dans l'ouvrage de MM. Batissier et Salmon, même en se servant des tableaux synoptiques qui terminent l'étude de chaque région.

L'ordre dans lequel sont étudiées les diverses régions ne [...] pas paru très heureux. Il est certain qu'il n'y a point en anat[...] de division plus naturelle que celle qui partage le corps en tr[...] tête et membres. MM. Salmon et Batissier scindent le [...] deux régions, la région thoracique, qu'ils étudient après la [...] spinale, et la région abdominale, séparée de la première par [...] gion du membre supérieur, la région cervicale, la région crâ[...] et la région faciale.

Mais avant de passer à la description de ces régions, les au[...] ont senti la nécessité de consacrer un chapitre à l'exposé de[...] tions d'anatomie générale les plus essentielles, chapitre da[...] quel, disent-ils, *les élèves pourront puiser des éléments [...] pour se préparer à l'étude de l'histologie.* Il est vrai qu'ils f[...] de cas de cette dernière science, car, à les entendre, le micro[...] n'aurait guère fourni jusqu'ici que des résultats contradicto[...] des notions hypothétiques. Aussi donnent-ils peu de déve[...] ment à l'examen microscopique des organes : qu'on juge [...] paragraphe suivant, que son étendue nous permet de re[...] tout entier ; il s'agit du système capillaire, qui, comme [...] sait, joue dans l'organisme un rôle tout à fait insignifiant, [...] les auteurs rangent, avec le tissu érectile, les ganglions vasc[...] le *sang*, le chyle et la lymphe parmi les *dépendances du* [...] *vasculaire.*

« *D'après les micrographes*, le sang, pour passer de[...] » dans les veines, traverse des canaux excessivement déli[...] » sous le nom de *vaisseaux capillaires*. Ces capillaires, qui [...] » ni des artères, ni des veines, sont, *dit-on*, constitués par [...] » membrane particulière, amorphe et insoluble dans l'acide [...] » tique (p. 26). »

Qui osera croire qu'après la lecture de ce paragraphe et d'[...] analogues les élèves ne seront pas convenablement *prép[...] l'étude de l'histologie?* Et est-il besoin d'autres citations pour [...] ressortir tout le mérite de cette partie de l'œuvre de MM. Ba[...] et Salmon ?

Marc Sée

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la *Gazette hebdomadai[...]* le 30 juin 1857, sont prévenus qu'à moins d'ordre cont[...] avant le 10 de ce mois, il sera fait sur eux, pour prix de re[...] ment, un mandat payable le 31 juillet courant.

V.

VARIÉTÉS.

— Séance annuelle de la Société de chirurgie. La Société [...] rurgie a tenu, mercredi, 1er juillet, sa séance annuelle. M. M[...] secrétaire général, a lu un excellent rapport sur les travaux de [...] ciété pendant cette dernière année.

Le prix Duval a été décerné à M. Caron, ancien interne des [...] auteur d'une thèse *Sur le traitement des varices par les [...] perchlorure de fer.* Une mention honorable a été accordée à M. [...] qui a donné également une bonne thèse sur le traitement des [...] de l'épaule.

— Le banquet annuel des internes et anciens internes des [...] Paris, a eu lieu lundi dernier, au Grand hôtel du Louvre. Cent [...] vives environ ont pris part à cette fête de la jeunesse et du [...].

— Nous avons la douleur d'annoncer la mort inattendue de M. [...] Quelques mots du cœur ont été prononcés sur sa tombe par M. [...] quay.

Pour toutes les Variétés, A. Dechambre.

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr. Pour l'Étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 10 JUILLET 1857. — N° 28.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de M. le Ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 24 juin 1857, M. RICHE, préparateur de chimie près la Faculté des sciences de Paris, est nommé, en outre, chef des travaux chimiques près le laboratoire de recherches et de perfectionnement.

M. COLLINET, bachelier ès sciences, est attaché au laboratoire de recherches et de perfectionnement, en qualité de préparateur.

— Par arrêté du 30 juin 1857, M. LÉPINE, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, en remplacement de M. Lavalle.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 1er au 30 juin 1857.

93. MATHEY, Louis-Jean-Marguerite, né à Thuxy (Saône-et-Loire). [*Du traitement de l'érysipèle par le perchlorure de fer administré à l'intérieur.*]

94. VAYRON, Jean, né à Ally (Haute-Loire). [*De l'amylène et de ses propriétés anesthésiques.*]

95. BONNASSIES, Émile-Honoré, né à Paris (Seine). [*Des effets pathogéniques de l'iodure de potassium.*]

96. FERREY, Augustin-Célestin, né à Saint-Laurent (Jura). [*De la lymphadénite en général et de son traitement.*]

97. HEINE, Pierre-Saint-Elme, né à Gien (Loiret). [*De la pustule maligne.*]

98. DINNAT, Fabien-Victor, né à Saint-Martory (Haute-Garonne). [*Du ramollissement du cerveau.*]

99. BICHON, Pierre, né à Gauriac (Gironde). [*Des usages de l'ergot de seigle en obstétrique.*]

100. DUMOLIN, Alfred-Louis-Benoît, né à Dunkerque (Nord). [*De l'insertion du placenta.*]

101. BOUTHET-DURIVAUX, Édouard, né à Varennes (Vienne). [*De l'occlusion des intestins dans la cavité abdominale.*]

102. PLANAT, Marin-Jean-François-Félix-Claude, né à Vollore-Ville (Puy-de-Dôme). [*Des affinités électives en physiologie pathologique.*]

103. DONNET, Yves-Jules, né à Magnac-Bourg (Haute-Vienne). [*De la séméiologie de la langue.*]

FEUILLETON.

Lettre médicale.

SOMMAIRE : Bichat. — Geoffroy Saint-Hilaire. — Thenard. — Les grenouilles. — La commission permanente du congrès.

Avant de causer d'affaires profanes, cher et honoré confrère, donnons, s'il vous plaît, quelques instants à la commémoration des morts. En voici trois, et des plus illustres, qui appellent les plus fervents hommages de votre culte; je devrais dire de votre dévotion, car qui pénètre les secrets de la nature scrute Dieu lui-même, et la science est une religion dont les grands savants sont les saints.

Dans quelques jours Bichat montera sur le piédestal qui lui est préparé dans la cour de la Faculté de médecine ; il y montera le front ceint de cette auréole de jeunesse qui répand sur sa gloire un charme si exceptionnel, et qui, en touchant le cœur, dispose plus aisément à l'admiration. La renommée de Bichat, consacrée déjà par un demi-siècle, est assurée de vivre éternellement; est-il défendu néanmoins de croire qu'elle doit quelque chose au touchant souvenir d'une fin prématurée ? C'est l'effet que doit produire, ce nous semble, à quarante ans, la lecture de ces brillantes pages qui, au temps du noviciat médical, transportaient l'esprit dans des sphères lumineuses où il croyait entrevoir le progrès subit et la perfection même de la science médicale. L'indulgence a couvert ce qui pouvait manquer de maturité dans les conceptions d'une si noble et si jeune victime du travail, et le jugement de l'histoire s'est attaché uniquement à quelques grandes vues, à quelques belles expériences du physiologiste. Et pour comble d'intérêt, voilà que ce bien-aimé, déjà poétisé par la précocité de sa mort, a la chance d'être perdu au fond d'un obscur cimetière, pour qu'un jour une génération nouvelle vienne l'exhumer et raviver au contact de ses ossements une foi attiédie, comme on se réconforte en touchant les os des martyrs. Cette exhumation, ce monument, ce triomphe,

104. Solari, Léon-Marius-Joseph. [*Étude sur le mode d'action du chlorate de potasse, et ses effets thérapeutiques dans quelques maladies.*]

105. Venot, Augustin, né à Dijon (Côte-d'Or). [*De la gastralgie.*]

106. Chopard, Louis-Jules-Gustave, né à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). [*De l'engorgement.*]

107. Danet, Gustave-Adolphe, né à Morlaix (Finistère). [*De l'alimentation insuffisante, comme cause prédisposante au choléra.*]

108. Maugras, Paul-Joseph, né à Commarin (Côte-d'Or). [*De l'influence du réservoir de Panthier sur la santé de la vallée de Commarin.*]

109. Guitard, Annet, né à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). [*De la névralgie dorso-intercostale.*]

110. Riouffe, Marius-Joseph, né à Antibes (Var). [*Quelques considérations sur l'étiologie de l'avortement.*]

111. Desplans, Joseph-Charles, né à Orange (Vaucluse). [*Des eaux minérales sulfureuses et de leur emploi en thérapeutique.*]

112. Girard, Pierre Zacharie-Exupère, né à Thaon (Calvados). [*Causes et traitement de la phthisie pulmonaire.*]

113. Jordao, Abel-Marie-Diaz, né à Lisbonne (Portugal). [*Considérations sur un cas de diabète.*]

114. Paclet, Claude-François-Fortunat, né à Mont-sur-Vandrey (Jura). [*De la chute du rectum.*]

115. Leroy-Desplantes, Numa-Anacharsis, né à Nantes (Loire-Inférieure). [*Du diabète.*]

116. Detroix, Louis-Félix, né à Azay-le-Rideau (Indre-et-Loire). [*De l'hypérémie chronique de l'estomac.*]

117. Leudet, Lucien-Théodore, né à Pont-Audemer (Eure). [*Étude sur l'ulcère rongeant du col de l'utérus (ulcère cancériforme, ou cancroïde des auteurs modernes).*]

118. Gros-Curin, François-Marcellin, né aux Molunes (Jura). [*Quelques considérations sur l'influence de la position dans les maladies non chirurgicales.*]

119. Parent, Jean-Marie, né à Beaune (Côte-d'Or). [*Causes et mécanisme de la rétention d'urine.*]

120. Mérentié, Étienne, né à Marseille (Bouches-du-Rhône). [*Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur quelques points de l'histoire du typhus (fièvre pétéchiale).*]

121. Lehardy, Eugène-Ferdinand, né à Caen (Calvados). [*Du traitement de la variole et de sa prophylaxie.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

Amette.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 9 juillet 1857.

Académie de médecine : discussion sur l'emploi des agents anesthésiques (1). — Un mot à M. Ricord.

En dehors de toutes considérations de responsabilité médicale, l'emploi d'appareils offre-t-il plus de sécurité dans la pratique de l'anesthésie que l'emploi de la charpie, d'une éponge ou d'une simple compresse?

A cet égard, il y a accord à peu près unanime. A l'exception de MM. Guérin et Robert, autant d'orateurs, autant d'adversaires des appareils. On ne prend même pas la peine de varier beaucoup le thème depuis les premières remarques de MM. Cazeaux et Velpeau; à ce point que M. Nélaton dont le discours était attendu avec un intérêt visible, n'a pas jugé à propos de jeter sa pierre aux engins fabriqués, et, se dérobant à la question actuellement pendante, s'est mis à donner communication de recherches toutes nouvelles sur une certaine indication particulière de l'anesthésie. Trompée dans sa curiosité, brusquement détournée de sa préoccupation du moment, l'Académie n'en a pas moins prêté une oreille très attentive à ce lucide et méthodique exposé.

Pour nous, après tout ce qui a déjà été dit à l'Académie, après le remarquable débat dont la même question a été l'objet à la *Société de chirurgie*, nous n'avons plus aucun doute : les appareils doivent être rejetés, sinon d'une manière systématique et absolue, du moins habituellement, de la pratique de l'éthérisation.

Et d'abord nous tenons le plus grand compte de ce remarquable accord d'opinions que nous rappelions à l'instant. Entendons-nous : ce qui nous touche, ce n'est pas que beaucoup de chirurgiens soient du même avis (nous n'avons pas de ces respects aveugles pour le grand nombre); c'est que tant de chirurgiens, et des plus expérimentés, des plus consciencieux, comme M. Cloquet, comme M. Sédillot et tant d'autres, se soient tournés contre les appareils après les

(1) Un passage de notre dernier article (n° 26, p. 442) ne rend pas exactement notre pensée. Au lieu de : *Si des symptômes d'asphyxie se sont montrés..... l'anesthésique exerçait déjà..... cette action inconnue qui rend le sang noir* ... *M. Wanner*, etc., lisez : *Si des symptômes d'asphyxie se sont montrés,* ... *l'anesthésique exerçait déjà, avec ou sans coloration noire du sang, cette* ... *inconnue que M. Wanner*, etc.

c'est presque une cérémonie de résurrection. Si nous avions à composer pour Bichat une couronne symbolique, à la manière d'un sélam, nous voudrions en former la trame avec les feuilles du platane, consacré au génie, y faire courir une guirlande du lilas blanc de la jeunesse, et y semer des fleurs de narcisse pour exprimer tant d'espérances enfouies dans la tombe, avec un peu de violette odorante qui convient à la modestie.

— Une autre statue sera bientôt élevée à un autre grand anatomiste. La ville d'Étampes a voté un monument à Étienne Geoffroy Saint-Hilaire. C'est David (d'Angers) qui devait être l'ouvrier de la reconnaissance publique; après sa mort, ce soin a été confié à un de ses plus habiles élèves, à M. Elias Robert. Le modèle est déjà accepté par le Conseil municipal d'Étampes et par la Commission du monument, et une circulaire de cette commission fait un nouvel appel au concours de tous ceux qui ont souci des gloires nationales. En est-il beaucoup de plus hautes, en effet ? En est-il de plus pures? Aurait-on le droit d'honorer publiquement l'auteur de l'*Anatomie générale*, si l'on ne se hâtait de rendre le même hommage à l'auteur de la *Philosophie anatomique* ? Et pour faire un rapprochement plus naturel encore et plus saisissant, serait-il équitable de faire attendre à Geoffroy Saint-Hilaire ce qu'on a depuis longtemps accordé à Georges Cuvier? Ce sont là deux puissantes têtes, entre lesquelles le goût peut hésiter. Cuvier était doué d'une étendue d'esprit et d'une sûreté de mémoire qui le rendait capable de tout apprendre et de tout retenir; il apportait dans l'analyse une sagacité incomparable ; il possédait une étonnante force de travail; mais l'esprit de son célèbre émule, qui avait été son protecteur et son maître, s'il avait moins de surface, avait plus de profondeur, et certainement l'ordre d'idées auquel Geoffroy-Saint-Hilaire a voué soixante ans d'études, avec le succès qu'on n'a pas oublié, est plus élevé et exige plus de vigueur de conception que celui dont Cuvier ne s'est jamais départi. Ces hautes contemplations de la nature, où le regard porte trop haut pour apercevoir tous les détails que recueillera une observation plus restreinte et plus directe, on leur reproche de ne pas grossir le dépôt des faits positifs; reproche souvent injuste, car souvent il n'y a pas de meilleur

avoir prônés ou après en avoir imaginé de leur façon. C'est là un fait des plus significatifs, presque décisif; il prouve que ces chirurgiens se sont mal trouvés de l'invention; et comme la pratique a des enseignements auxquels ne suppléerait pas la plus fine sagacité, si notre modeste judiciaire penchait vers les appareils, nous n'oserions plus nous y fier et nous aurions la plus grande peur des démentis de l'expérience.

Mais nous ne sommes pas exposé à ce désagrément. La réflexion fortifie en nous le sentiment qu'y fait naître la concordance des témoignages.

Les adversaires des instruments allèguent des raisons fort intelligibles et fort plausibles. Il importe extrêmement au chirurgien de pouvoir surveiller à chaque instant le visage de l'opéré, où se traduisent mieux que partout ailleurs les grandes perturbations de l'organisme, et vous couvrez le visage d'un masque! La condition essentielle d'une prudente anesthésie pour tous les chirurgiens, votre but plus particulier à vous, est de laisser arriver librement l'air aux voies respiratoires, et vous commencez par emprisonner le nez et la bouche dans une sorte de coque, sous laquelle on se sent étouffer alors même qu'on n'y fait pas arriver de chloroforme. Vous reconnaissez qu'il ne convient pas seulement de graduer les inhalations, ce sur quoi tout le monde est d'accord, mais qu'il est souvent indispensable, chez le même individu, pour une même opération, de varier plusieurs fois la dose de vapeur, suivant l'impression produite et les effets obtenus, et vous vous servez pour cela d'un réservoir où vous pouvez bien ne mettre que ce que vous voulez de chloroforme, mais d'où vous ne pouvez ôter ce que vous y avez mis; de sorte que vous n'avez d'autre moyen de satisfaire à l'indication urgente dont il s'agit que d'éloigner et de rapprocher alternativement le masque du visage, absolument comme on ferait avec un mouchoir. Ce n'était pas la peine de se mettre en frais de fabrication. Même objection au sujet des inhalations intermittentes, qui ont été recommandées surtout par M. Gosselin et qui sont parfois le seul moyen d'établir la tolérance. Vous appelez vos appareils des moyens de précision; vous ne voulez pas qu'on les appelle des moyens de concentration; cela est peut-être admissible en théorie; les appareils sont construits pour être précis; mais le malheur est que la précision dépend beaucoup moins d'eux que des malades. Le dégagement des vapeurs ne sera uniforme que si la respiration est égale, régulière, et en fait il en est tout autrement. Soit au début même de l'inhalation, par peur, par inintelligence; soit plus tard, dans les premières fumées de l'ivresse anesthésique, le sujet respire très inégalement, et la quantité de vapeur que l'inspiration introduit dans la poitrine varie à chaque instant. Voilà même une des raisons pour lesquelles il importe de pouvoir toujours retirer ou rendre le chloroforme à volonté. Chose remarquable d'ailleurs, c'est un défenseur des appareils, de ces instruments de *précision*, c'est M. Robert qui a eu l'honneur de démontrer, contre M. Snow, l'impossibilité de doser le chloroforme. Quant à ce qui concerne la concentration des vapeurs dans le tube, sans posséder sur ce fait les notions que pourraient seules donner des expériences spéciales, nous nous contenterons de faire remarquer que, au dire de tous les chirurgiens et de M. Robert lui-même, l'amylénisation est très difficile avec un mouchoir ou une éponge, en raison de l'extrême volatilité de la liqueur, et qu'il y a ici exceptionnellement urgence de se servir d'appareil; mais pourquoi? Précisément pour *concentrer* les vapeurs anesthésiques. Enfin, quel que soit le mécanisme des accidents produits, syncope, asphyxie, intoxication, sidération, on ne voit pas du tout comment les appareils pourraient mettre à l'abri de ces accidents, du moment où il est reconnu que la mort est presque toujours survenue après quelques inspirations, quand il n'avait encore pénétré qu'une très petite quantité de vapeur dans les voies respiratoires. M. Robert n'a-t-il pas lui-même insisté sur ce fait? N'a-t-il pas, à l'Académie comme à la Société de chirurgie, affirmé que la mort n'a pas lieu par éthérisation prolongée? N'a-t-il pas soutenu avec M. Denonvilliers, avec M. Larrey, avec M. Cazeaux, avec la plupart des chirurgiens, que la cause ordinaire des accidents n'est pas dans l'asphyxie, mais dans la syncope, c'est-à-dire dans un genre de perturbation vitale qui n'a pas coutume de procéder d'une respiration insuffisante? Quel secours notre confrère, dont nous apprécions plus que personne l'habileté, quel secours entend-il tirer des appareils contre les accidents funestes qu'il énumère dans son remarquable rapport à la Société de chirurgie et qu'il rappelle dans son récent discours à l'Académie: le spasme des muscles de la glotte, l'écume broncho-trachéale, l'oblitération du larynx par l'épiglotte; accidents dont les uns peuvent suivre les premières inspirations du chloroforme, dont les autres peuvent être la conséquence de l'anesthésie la plus méthodique?

Toutes ces raisons que nous faisons valoir contre les appareils, on verra bien que nous ne les tirons pas de notre propre fond. Elles ressortent de tout ce qui a été dit déjà dans la discussion, et l'on en trouverait, sous une autre forme, une

---

instrument de découverte que la généralisation; mais eussent-elles cet inconvénient, elles n'en rendraient pas moins aux sciences l'immense service de les guider vers la synthèse qui est leur fin naturelle et nécessaire. Cuvier et Geoffroy sont deux personnifications également glorieuses des deux formes sous lesquelles la nature se livre à la curiosité du génie humain, et la science leur doit même reconnaissance et même hommage.

— La reconnaissance du monde savant, voilà une nouvelle et non moins légitime occasion de l'exercer. Vous avez appris, cher confrère, la mort de M. Thenard. Grand sujet de deuil public; thème inépuisable d'éloquents regrets, auxquels il serait juste peut-être de mêler des paroles de bénédiction, si, comme nous, on savait depuis combien d'années cette noble existence était en péril et de combien de services l'enseignement eût pu être privé. Il y a plus de vingt ans que M. Thenard avait été atteint d'une pneumonie grave, et c'est à une pneumonie qu'il a succombé, et dans ce long intervalle, bien souvent des ressentiments de la première affection l'obligeaient à des soins sévères. Une petite opération au cou, pratiquée par M. Velpeau, avait eu une bonne issue, quand un refroidissement amena le retour de l'engouement pulmonaire. La mort eut lieu en quelques jours.

Les services rendus par M. Thenard à la chimie et à la physique sont trop éclatants et trop récents, pour qu'il soit besoin de les rappeler ici; la spécialité de cette feuille s'y prêterait d'ailleurs malaisément. Tous les journaux ont retenti ces jours derniers du bruit de ses services universitaires. Nous voulons, nous, consacrer ici un souvenir qui touche plus particulièrement les médecins: c'est celui du rôle que remplit M. Thenard dans la discussion de la loi Salvandy à la Chambre des pairs. Chez aucun autre orateur, le corps médical n'a rencontré une sympathie aussi franche, ni une appréciation aussi éclairée de ses vrais intérêts. Au milieu d'opinions incroyables, de fâcheuses tactiques où nos droits, notre indépendance, notre dignité, n'avaient, tantôt pour un parti, tantôt pour un autre, d'autre valeur que celle d'un projectile de guerre, qu'on sacrifie sans peine pourvu qu'il fasse du mal; après le persiflage des beaux parleurs, les sophismes des philosophes, après les

bonne partie dans les discours de la dernière séance. Indépendamment de M. Nélaton, ce sont MM. Jobert et Ricord qui ont occupé la tribune. Les deux orateurs n'ont pas également réussi, et la vérité nous oblige à reconnaître que le plus grand succès revient à M. Ricord, qui a fait rire l'amphithéâtre pendant une demi-heure. C'est la faute de M. Jobert. Ce chirurgien a la mauvaise habitude de dire simplement ce qu'il sait, ce qu'il a vu, sans autre prétention oratoire, tandis que M. Ricord se persuade qu'il manquerait aux talents que la nature lui a départis s'il n'amusait son prochain. Et comme chacun prend son amusement où il le trouve, c'est aux plus grosses jovialités de la gravelure qu'il demande ses effets de tribune. Aujourd'hui nous avons appris qu'une cliente de M. Ricord s'était fait enlever des végétations de la vulve *par pure coquetterie;* elle sera peut-être aussi joyeuse que nous de lire son histoire dans le BULLETIN. Nous savons encore que M. Ricord, quoi que lui demande une dame, *ne résiste pas longtemps;* et c'est sans doute en raison de cette aptitude spéciale qu'il portait l'autre jour, au banquet des internes, le toast qu'ont reproduit quelques feuilles et qui ne trouvera pas place ici.

Il faut pourtant que quelqu'un se charge d'exprimer enfin le vrai sentiment public sur cette singulière vanité du cynisme; et ce rôle nous convient peut-être, à nous qui savons rendre justice, quand il y a lieu, au chirurgien de l'hôpital du Midi. Quand, descendant de la tribune, M. Ricord demande, selon son habitude, à ses amis : *Êtes-vous contents?* s'il était conformé comme Janus (Dieu l'en garde; car il viserait peut-être à l'esprit par les deux faces, ce qui serait double inconvénient), il saurait qu'aux compliments reçus par devant succède par derrière un blâme trop légitime; il sentirait ce qui manque à ses plaisanteries pour plaire aux esprits tant soit peu délicats; il comprendrait enfin combien est déplacée cette transformation du discours académique en une pantalonnade incongrue et malpropre, et le peu de grâce des gentillesses sexagénaires et des fanfaronnades caduques que nous rappelions à l'instant.

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA SCARLATINE. Leçon faite à la clinique de la Faculté de médecine de Paris, par M. TROUSSEAU.

(Suite et fin. — Voir les numéros 24, 25 et 26.)

Traitement.

Les maladies éruptives, que l'éruption se fasse du côté de la peau, qu'elle se fasse du côté des viscères internes, comme cela a lieu dans la fièvre putride ou typhoïde, qui est une maladie éruptive du tube digestif, les maladies éruptives ont une marche fatale: c'est-à-dire qu'elles ont des allures déterminées contre lesquelles nous ne saurions prévaloir. Dans le traitement de ces maladies, le médecin ne doit pas oublier ce grand fait fondamental: quoi qu'on en ait dit, il lui est impossible d'enrayer la marche d'une fièvre putride comme il est impossible de couper court à une variole, à une rougeole. Sans doute, des soins mal entendus pourront retarder quelque peu, modifier d'une certaine manière l'apparition des éruptions; mais, quelque moyen que l'on emploie, l'art est impuissant pour empêcher l'évolution d'une pyrexie exanthémateuse quelle qu'elle soit. Dans ces maladies, plus que dans toute autre, le médecin doit être le *minister naturæ et interpres;* car, dans ces maladies plus que dans toute autre, *quicquid meditetur et faciat, si naturæ non obtemperat, naturæ non imperat;* son rôle, lorsque les choses marchent régulièrement, doit être essentiellement passif, *otiosus census spectator*, comme disait Fizer; s'il ne survient aucun accident grave, il n'a qu'à se croiser les bras: en quelques jours la maladie aura accompli naturellement son évolution.

Alors même que les fièvres éruptives deviennent par quelque point menaçantes, notre intervention, avouons-le, est généralement de peu d'efficacité; en quelques circonstances cependant nous pouvons être utiles; ces circonstances heureuses, dans lesquelles l'art intervient efficacement, se rencontrent bien plus fréquemment pour la scarlatine et pour la rougeole que pour la variole et la fièvre putride.

Je tiens à vous montrer ce que peut le médecin dans la première de ces maladies. Avant toute chose, il doit avoir présent à l'esprit que la scarlatine diffère beaucoup d'elle-même, quant à sa forme, quant à sa gravité; il doit se rappeler que tantôt elle est d'une bénignité extraordinaire,

avocats des châtelains médicastres et des sœurs de charité, on aimait à entendre cette grande autorité ramener en peu de mots les questions à leurs véritables termes et dissiper la confusion aux lueurs du bon sens et de l'équité. La plupart des propositions votées sur l'initiative de M. Thenard avaient ce double caractère, qui était celui de sa raison. Ceux-là seuls ont pu apprécier ses qualités intellectuelles et morales, qui ont eu, comme nous, l'enviable honneur de l'approcher souvent. Il n'y avait en lui qu'une chose égale à sa justesse d'esprit: c'était la droiture de son cœur, et le cœur et l'esprit, quand ils avaient choisi leur voie, y marchaient avec une fermeté inébranlable. Personne ne savait mieux discerner, dans une discussion, la raison spécieuse de la raison vraie; personne, dans la pratique de la vie, dans celle du professorat, à l'Université, à la chambre des députés, à la chambre des pairs, ne restait plus étroitement attaché au joug du devoir, et l'on peut dire de lui que tout ce qu'il a fait, dit ou écrit, quel que soit le jugement qu'on en puisse porter, a été l'expression ouverte, décidée, d'une conviction profonde. La jeunesse le savait; elle savait que cette conviction ne flottait jamais au gré de l'intrigue, au gré des dissidences politiques ou autres; aussi était-ce avec une confiance aveugle que, dans les choses où son avenir était le plus engagé, elle s'en rapportait à l'arbitrage de M. Thenard. Lui-même mettait une sorte de passion (le mot a été dit à ses funérailles) à protéger les jeunes gens qu'il en savait digne, et on l'a vu, lui vieillard, lui chargé de gloire, assiéger le cabinet d'un ministre, pour demander justice en faveur d'un savant dont il repoussait tout le premier les opinions politiques. Justice a été rendue en effet, mais la mort ne laissa pas mûrir les fruits de cette réparation. Le protégé succomba bientôt après; et ce fut l'occasion de la belle institution de *Société de secours des amis des sciences* que M. Thenard a fondée et dotée avec largesse, terminant ainsi dans un grand bienfait une vie dont les bienfaits avaient marqué chaque jour.

— Nous parlions tout à l'heure, cher confrère, du projet de loi Salvandy. Il y a en ce moment, dans le corps médical, quelque velléité de porter de nouveau devant les pouvoirs publics cette éternelle question de réorganisation de la médecine. Vous savez qu'une

tantôt, au contraire, sa malignité la rend une maladie terrible à l'égal de la peste et du typhus ; il doit tenir compte, en un mot, de son génie épidémique. Il doit en tenir compte, pour ne pas attribuer aux médications qu'il aura instituées les succès dont l'honneur reviendra tout entier à la bénignité de l'épidémie elle-même, comme il ne devra pas accuser de ses revers les traitements qui n'auraient pas pu prévaloir contre la nature essentiellement maligne de la maladie.

Les épidémies de scarlatine peuvent être généralement graves pour toute une population, elles peuvent aussi n'être graves que pour une seule famille. La malignité peut être circonscrite, pour ainsi dire, dans un petit foyer; or, dans ces cas, elle est maligne pour presque tous ceux qu'elle frappe dans le cercle où elle s'est enfermée. Je vous rappellerai, à ce propos aussi, ce triste fait, publié dernièrement dans les journaux anglais, d'une scarlatine enlevant, dans l'espace d'une semaine, les six ou sept enfants d'un ecclésiastique d'York.

Il semble que le venin dont sont infectés les malheureux que la scarlatine touche ait une activité particulière, ou que la constitution de chacun des malades soit disposée d'une manière spéciale pour le recevoir. Que la malignité dépende de la nature même de la maladie, de son génie épidémique comme le veulent Sydenham et tant d'autres, qu'elle dépende de la constitution particulière des individus suivant l'opinion de Stoll, toujours est-il que ce grand fait existe, à savoir, que lorsque dans une famille la scarlatine arrive avec des allures terribles, tuant le premier de ceux qu'elle a frappés, il faut se méfier et craindre, car probablement elle fera d'autres victimes; mais aussi quand ses premiers corps seront modérés, lorsqu'elle se présentera d'emblée bénigne, il faut espérer, car, en général, elle restera bénigne pour tous ceux qu'elle touchera.

Ceci soit dit avant d'aborder l'étude du traitement pour vous mettre en garde contre vous-mêmes. Je ne saurais trop vous le répéter, si par elle-même la maladie est grave, les meilleures médications échoueront le plus souvent; si par elle-même elle est bénigne, la guérison sera le plus souvent assurée, et les médications les plus hors de propos pourront n'être pas nuisibles.

Il est un point sur lequel tous les épidémiographes sont généralement tombés d'accord : c'est que le *traitement antiphlogistique*, les saignées, les purgatifs par trop énergiques, la diète rigoureuse, sont d'un pernicieux effet. Il n'est peut-être pas un auteur, je parle de ceux qui ont suivi, étudié et raconté plusieurs épidémies successives, qui n'établisse le danger de cette médication dans les scarlatines graves ; et même, lorsque dans le cours de cette maladie il survient des phénomènes franchement inflammatoires, tels que des phlegmons des amygdales, des ganglions lymphatiques, du tissu cellulaire, les saignées, les sangsues ne réussissent ordinairement pas; probablement parce qu'elles s'adressent aux accidents d'une maladie septique, d'une maladie de mauvais caractère, *mali moris*, d'une de ces maladies malignes dans lesquelles le traitement antiphlogistique est presque invariablement fâcheux.

Cependant ces épidémiographes, en vous donnant les tristes résultats de leur expérience, en condamnant les moyens antiphlogistiques dont ils ont observé les mauvais résultats, ces épidémiographes vous enseignent que, si les purgatifs énergiques sont nuisibles, les *minoratifs* mercuriaux, les sels neutres, donnés dans une juste mesure, sont d'une réelle utilité. Ils vous disent que sous l'influence des laxatifs, qui procurent deux, trois garde-robes dans les vingt-quatre heures, le mouvement fébrile sera le plus ordinairement modéré; toutefois ils sont loin de prétendre que, grâce à ces moyens, les accidents soient toujours guéris.

Nous avons vu que dans la scarlatine, et principalement dans sa période aiguë, les malades semblaient succomber à une exaltation nerveuse, du moins avec des troubles nerveux survenus, soit dans les centres de la vie organique, et caractérisés alors par une élévation extraordinaire de la température, par des vomissements, des diarrhées incoercibles; soit dans les centres de la vie animale, se traduisant par du délire, par le coma vigil, les soubresauts des tendons, les convulsions. Contre ces accidents nerveux, il est une médication dont l'expérience a consacré les avantages, médication que le praticien n'aborde pourtant qu'en tremblant : ce sont les *affusions froides* préconisées par Currie.

Currie le premier a formulé leur emploi. Il a traité un assez grand nombre de malades très gravement atteints de la scarlatine, et par ces affusions froides il a obtenu quelques succès. Enhardi par ses tentatives heureuses, il a insisté davantage sur ce mode de traitement, et il a établi son application comme règle générale dans la scarlatine accompagnée d'accidents nerveux graves, tels que délire, convulsions, diarrhée, vomissements excessifs, exaltation considérable de la chaleur à la peau.

De quelle manière le traitement doit-il être appliqué?

Le malade, mis tout nu dans une baignoire vide, on jette

---

pétition a été adressée à l'Empereur par l'Association des médecins du département du Rhône ; de plus, une société médicale de Paris, par l'organe d'une commission de trois membres, fait appel en ce moment à toutes les autres sociétés, dans le but d'appeler en commun l'attention de l'Empereur *sur les abus de la législation actuelle*, et de *solliciter des lois nouvelles*. L'invitation de la commission est arrivée vendredi dernier à la *Société de médecine du département de la Seine*, et la Société l'a déclinée. Déjà, si nous sommes bien informé, le même projet avait été repoussé par la commission générale de l'*Association des médecins du département de la Seine*, où il avait été porté par un des signataires de la circulaire. En ce qui nous concerne, nous ne craignons pas d'engager formellement le corps médical à ne pas se laisser entraîner à une démarche dont le moindre défaut serait d'être intempestive au premier chef. La pétition lyonnaise n'a été évidemment qu'une satisfaction donnée à ceux qui trouvaient que l'Association du Rhône se donnait beaucoup trop de mal pour un aussi mince résultat que la condamnation de quelques charlatans ; elle a d'ailleurs la discrétion de ne demander à l'autorité que des améliorations partielles ; mais les termes dans lesquels sont exprimées les intentions de la *Société de médecine pratique* sont des plus inquiétants. Nous ne pouvons en dire ici toutes les raisons ; mais il en est une au moins qu'il n'est pas défendu de signaler au bon sens de tous : c'est que, sous le régime actuel de la presse, nous n'aurions pas la parole dans le débat, comme en 1847, et que nous serions forcés d'assister muets au règlement de notre sort, à peu près comme un troupeau qu'on marchande sur la place.

La susdite circulaire contient aussi une phrase incidente sur laquelle nous dirons en toute liberté notre sentiment. La commission générale nommée par les sociétés de Paris se mettra, dit-on, en rapport avec la *commission permanente du congrès médical*. Certes, nous ne sommes animé que de bon vouloir à l'égard de la commission permanente ; s'il s'agissait de la réélire, nous donnerions volontiers notre voix à la plupart de ses membres actuels, surtout au promoteur du congrès; mais il faut être sincère : une commission permanente n'est pas une commission

sur son corps trois ou quatre seaux d'eau à la température de 20 degrés centigrades. Cette affusion dure de un quart de minute à une minute au maximum. Le malade est immédiatement après enveloppé dans des couvertures, puis remis au lit sans être essuyé, recouvert convenablement, et généralement la réaction s'est établie avant que quinze à vingt minutes se soient écoulées. Les affusions sont répétées une, deux fois, dans les vingt-quatre heures, suivant la gravité des accidents; elles doivent être administrées du moment que les phénomènes nerveux commencent à prendre une intensité qui fait craindre un péril imminent; elles sont répétées jusqu'au moment où ces accidents diminuent, de façon à ne plus laisser d'inquiétude dans l'esprit du médecin.

Toutefois il faut avoir vieilli dans la pratique, il faut surtout ne point avoir besoin de l'opinion publique, pour instituer dans la pratique de la ville une médication en apparence aussi audacieuse. Il faut être mû par un sentiment bien profond du devoir, par la conscience que l'on a de bien faire, pour oser lutter contre le préjugé populaire, — préjugé de tous peut-être le plus funeste, — qui veut que, dans les fièvres éruptives, les malades soient tenus aux boissons chaudes, et enveloppés dans des couvertures plus qu'ils ne le sont dans l'habitude de leur santé. Il n'y a pas, disons-nous, de préjugé plus funeste, il n'y en a pas qui occasionne plus souvent la mort des malades; cependant la grande voix de Sydenham, qui parle depuis deux cents ans, l'autorité des médecins les plus graves, qui aujourd'hui encore ne cessent de le combattre, luttent en vain contre lui. Vous comprenez dès lors les difficultés que rencontrera dans sa pratique le jeune médecin qui croira devoir recourir à ces affusions froides; ces difficultés seront d'autant plus grandes que les indications de cette méthode de traitement se trouvent nécessairement dans les cas graves, dans ceux où la scarlatine menace d'être mortelle. En instituant cette médication, vous savez que la maladie vous présente d'elle-même une chance de salut sur deux de mort, et vous pouvez prévoir, si le succès ne couronne pas vos efforts, quelle sera la pensée des familles désolées de la perte qu'elles auront faite.

Depuis longtemps j'emploie ces affusions froides; je les ai employées dans ma pratique particulière avant de les administrer à l'hôpital, car dans ma vie je n'ai jamais rien osé que je ne l'ai fait d'abord dans ma clientèle privée. Pour ces affusions froides, je vous déclare que jamais je ne les ai administrées sans en retirer quelque bénéfice. Sans doute, tous mes malades ne sont pas guéris, je suis loin de le prétendre; bien plus j'en ai perdu un grand nombre, mais ceux-là sont morts malgré le traitement : l'affusion, loin de leur avoir été nuisible, a toujours chez eux modéré les accidents, toujours elle a paru retarder le terme fatal de leur maladie. En agissant ainsi dans le monde, ma réputation courait de grands risques, et souvent aussi j'ai été fort mal récompensé du bien que ma conviction profonde me disait de tenter; mais je suis resté ferme dans cette ligne que mon devoir me traçait, et je persiste dans ma manière de faire à cette heure à plus forte raison qu'autrefois, aujourd'hui que ma situation est établie, que ma responsabilité ne m'effraye plus autant. Pour vous, je comprends vos craintes, non que vous doutiez des avantages de la médication à laquelle vous n'osez pas avoir recours, mais parce que, tout en consultant avant toute chose l'intérêt des malades qui vous sont confiés, vous avez encore à veiller sur votre réputation, qu'un rien bat si facilement en brèche au commencement de votre carrière de praticiens. Et cependant quand la voix du devoir vous parle, quand votre conscience vous dit que cette médication à laquelle vous n'osez pas recourir, parce qu'elle contrarie les préjugés du monde, est une médication utile, il faut encore la tenter, il faut faire ce que vous devez faire. Mais alors, au lieu de lutter face à face avec le préjugé, au lieu de prendre le taureau par les cornes, passez-moi cette locution vulgaire, tournez la difficulté; il est un moyen d'administrer ces utiles affusions froides, tout en laissant croire au malade et surtout à son entourage que ces affusions sont chaudes.

La scarlatine, je vous l'ai dit, surtout lorsqu'elle est maligne, est, de toutes les maladies, celle dans laquelle la température du corps s'élève au plus haut degré; en quelques circonstances, vous ai-je dit aussi, elle est de 41 degrés, de 8 degrés par conséquent au-dessus de la température normale. Eh bien! faites aux malades non plus des affusions, mais de simples lotions, et faites-les avec de l'eau à 25 degrés; cette eau est de 15 degrés moins chaude que la température de la peau du scarlatineux; relativement elle est froide. Le malade mis sur un lit de sangle, on passe rapidement, d'abord sur la face antérieure du corps, puis sur la face postérieure, des éponges imbibées de cette eau à 25 degrés; puis le malade est remis dans son lit enveloppé dans des couvertures, ainsi que je l'ai indiqué précédemment. Bien que moins efficace que les affusions froides, cette espèce d'affusion n'en a pas moins une réelle efficacité, et consécutivement à son application vous observez les effets suivants : la peau, dont l'aridité extrême se joignait à une chaleur mordicante,

---

éternelle. De quoi étaient chargés les délégués? *De poursuivre la réalisation des vœux du congrès.* Tant donc que le mouvement a procédé réellement de l'impulsion donnée par le congrès, leur action était régulière. Il en a été ainsi jusqu'en 1848. Mais la révolution arrive, le corps médical s'agite d'un bout du pays à l'autre; il pleut des projets de loi; il s'en élabore un notamment dans une grande assemblée qui se réunit à l'amphithéâtre de l'École de médecine; tous ces projets diffèrent essentiellement, en fait et en esprit, de celui qui était sorti de l'Hôtel de ville; ils sont manifestement contraires aux *vœux du congrès*, et la commission chargée de veiller à la réalisation de ces mêmes vœux aurait continué à représenter le corps médical auprès des pouvoirs publics! Et si elle a disparu alors, comme de fait, à quel titre renaîtrait-elle aujourd'hui? Non, la révolution a emporté à la fois congrès, commission permanente et projet de loi. Il n'est qu'un seul des vœux du congrès dont l'accomplissement puisse légitimer l'intervention de la commission permanente, parce qu'il n'y est pas question d'organisation médicale : c'est celui qui va être réalisé dans quelques jours Il est juste que le congrès soit représenté à l'érection de la statue de Bichat; mais rien de plus. Nous ne craignons pas de provoquer sur ce point l'avis de M. Latour.

La suite de la conversation, cher confrère, à l'un des prochains courriers.

A. Dechambre.

Érection d'une statue a la mémoire de Jenner. — Une commission, formée dans le sein de la Société des sciences industrielles, arts et belles-lettres de Paris, a eu l'idée d'ériger une statue à la mémoire de l'illustre médecin anglais. C'est à Boulogne (Pas-de-Calais), port principal de débarquement de l'Angleterre, patrie de Jenner, que sera élevé le monument.

Le sujet du monument, confié à M. Eugène Paul, sculpteur, sera *Jenner découvrant la vaccine.* — L'inauguration aura lieu en juin 1858.

Les souscriptions doivent être adressées à M. Gossart, notaire, rue Saint-Honoré, 217, à Paris.

devient une demi-heure après, moins chaude et moite. Ce qui est plus remarquable encore, c'est la diminution dans la fréquence du pouls. Au lieu de battre, chez l'enfant, 160, 170, 180; chez l'adulte, 140, 150, il tombe à 130, 135, 140, chez l'un; à 120, 115, chez l'autre : il donne par conséquent 30, 35, 40 pulsations de moins. En même temps les phénomènes cérébro-spinaux diminuent d'intensité, les vomissements et diarrhée excessifs, accidents dépendant des troubles de l'innervation ganglionnaire, diminuent également. De telle sorte que grâce à ces lotions vous obtenez, pour un temps très limité j'en conviens, une sédation remarquable. Je dis pour un temps limité, car deux ou trois heures après les accidents se répètent quelquefois : il faut alors aussi répéter les lotions ou les affusions, les répéter deux, trois, quatre fois dans les vingt-quatre heures, et les reprendre quelquefois cinq ou six jours de suite.

Que devient l'éruption? Vous observerez ce fait, qui surprendra les assistants et réconciliera parfois les familles avec ces lotions, ces affusions qu'elles redoutaient : c'est que, à peu près invariablement, au sortir de l'affusion, la peau qui était pâle, ou dont la coloration était peu vive, prend une teinte rosée beaucoup plus intense, et l'éruption apparaît davantage. Ainsi non-seulement ces affusions n'éteignent pas les éruptions, mais elles les raniment, si bien que les parents eux-mêmes en font la remarque et que, tant que dure le péril, ils sont souvent les premiers à en solliciter l'emploi, ne pouvant se refuser à reconnaître l'amélioration que ce mode de traitement a produite, frappés surtout par ce fait matériel d'une éruption reparaissant plus éclatante. A la vérité, si la suite ne répond pas à cette amélioration, si la mort arrive, ils oublient les encouragements qu'ils vous ont donnés, ils vous accusent du malheur imputable au seul génie de la maladie.

Ainsi affusions froides, à leur défaut affusions tièdes, en réalité froides, eu égard à la différence de température qu'elles doivent avoir avec celle du corps d'un scarlatineux; grâce à cette méthode de traitement, vous avez quelquefois le bonheur d'arracher à la mort des victimes qui lui étaient presque *fatalement* vouées. Une jeune fille actuellement encore couchée au n° 125 *bis* de la salle Saint-Bernard (14 mai 1857) vous donne un exemple des heureux résultats que je proclame ici. Vous avez été témoins de ce fait, il vous frappera beaucoup plus à lui seul que tous ceux que je serais en demeure de vous raconter.

Pour combattre encore ces accidents terribles de la scarlatine, d'autres remèdes internes peuvent être administrés avec avantage : en première ligne se placent les *ammoniacaux* : le carbonate d'ammoniaque, l'esprit de Mindererus, qui est un acétate d'ammoniaque mélangé de quelques produits empyreumatiques, ces deux médicaments à la dose de 2 à 4 grammes, l'ammoniaque elle-même à celle de 10 à 20 gouttes, peuvent être fort utiles. J'en dirai autant du *musc*, dont on donne 20, 30, 40 centigrammes, et même 1 gramme dans les vingt-quatre heures. Ces moyens doivent être maniés avec quelque prudence; c'est une médication accessoire dans les cas où l'on emploie les affusions; lorsqu'on ne les emploie pas, ils constituent les moyens thérapeutiques principaux.

L'*angine scarlatine* qui s'accompagne d'exsudation couenneuse, lorsque ces exsudations ne sont pas très abondantes, ne comporte pas un danger réel. J'ai voulu, sous vos yeux, ne rien faire précisément à cette angine chez le jeune garçon que vous avez vu couché au numéro 17 de la salle Sainte-Agnès; après quatre ou cinq jours, les couennes, les taches pultacées des amygdales, avaient complétement disparu. Mais, dans la *scarlatine maligne*, les accidents envahissent la gorge, et le plus ordinairement le médecin ne peut rien empêcher. J'ai essayé la cautérisation avec le nitrate d'argent, avec l'acide chlorhydrique, j'ai essayé le borax en collutoires; j'ai donné le chlorate de potasse à l'intérieur, et je dois déclarer que, dans l'angine scarlatineuse maligne, tous ces moyens ont échoué bien souvent entre mes mains. Toutefois, de ces agents thérapeutiques le moins infidèle a été l'acide chlorhydrique, qui, appliqué deux fois par jour, m'a paru de quelque efficacité. Ce caustique demande à être employé avec prudence et précaution. Chez les enfants, alors que vous avez à lutter contre la résistance qu'ils vous opposent, vous pouvez brûler la langue, les dents, les parois internes de la bouche, et presque toujours vous aggravez le mal sans cautériser comme il faudrait. En maintenant convenablement l'enfant, en ouvrant sa bouche à l'aide d'un abaisse-langue, vous pouvez arriver, à l'aide d'un pinceau de blaireau imbibé d'acide, à toucher exactement les parties malades, en répétant deux fois par vingt-quatre heures, pendant cinq ou six jours, ces cautérisations, vous obtiendrez quelquefois de bons résultats. Les insufflations d'alun et de tannin, faites alternativement, sont encore fort utiles. Quant à cette forme d'angine qui n'arrive plus dans la période aiguë de la scarlatine, mais qui survient tout à coup vers le neuvième ou le dixième jour, avec une abondante exsudation par le nez, avec surdité ou douleur très vive des oreilles, horrible fétidité de l'haleine, fréquence considérable du pouls, dépression notable des forces, quant à cette angine, qui n'est probablement qu'une *complication diphthérique de la scarlatine*, elle résiste à nos efforts. Toutes les médications que j'ai essayées contre elle sont restées impuissantes. Les injections nasales avec des liquides styptiques, avec la solution de sulfate de cuivre, de sulfate de zinc, de nitrate d'argent, avec la décoction de ratanhia, avec le tannin, les cautérisations de la gorge, tous ces moyens sont inutiles, les malades succombent quoi qu'on fasse et succombent presque invariablement. Dans ces cas, c'est au traitement général qu'il faut s'adresser; c'est aux stimulants diffusibles, c'est au sulfate de quinine, au café, c'est surtout au régime, à l'alimentation tonique, qu'il faut avoir recours.

J'arrive à l'*anasarque scarlatineuse* et aux accidents qui la compliquent.

Je vous l'ai dit, l'anasarque arrive peut-être moins souvent à la suite des scarlatines graves, elle survient dans le cours ou à la suite des éruptions bénignes. Souvent elle constitue une complication de la plus haute portée, dans d'autres cas cette complication n'est pas sérieuse. Lorsqu'elle est peu étendue, je vous l'ai dit aussi, quelques soins hygiéniques, le repos au lit, des boissons tièdes, une alimentation modérée, suffisent pour en venir à bout. Alors même que les urines contiennent un peu de sang, quelques boissons acides, des limonades, de la décoction d'*uva ursi* édulcorée avec du sirop de térébenthine, de petites quantités de digitale, des laxatifs légers, peuvent facilement combattre les accidents. Mais lorsque l'*hémorrhagie* est très considérable au début, lorsque l'anasarque augmente avec une grande rapidité, il faut recourir à d'autres moyens pour prévenir les accidents qui menacent.

L'acide sulfurique administré à l'intérieur, soit pur, soit alcoolisé (eau de Rabel), à la dose de 2, 3, 4, 6 grammes par jour dans une tisane sucrée avec le sirop de ratanhia,

sera d'un utile secours lorsque l'hémorrhagie sera abondante.

L'anasarque, survenant rapidement et d'une façon considérable, est ordinairement accompagné de *convulsions* qui emportent quelquefois le sujet dès la première attaque. Les *purgatifs* énergiques sont, dans ces cas, utiles en faisant pleuvoir sur la surface de l'intestin une partie de la sérosité épanchée dans le tissu cellulaire. Il importe aussi de placer le malade les jambes pendantes sur le bord du lit et la tête élevée sur des oreillers. On peut prévenir ainsi des convulsions imminentes. Mais en quelques circonstances ces convulsions arrivent d'emblée, sans que rien les ait pu faire prévoir. Les malades accusent un mal de tête extraordinaire, du trouble de la vue, soit d'un seul côté, soit des deux ensemble, quelquefois des tintements d'oreilles, une surdité notable. Dans ces cas, des *scarifications* sur les extrémités inférieures pourront être avantageuses par le dégorgement qu'elles produisent. Ce qui réussit encore mieux, pour arriver au même résultat, c'est l'application *sur les jambes*, et non sur les cuisses, de très larges vésicatoires. Après sept ou huit heures, des phlyctènes se sont formées, et lorsqu'on les ouvre, elles donnent passage à des flots de sérosité qui dégagent singulièrement le malade et lui permettent de traverser la crise la plus périlleuse de son anasarque.

Si la convulsion se produit, pendant l'attaque donnez le *musc* uni à de petites proportions de *belladone*. Chez un enfant de huit à dix ans, le musc à la dose de 25, 30, 40 centigrammes; la belladone à celle d'un centigramme seulement dans une potion. En même temps vous devrez faire usage d'un moyen que j'ai préconisé déjà depuis plus de vingt ans et qui m'a rendu, à moi et à d'autres médecins, les plus grands services: je veux parler de la *compression des carotides*.

Cette compression demande à être soigneusement faite et suivant une certaine méthode. Lorsque la convulsion épileptiforme est prédominante d'un côté, la compression devra être exercée plus spécialemeut du côté opposé. Si donc la convulsion est prédominante à droite, c'est la carotide gauche que l'on devra comprimer, et réciproquement si la convulsion est prédominante à gauche, il faudra comprimer la carotide droite. Si la convulsion est équilatérale, la compression devra être alternativement exercée sur les deux carotides, — je parle bien entendu des carotides primitives, — et même simultanément sur l'une et sur l'autre, si la chose est possible sans trop gêner la respiration de l'enfant.

Cette compression est beaucoup plus facile à exercer que vous ne pouvez vous l'imaginer. Vous vous placez de façon à ce que la main droite puisse comprimer la carotide gauche et la main gauche la carotide droite; vous écartez les faisceaux du muscle sterno-cléido-mastoïdien, en même temps qu'avec le dos de la phalange unguéale vous écartez la trachée-artère, et vous sentez les battements de la carotide qui est extrêmement mobile. La saisissant alors en dedans avec la pulpe des doigts, vous la ramenez un peu en arrière et vous l'écrasez contre la colonne vertébrale. De suite vous vous apercevez qu'elle est comprimée, d'une part à l'absence de pulsations de l'artère temporale correspondante, d'autre part à la pâleur qui succède quelquefois subitement à la coloration précédemment rouge du visage de l'enfant, d'autre part encore à ce que, dans quelques heureuses circonstances, la compression n'est pas plutôt établie que la convulsion éclamptique cesse tout à coup, pour faire place à la résolution la plus complète. Vous maintenez cette compression durant 15 à 20 minutes sur une des artères, puis vous comprimez l'autre. Si vous avez un aide qui puisse vous assister, son assistance vous sera utile dans cette opération assez pénible; les mères, que leur sollicitude rend si intelligentes, pourront elles-mêmes vous remplacer. Par ce moyen, en y mettant la patience nécessaire, on peut en quelques heures dans un certain nombre de cas, arrêter les convulsions qui accompagnent l'anasarque scarlatineuse.

Reste cette anasarque qui, si elle prend un caractère de chronicité, peut encore être combattue. Lorsque les convulsions, accident si souvent mortel, ont cessé, lorsque l'hématurie qui précède ou accompagne l'anasarque est passée, donnez au malade des *diurétiques*, le nitrate de potasse principalement, uni à de faibles doses de digitale; donnez aussi un remède singulièrement préconisé par Graves, l'iodure de potassium à doses assez élevées.

Dans quelques cas, l'anasarque et l'albuminurie scarlatineuse, le plus ordinairement guéries en quinze jours, trois semaines, un mois, peuvent être le début d'une maladie de Bright. Les accidents aigus disparaissent, l'albuminurie persiste; lorsqu'elle persiste un mois, six semaines après la scarlatine, défiez-vous de ce symptôme, il indique le début de la maladie de Bright; le rein commence à s'infiltrer de tissu fibro-plastique, encore six semaines l'élément graisseux prédominera, et quelques mois plus tard les malades succombent aux progrès de cette nouvelle affection.

Enfin quelques accidents très graves surviennent encore dans cette période ultime de la scarlatine et se montrent à peu près à la même époque que l'anasarque. Ce sont les *épauchements séreux de la plèvre et du péricarde*.

Contre ceux-ci les applications réitérées de larges vésicatoires volants et, si l'hydrothorax, l'hydropéricarde, sont considérables, la ponction, pourront être utiles.

Dans les grands épanchements pleuraux, la thoracentèse devient quelquefois nécessaire au bout de très peu de jours. Mais souvent, ainsi que je vous l'ai fait observer, dès la première ponction, alors même que l'épanchement n'a pas plus de dix, quinze à vingt jours de date, vous trouverez de la sérosité lactescente, quelquefois du pus tout formé; vous avez affaire à un véritable empyème, accident formidable que vous guérirez fréquemment, chez les jeunes sujets, par des ponctions et des injections iodées souvent répétées, mais que, malgré ces moyens, vous guérirez rarement chez les adultes.

Dr Léon Blondeau, chef de clinique.

Remarques sur la formation de la matière glycogène du foie. — Communication faite à l'Académie des Sciences dans la séance du 29 juin 1857, par M. Claude Bernard.

A l'occasion de la communication de M. Eugène Pelouze et de celle de M. Sanson, je rappellerai quelques-unes des conditions physiologiques de la formation du sucre dans les animaux que j'ai depuis longtemps établies. Il est important en effet de ne pas oublier ces conditions, si l'on veut éviter les contradictions apparentes qui résultent nécessairement de la comparaison de faits obtenus dans des circonstances physiologiques entièrement différentes. Je signalerai à ce propos quelques résultats nouveaux qui font partie de mes recherches sur la glycogénie animale que je poursuis toujours. J'ai déjà fait connaître ces expériences, à mesure que je les réalisais, soit dans mes cours, soit à la Société de biologie,

et très prochainement je serai à même de communiquer à l'Académie toutes ces recherches nouvelles dans leur ensemble.

I. — En 1853, dans mon Mémoire sur la formation du sucre dans le foie (1), on trouve page 58 un paragraphe ainsi intitulé : *Il y a deux origines possibles pour la matière sucrée chez l'homme et les animaux, une origine intérieure et une origine extérieure. L'origine intérieure dépend d'une fonction normale du foie, et elle offre une importance beaucoup plus grande que l'origine extérieure qui dépend d'une condition variable de l'alimentation.* J'ai donc eu soin d'indiquer dès cette époque que, pour prouver la fonction glycogénique du foie, il fallait se placer dans le cas le plus simple, c'est-à-dire dans le cas des carnivores, chez lesquels le foie seul fournit la matière sucrée, sans qu'il en vienne par l'alimentation. J'ai montré depuis que cette formation du sucre dans le foie a lieu, comme chez les végétaux, par suite de la transformation en sucre d'une matière amylacée sécrétée par le foie, véritable *amidon animal* sur lequel M. Eugène Pelouze vient de communiquer aujourd'hui à l'Académie des recherches du plus haut intérêt pour la chimie physiologique. Or, si l'on se place dans ces conditions simples telles que je les ai encore indiquées dans ma dernière communication à l'Académie (2), en agissant sur des chiens bien portants, nourris constamment avec de la viande, il n'y a aucune équivoque possible dans les résultats de l'expérience. La matière glycogène ou *l'amidon animal se rencontre exclusivement dans le tissu du foie, et aucun autre organe de l'économie n'en dénote la moindre trace.* C'est donc là l'expérience fondamentale qu'il ne faut jamais perdre de vue, parce qu'elle prouve nettement la formation du sucre dans le foie des animaux par un mécanisme tout à fait analogue à celui qu'on connaît chez les végétaux ; et c'est toujours de ces résultats incontestables et incontestés chez les carnivores qu'il faut partir pour juger la provenance des matières sucrées et glycogènes qui peuvent se rencontrer chez les animaux herbivores. On voit que chez ces derniers animaux la nature des aliments, qui est souvent une source extérieure de matière sucrée, ne détruit aucunement la formation de l'amidon animal qui continue toujours à se produire exclusivement dans le foie, pour se transformer ensuite en sucre. Le sucre de l'aliment n'est donc, dans ce cas, qu'une complication accidentelle qu'il faut signaler, mais qui ne change rien à la solution du problème.

En effet, si l'on expérimente sur des lapins bien portants et nourris constamment avec des carottes, l'aliment leur fournit évidemment du sucre ; mais cela n'empêche pas le foie de continuer à produire, exclusivement à tout autre organe de l'économie, la matière glycogène animale. En sacrifiant les lapins on trouve cette matière en très grande quantité dans leur foie, et aucun autre organe de l'économie n'en renferme les moindres traces. Cette seconde expérience, que chacun peut encore répéter facilement, est donc tout aussi probante que la première pour établir que l'amidon animal du foie continue à se former, bien que l'organisme reçoive du sucre en grande quantité par l'alimentation.

Nous trouvons un cas un peu plus complexe chez les animaux nourris avec des graines. En effet, dans ces circonstances, l'alimentation ne fournit pas seulement du sucre, mais elle apporte encore dans l'organisme de la dextrine impure ou amidon soluble, colorable par l'iode. Dans mon premier Mémoire, j'avais été porté à penser que les matières amylacées ne passaient pas dans le sang à l'état de dextrine, parce que le procédé que j'avais employé pour la rechercher était vicieux et précipitait la substance. Depuis, j'ai constaté la présence de la dextrine dans le sang et les muscles, par le moyen que j'ai indiqué pour préparer la matière glycogène du foie ; et M. Sanson, qui a employé mon procédé, a constaté ce passage de la dextrine dans le sang et dans les tissus des animaux.

Mais la formation constante de la matière glycogène dans le foie est complétement indépendante de cette provenance extérieure de la dextrine végétale, ainsi que de celle du sucre émanant de la même source : l'absorption de la dextrine se rencontre encore comme un cas exceptionnel et tout à fait accidentel de l'alimentation. C'est ce qu'on peut prouver de la manière la plus facile par l'expérience suivante : Si l'on nourrit un lapin avec de l'avoine ou du blé pendant deux ou trois jours, et qu'après ce temps on le sacrifie, on constate la présence de la dextrine végétale dans son sang et dans ses tissus, tandis qu'on ne la trouve pas chez un même animal nourri avec des carottes. Il suffira même de cesser l'alimentation du premier lapin avec l'avoine pour faire cesser la présence de la dextrine dans son sang et dans ses tissus. Mais, dans toutes ces circonstances, rien n'est modifié dans la formation physiologique de la matière glycogène qui persiste toujours dans le foie dans toutes les alimentations, quelque variées qu'elles soient. Il est sans doute intéressant de savoir que certains aliments végétaux peuvent fournir de la dextrine à l'organisme animal. J'ai constaté le fait, pour l'avoine et le blé, chez des lapins et des pigeons. Comme M. Sanson, nous avons constaté, M. H. Bouley et moi, à l'École impériale d'Alfort, la présence de la dextrine dans les organes de chevaux nourris d'avoine ou d'autres grains ; et M. H. Bouley recherche en ce moment avec M. Clément, jeune chimiste attaché à la même école, quelles sont les autres substances alimentaires qui sont dans le même cas de fournir de la dextrine à l'organisme. Si maintenant, dans la chair de certains animaux herbivores, on peut constater la présence de la dextrine végétale, on ne saurait en tirer aucune conséquence relativement à la formation du sucre dans le foie des carnivores, parce que, comme le montrent les expériences rapportées précédemment, cette formation est une fonction physiologique constante, tandis que la présence de la dextrine dans l'aliment est tout à fait accidentelle. Je ne l'ai pas trouvée, en effet, dans trois échantillons de viande de bœuf et de mouton que j'ai fait prendre chez le boucher, bien que cette dextrine, quand elle existe, se conserve très longtemps dans les tissus musculaires après la mort, et je montrerai plus tard que ce serait là un caractère qui fait distinguer, s'il en était besoin, la dextrine végétale de la matière glycogène du foie. Cette dernière est tellement altérable, qu'elle ne peut pas exister dans le sang sans être immédiatement changée en sucre, de sorte qu'elle ne peut jamais sortir du foie que sous cet état. Je ne doute pas non plus que cette lenteur de la transformation de la dextrine végétale dans le sang ou dans les tissus musculaires ne soit la cause de la diffusion si considérable du sucre qu'on a signalée chez les chevaux, etc., et qu'on a expliquée de différentes manières.

(1) *Nouvelle fonction du foie considéré comme organe producteur de matière sucrée chez l'homme et les animaux.*

(2) Sur le mécanisme physiologique de la formation du sucre dans le foie, *Comptes rendus des séances de l'Académie des Sciences*, t. XLIV ; 23 mars 1857.

II. — Une autre circonstance sur laquelle j'ai fortement insisté dans mon Mémoire de 1853, c'est que la formation du sucre dans le foie a lieu par suite de l'accomplissement d'une fonction physiologique, ce qui fait que cette formation de matière glycogène animale peut se modifier ou s'évanouir sous l'influence d'une foule de causes morbides. Ce sont ces influences qui donnent la raison de l'absence ordinaire du sucre dans le foie des cadavres humains morts dans les hôpitaux, et c'est pour cela que, lorsque j'ai voulu démontrer la fonction glycogénique du foie chez l'homme, j'ai été obligé d'avoir recours aux cadavres de suppliciés. Tout ce que j'ai dit à cette époque pour le sucre s'applique exactement à la formation de l'amidon animal. Cette formation de la matière glycogène dans le foie diminue ou s'éteint aussitôt que les phénomènes de la nutrition organique sont troublés chez l'homme ou chez les animaux par des états de souffrance ou de maladie, et particulièrement par l'état fébrile. Chez les chiens malades on ne trouve ni sucre, ni matière glycogène dans le tissu hépatique. Mais comme dans ces cas les chiens refusent en général de manger, on pouvait objecter que l'absence du sucre de la matière glycogène tenait à l'absence d'alimentation. Il n'en est rien, et l'on peut prouver, par des exemples pris sur d'autres animaux, que le foie dans l'organisme malade cesse de préparer l'amidon animal, lors même que l'appareil digestif continue de fonctionner et d'apporter dans le sang des principes alimentaires sucrés ou amylacés.

M. le professeur Bouley a bien voulu me prêter son concours pour faire à l'École vétérinaire impériale d'Alfort des expériences sur des chevaux qui offrent à ce point de vue le plus haut intérêt, parce que ces animaux continuent dans certaines circonstances à manger et à digérer lors même qu'ils sont atteints de maladie. Je dirai d'abord qu'ayant examiné un certain nombre de foies pris chez des chevaux en pleine digestion, je fus très surpris de n'y rencontrer aucune trace de matière glycogène, quoique quelques-uns de ces foies continssent du sucre qui provenait évidemment de l'alimentation. C'est alors que je vis que le criterium, le refus d'aliments qui, chez les chiens, est le signe de la maladie, n'existe pas toujours chez le cheval. En effet, ces chevaux examinés, quoique en digestion, étaient malades, ou avaient subi avant la mort de longues et douloureuses opérations. Dans cet état physiologique, leur foie ne fonctionnait pas plus au point de la matière glycogène que s'ils eussent été complétement soumis à l'abstinence.

C'est alors que M. Bouley chercha, pour faire des expériences comparatives, à avoir des chevaux vigoureux et bien portants, ce qui est assez rare à l'École d'Alfort, comme on doit le penser. Deux expériences ont été faites avec le succès le plus complet. Je me bornerai à en citer une seule, à laquelle assistait M. le professeur Smidt, de Dorpat, et dont j'ai montré les résultats à la Société de biologie. Des deux chevaux qui furent mis en expérience, l'un était vigoureux et bien portant ; une paralysie d'origine traumatique et ancienne d'un membre antérieur avait déterminé le sacrifice de l'animal. L'autre cheval, également vigoureux, avait depuis trois jours une inflammation de l'articulation du pied, par suite d'une lésion traumatique. Les deux animaux furent nourris avec du foin et de l'avoine, et tous deux mangèrent bien, quoique le cheval atteint d'arthrite eût la fièvre(il avait cent à cent dix pulsations, tandis que le cheval sain en avait quarnte à quarante-cinq). Trois ou quatre heures après le repas, les deux chevaux furent sacrifiés.

En ouvrant aussitôt le canal intestinal, il offrait, chez les deux animaux, les apparences de la plus parfaite digestion ; les vaisseaux chylifères étaient remplis chez les deux chevaux par un liquide blanchâtre, et chez l'un comme chez l'autre les urines étaient alcalines. Les foies enlevés aussitôt furent ensuite examinés comparativement. Le foie du cheval non malade donnait une décoction opaline très riche en matière glycogène, tandis que le foie du cheval atteint d'arthrite aiguë donnait une décoction limpide qui ne contenait pas la moindre trace de matière glycogène. Cependant les chairs de ces animaux renfermaient de la dextrine et du sucre provenant de l'alimentation. Toutes ces expériences prouvent donc de la manière la plus claire l'indépendance de la fonction glycogénique et de l'alimentation. Nous avons vu, en effet, chez le carnivore sain que la formation de l'amidon animal dans le foie existe avec une alimentation complétement dépourvue de matière saccharoïde, et qu'ici elle cesse d'exister chez l'animal herbivore malade, malgré l'alimentation saccharoïde la plus riche. J'ajouterai encore qu'indépendamment de l'état fébrile, toutes les causes épuisantes, les souffrances prolongées peuvent aussi troubler ou arrêter la fonction glycogénique ; de sorte que lorsque l'on voudra chercher la matière glycogène dans le foie des animaux, il faut absolument choisir des animaux vigoureux et bien portants, chez lesquels la fonction physiologique dont il s'agit n'aura pas été éteinte momentanément ou définitivement.

III. — Enfin je crois, en terminant, nécessaire d'indiquer en deux mots un moyen très simple et très direct de démontrer et d'obtenir l'amidon animal ou matière glycogène du foie.

Ce moyen consiste dans l'emploi de l'acide acétique cristallisable en excès, qui précipite et isole instantanément la matière glycogène du foie. Il n'est pas nécessaire de faire intervenir aucun autre agent. On peut opérer sur le tissu même du foie frais, et l'acide acétique cristallisable sépare mécaniquement la matière amylacée hépatique. Je reviendrai plus tard dans une autre communication sur l'action de ce réactif, quand je parlerai du siége qu'occupe la matière glycogène dans les éléments anatomiques du foie ; pour aujourd'hui, je veux seulement établir qu'on peut se servir de l'acide acétique cristallisable pour extraire presque pure la matière hépatique d'une décoction filtrée à froid du foie, et constater aussi directement que possible si cette décoction contient ou non de la matière glycogène. En effet, si l'on prend une décoction filtrée du foie sain contenant de la matière glycogène et qu'on verse de l'acide acétique cristallisable en excès, il se fait aussitôt un précipité blanchâtre qui est de la matière glycogène presque pure, parce que les matières albuminoïdes hépatiques qui l'accompagnaient sont restées solubles dans l'acide acétique. Dans la décoction hépatique du foie malade dépourvue de matière glycogène l'acide acétique cristallisable en excès ne donne ordinairement lieu à aucun précipité appréciable.

L'acide acétique cristallisable a donc sur l'alcool cet avantage, qu'il sépare la matière glycogène à la fois des matières albuminoïdes et du sucre, qui restent solubles dans le véhicule, de sorte que tout le précipité est formé par la matière glycogène. Ceci peut se prouver par l'expérience suivante, qui est très intéressante : Si l'on prend deux portions égales d'une même décoction de foie riche en matière glycogène et qu'on en traite une par l'acide acétique cristallisable, on a aussitôt un précipité abondant de matière glycogène; si l'on ajoute à l'autre portion un peu de salive, pour transformer la matière en sucre, on verra bientôt la décoction devenir

transparente, et alors si l'on ajoute de l'acide acétique, on n'aura plus aucun précipité: ce qui prouve que tout ce qui s'est déposé dans la première portion de la décoction par l'acide acétique est de la matière hépatique susceptible de se changer en sucre. Les décoctions des autres organes ne précipitent pas non plus ordinairement par l'acide acétique cristallisable en excès.

On pourra donc avec l'acide acétique, employé ainsi qu'il vient d'être dit plus haut, facilement et rapidement reconnaître si la matière glycogène existe ou non dans le foie ou dans les différents tissus de l'organisme.

En résumé, les remarques que je viens d'avoir l'honneur de présenter à l'Académie ont pour objet de montrer que, dans les recherches physiologiques, où les éléments des phénomènes sont si multiples, il est de la plus haute importance de s'appuyer toujours sur les cas les plus simples pour arriver ensuite à l'analyse des cas les plus complexes. Dans la question actuelle, le cas le plus simple est la formation de l'amidon animal ou matière glycogène dans le foie, à l'exclusion de tous les autres organes du corps chez un chien nourri exclusivement de viande.

Cette seule expérience suffit donc pour démontrer de la manière la plus irréfutable la formation de l'amidon animal dans le foie. Chez les animaux qui peuvent introduire de la dextrine dans l'organisme par l'alimentation, on démontre également la persistance de cette fonction physiologique du foie en enlevant les aliments qui fournissent cette dextrine végétale.

Enfin, il ne faut jamais oublier que, pour constater les phénomènes de la fonction physiologique qui nous occupe, il est absolument indispensable d'opérer sur des animaux vigoureux et très bien portants.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 29 JUIN 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

ÉLECTIONS. — MM. Andral, Velpeau, Serres, J. Cloquet, Cl. Bernard, Jobert, Rayer, Flourens et Duméril sont chargés de l'examen des pièces admises au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon.

CHIMIE ORGANIQUE. — *Mémoire sur la constitution et sur la vraie formule de l'acide oxalique*, par M. *Ad. Wurtz*. (*Comm. :* MM. Dumas, Regnault, Balard.)

MÉDECINE. — *Sur l'usage du perchlorure de fer dans les maladies*, par M. *Deleau*. — L'auteur résume en ces termes les résultats de ses recherches : 1° Le perchlorure de fer est sans aucun danger dans son usage à l'intérieur et dans son application externe; 2° cet agent est l'hémostatique le plus puissant connu; 3° c'est un modificateur des tissus vivants, mais surtout un modificateur thérapeutique des membranes muqueuses dans les blennorrhagies, les leucorrhées, les catarrhes bronchiques, etc.; 4° le perchlorure de fer est antisyphilitique, puisqu'il a la propriété de guérir les chancres vénériens, les ulcérations du vagin et de la matrice, sans avoir à redouter les dangers qui se manifestent par l'usage du nitrate d'argent, de l'iode, du mercure et de leurs composés; 5° enfin la puissance médicatrice en est très grande dans les affections scrofuleuses. (*Comm. :* MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert.)

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE. — *Sur la matière glycogène*, par M. *E. Pelouze*. — « 1° La matière glycogène, purifiée par la potasse, se transforme en xyloïdine sous l'influence de l'acide nitrique fumant, et en acide oxalique sous l'influence de l'acide nitrique étendu. 2° Elle a pour composition $C^{12}H^{12}O^{12}$, et doit être rangée dans le groupe glucique. Comme la plupart des substances de ce groupe, elle contient l'hydrogène et l'oxygène dans les proportions de l'eau. 3° La substance que M. A. Sanson retire des différents tissus de l'organisme n'est pas la même que la matière glycogène, dont elle diffère par la propriété essentielle de cette dernière matière de se transformer en glucose avant d'avoir été purifiée par la potasse. » (Renvoi à la *commission* précédemment nommée, et où M. *Milne-Edwards* remplacera M. *Bernard*, qui a demandé à n'en plus faire partie.)

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE. — *Note sur la formation physiologique du sucre dans l'économie animale*, par M. *A. Sanson*. — L'auteur tire de ses expériences les conclusions suivantes : « 1° Dans le sang qui a été abandonné à lui-même pendant quarante-huit heures, dans un vase inerte, il existe un sucre fermentescible qui ne s'y trouvait pas au moment où il a été extrait du vaisseau; 2° n'étant pas sécrété par une influence vitale, il n'a pu se développer que par les moyens qui lui donnent naissance dans l'économie végétale, c'est-à-dire l'action de la diastase sur la dextrine; 3° l'expérience qui le démontre vient à l'appui des faits annoncés dans mon précédent mémoire, concernant la présence, dans le sang et les tissus, d'une matière glycogène analogue à la dextrine; 4° ces faits prouvent, ainsi que je l'ai déjà établi, que la dextrine du sang a sa source, chez les animaux herbivores, dans l'action de la ptyaline sur les principes amyloïdes des aliments, et, chez les carnivores, dans la viande dont ils se nourrissent, où elle se rencontre toute formée; 5° enfin le foie ne sécrète, dans aucun cas, ni sucre ni matière glycogène, et il se borne à servir, comme la trame de tous les autres organes, à établir le contact de la dextrine avec la diastase, lequel contact est seulement ici plus prolongé, en raison du ralentissement de la circulation dans le tissu hépatique. » (*Même commission*.)

PHYSIOLOGIE. — *Remarques sur la formation de la matière glycogène du foie*, par M. *Claude Bernard*. — Voir aux *Travaux originaux*.

PHYSIOLOGIE. — *Recherches sur l'urine des femmes en lactation*, par M. *Leconte*. (Nous avons donné un extrait de ce travail dans notre numéro du 26 juin : *Académie de médecine*.)

PATHOLOGIE. — *Mémoire sur les causes de la cataracte lenticulaire*, par M. *Castorani*. (*Comm. :* MM. Velpeau, J. Cloquet.)
Nous publierons ce travail prochainement.

MÉDECINE. — *Sur une nouvelle manière de faire usage du plessimètre* (extrait d'une note de M. *Piorry*). — « Il y a quinze jours, démontrant aux élèves de la clinique la manière de tenir le plessimètre, je rappelai que peu de médecins savent s'en servir, et que quelques-uns même l'appliquent en sens inverse, de façon à ce que la partie creuse de la plaque d'ivoire est dirigée vers la peau, tandis que la surface plane opposée est en rapport avec le doigt qui percute. Cherchant à joindre l'exemple au précepte, je percutais de cette manière; quel ne fut pas mon étonnement alors que je pus apprécier, à travers une couche d'air de 1 centimètre, non-seulement les diverses nuances de son en rapport avec la densité et la circonscription des organes, mais encore les sensations tactiles variées, qui sont des résultats si importants dans le plessimétrisme! La même exactitude, le même positivisme de limitation des organes, se rencontraient, soit que l'on tînt l'instrument appliqué par sa surface plane, soit qu'il fût placé sur ses auricules. » (*Comm. :* MM. Serres, Andral, Velpeau.)

CHIRURGIE. — *Mémoire sur la cautérisation circulaire*, par M. *A. Legrand* (*Comm. :* MM. Velpeau, J. Cloquet.)

MÉDECINE. — *De la teigne faveuse et de son traitement par l'em-*

ploi topique de l'huile de naphte, par M. *Chapelle*. — « D'abord je fais couper ras tous les cheveux qui avoisinent la zone morbide, et appliquer ensuite à leur surface des cataplasmes de farine de graine de lin pour faire tomber les croûtes faveuses. Une fois la peau débarrassée de ces productions croûteuses, je fais enduire la surface dénudée d'une légère couche d'huile de naphte, que recouvre ensuite une compresse de flanelle. Un serre-tête en taffetas gommé, destiné à envelopper toute la surface du cuir chevelu, complète le pansement.

» Deux fois par jour, le matin et le soir, je prescris l'application de l'huile de naphte. A chaque pansement, il importe de nettoyer la surface malade avec de l'eau de savon, afin de mieux enduire la peau de la substance huileuse. Mais le point important de l'opération est celui-ci : il faut examiner chaque fois, et avec le plus grand soin, la surface du cuir chevelu, pour voir si cette partie de la peau ne porte pas quelques petites pustules faveuses, dont la disparition est toujours indispensable à la curation de la maladie. Si l'œil découvre quelques-uns de ces points blancs, il faut alors, non pas enlever la pustule comme par la méthode épilatoire, mais seulement la perforer avec la pointe d'une épingle ordinaire, et enlever ensuite la matière puriforme qu'elle contient. Cela fait, on étend sur la peau une couche nouvelle d'huile de naphte. De la sorte, on arrive à éteindre promptement la poussée pustuleuse à mesure qu'elle se produit. » (*Renvoyé à l'examen de la Section de médecine, constituée en Commission spéciale.*)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 7 JUILLET 1857. — PRÉSIDENCE DE M. BUSSY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Un rapport de M. *Philibert*, sur une épidémie de variole qui a régné à Dambros-sur-Vair. — *b*. Un rapport de M. *Bocamy*, sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné dans la commune de Théza (Pyrénées-Orientales). — *c*. Un rapport de M. *Bocamy*, sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné dans la commune de Salinelles (Gard). (*Commission des épidémies.*) — *d*. Un mémoire de M. *Moritz* (de Coblentz), sur l'emploi du phosphore et de la créosote pour le traitement des fièvres intermittentes. (*Comm.* : MM. Bouvier et Michel Lévy.)

2° L'Académie reçoit : — *a*. M. le docteur *Taupier* adresse une notice sur les eaux de Condillac. (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. M. le docteur *L. Sandras* adresse un travail sur la différence de composition des tumeurs fibreuses. (*Comm.* : M. Velpeau) — *c*. M. *Missa* (de Soissons) adresse un mémoire sur le traitement des fièvres intermittentes par les ventouses sèches. (*Comm.* : MM. Mélier, Barth et Grisolle.) — *d*. M. le docteur *Forget*, au nom des commissions réunies du Congrès médical de 1845 et du monument de Bichat, prie M. le président de l'Académie de vouloir bien honorer de sa présence la cérémonie d'inauguration de la statue de Bichat, offerte par le Congrès médical à la Faculté de médecine. Pareille invitation est adressée à chacun des membres de l'Académie.

Lectures et Rapports.

SULFATE DE QUININE. — M. *Guibourt* lit une note au sujet d'une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, relative aux mesures qu'il y aurait à prendre pour obvier à la cherté croissante et au manque plus ou moins prochain du sulfate de quinine.

M. Guibourt résume sa note en disant qu'il n'y a pas lieu de demander à un fabricant l'engagement public de livrer à un prix déterminé le sulfate de quinine et de publier cet engagement dans le *Bulletin de l'Académie*.

FORMATION DU CHYLE. — M. *G. Colin* lit un mémoire sur la formation du chyle. L'auteur résume son travail en ces termes :

D'une part, la turgescence des villosités, le gonflement des ganglions mésentériques, la réplétion des vaisseaux lactés et du canal thoracique pendant la digestion, la grande quantité de liquide que donnent alors les fistules établies à ce canal ; d'autre part, la rétraction des villosités, l'affaissement des chylifères, leur vacuité presque complète quand les matières susceptibles d'être absorbées font défaut dans l'intestin, indiquent très manifestement que c'est par le travail de l'absorption que le système chylifère se remplit du fluide réparateur connu sous le nom de *chyle*.

La composition intime de ce liquide, les quatre ordres de substances qu'il renferme, l'analogie de sa nature avec celle de la matière alimentaire, les variations qu'il éprouve, la coïncidence de celles-ci avec les modifications que subit le contenu de l'intestin, montrent clairement que le chyle provient de l'aliment lui-même. Il en dérive en entier par sa fibrine comme par son albumine, par sa graisse aussi bien que par son sucre, son eau et ses substances minérales. En un mot, il est chyle par l'ensemble de ses éléments constitutifs, et non par un seul ou quelques-uns d'entre eux.

L'absorption des principes dont il se compose est effectuée collectivement. C'est un phénomène forcé qui porte fatalement et indistinctement sur tous à la fois, pourvu que, par le fait de leur dissolution, ils soient susceptibles d'imprégner le tissu des villosités et de traverser les parois vasculaires.

Les matériaux du chyle, une fois parvenus dans les villosités, s'engagent indifféremment partie dans les radicules des veines mésaraïques et partie dans les lactées, car ces deux espèces de vaisseaux ont à leur origine des parois également minces et perméables. Aussi doit-on reconnaître deux chyles distincts : l'un pris par les mésaraïques et aussitôt mêlé au sang, qui l'emporte dans son mouvement rapide ; l'autre tout à fait isolé, saisi par les chylifères qui, avec un peu de plasma, le conduisent au canal thoracique. (*Comm.* : MM. Longet et Poggiale.)

Discussion sur les anesthésiques.

M. *Jobert* (de Lamballe) se propose de faire connaître son opinion relativement à certaines propositions qui ont vivement ému les chirurgiens, parce qu'ils ont pensé qu'elles étaient de nature à aggraver leur responsabilité. M. Devergie a pensé que l'usage des appareils serait à la fois le meilleur moyen d'éviter les accidents et de garantir la responsabilité médicale en matière d'éthérisation. Lors de la découverte des propriétés anesthésiques de l'éther, et les premières fois qu'on a fait usage des agents anesthésiques en chirurgie, on s'est servi d'appareils. Je m'en suis servi moi-même à cette époque à l'hôpital Saint-Louis, avec mon collègue M. Malgaigne ; mais je les ai abandonnés depuis. On se rappelle la multitude d'appareils qu'on a imaginés à cette époque, d'après des vues différentes ; tout le monde connaît les appareils de M. Charrière, ceux de M. Cloquet, de M. Doyère, etc. Les inventions de ce genre se sont succédé, mais aucune n'a atteint complétement le but de l'inventeur. Ils ont été généralement abandonnés. Pour mon compte, je les ai mis entièrement de côté, je ne m'en sers plus du tout. Je m'en suis servi cependant, récemment, je dois l'avouer, mais c'était pour l'amylène ; or, tout le monde sait que l'amylène est d'une telle volatilité, qu'il serait à peu près impossible d'en user autrement qu'avec un appareil.

Voici les motifs qui m'ont fait entièrement abandonner l'usage des appareils pour le chloroforme. Quand on se sert d'un appareil, le visage du malade est en partie couvert, on ne peut se rendre compte ni de l'oppression de la physionomie, ni de la coloration des téguments de la face. Or, le meilleur moyen de savoir ce qui se passe dans l'intérieur de l'organisme, c'est de voir ce qui se passe sur la physionomie. C'est d'après cela que l'on se guide : suivant que la face est animée ou qu'elle est pâle, que les traits ont leur expression naturelle ou qu'ils sont contractés, on continue ou l'on cesse l'éthérisation. Si l'on ne peut avoir incessamment sous les yeux la figure de l'opéré, on n'a plus aucun moyen de juger des effets que produit le chloroforme. Dans le principe, lorsque je me servais des appareils, c'était là pour moi un motif d'inquiétude continuelle.

Il y a encore d'autres accidents qui déposent contre l'usage des appareils tant vantés. Quel que soit l'appareil dont on se serve, et si bien confectionné qu'il soit, il arrive souvent qu'il se dérange, qu'il ne laisse pas pénétrer l'air en suffisante quantité dans les bronches, ou bien qu'il ne laisse point arriver le chloroforme dans les voies respiratoires. Il en résulte que l'appareil va contre le but

qu'on s'en propose, qu'il donne lieu à l'asphyxie ou qu'il est incapable de produire l'anesthésie.

D'un autre côté, il est très difficile d'évaluer la dose de chloroforme nécessaire pour produire l'insensibilité et de dire quel doit être le rapport du mélange de l'air avec le chloroforme. On sait qu'il est des personnes qui font des inspirations très profondes et qui aspirent en une seule fois une quantité considérable de vapeur. C'est peut-être de cette manière que se sont produits quelques accidents mortels. D'ailleurs le chloroforme n'agit pas sur tous les sujets de la même manière. Il en est, comme on sait, qui ne peuvent pas supporter les moindres doses de chloroforme.

Je préfère de beaucoup aux appareils les procédés simples dont nous nous servons, tels qu'une éponge, une compresse ou de la charpie. Avec ces simples moyens, que M. Velpeau appelle des petits appareils, il n'y a aucun danger. Ils permettent de rapprocher et d'éloigner à volonté le chloroforme des fosses nasales. Tandis qu'avec les appareils mécaniques l'anesthésie est ordinairement trop prompte, presque instantanée, avec les éponges, au contraire, l'action du chloroforme est plus lente, plus graduelle, et le chirurgien peut d'ailleurs avoir toujours sous les yeux la physionomie de l'opéré, et mesurer ainsi en quelque sorte d'après son expression l'état de la respiration et de la circulation. Avec l'éponge, il n'y a aucun mécompte, aucune surprise à craindre. On assiste, pour ainsi dire, à tous les phénomènes de l'éthérisation.

Quant aux dangers de l'éthérisation, est-ce dans l'asphyxie qu'ils consistent ou dans tout autre genre d'accident. Pour mon compte, je ne connais pas d'exemple d'asphyxie par le chloroforme à proprement parler. Lorsqu'on a fait inhaler le chloroforme à l'aide d'une éponge, il n'y a jamais d'asphyxie, et la preuve c'est que, chez les sujets morts à la suite de ce mode d'inhalation, le sang a toujours été trouvé rouge et rutilant. La mort a donc lieu dans ce cas par un autre mécanisme: les sujets meurent empoisonnés; ils meurent à la manière des individus qui ont ingéré un poison *violent*. Ce n'est pas en altérant le sang qu'agit le chloroforme, mais en portant directement son action perturbatrice sur le système nerveux. Il est évident pour moi que le chloroforme tue lorsqu'il a été administré avec trop de rapidité et qu'on en a respiré trop à la fois. Dans d'autres circonstances, il serait impossible d'assigner la dose à laquelle le chloroforme devient mortel. Il y a à tenir compte à cet égard des idiosyncrasies très variables. J'ai pu me convaincre qu'il en était ainsi, dans deux cas qui ont failli devenir funestes, et dans lesquels le danger a été heureusement conjuré.

Le premier est celui d'une dame de la rue Taitbout que j'opérai en présence de M. Rayer pour une tumeur du sein. La malade *voulut être chloroformée*; elle fut placée dans la position horizontale, puis on versa 2 grammes de chloroforme sur une éponge que l'on plaça sous le nez, mais à une distance suffisante pour laisser pénétrer aisément l'air. La malade fut habituée peu à peu à l'action du chloroforme; l'éponge était environ à quatre pouces de distance du nez, lorsqu'elle s'écria tout à coup: J'étouffe! je meurs! Elle était, en effet, d'une pâleur mortelle et sans pouls. On fit ouvrir largement les fenêtres, on pratiqua des frictions; mais elle ne revint à elle qu'au bout d'un quart d'heure. Je ne doute pas qu'elle n'eût succombé si l'on s'était servi d'un appareil.

Plus tard j'eus à opérer une malade de la rue du Bac, en présence de notre regrettable collègue M. Gaultier de Claubry: c'était une femme chloro-anémique. J'approchai de la bouche une éponge imprégnée de chloroforme; malheureusement la malade n'était pas couchée horizontalement: elle était assise, légèrement renversée seulement sur un fauteuil. Au bout de quelques fortes inspirations, elle fut prise tout à coup, comme la précédente, d'étouffement et de syncope; il ne fallut pas moins d'une demi-heure pour la faire revenir complétement à elle. Il m'a semblé aussi que, si dans ce cas-là nous avions fait usage d'un appareil, les choses ne se seraient pas passées ainsi, et que cette femme serait morte.

Je me résume en quelques propositions. Je crois que l'expérience a démontré que l'éthérisation doit être faite soit avec une éponge ou une compresse, mais à l'air libre, mais sans appareils, qui sont des instruments aveugles avec lesquels on ne peut ni diriger l'éthérisation à son gré, ni en surveiller les effets.

Les malades qui succombent à l'éthérisation succombent, suivant moi, non à l'asphyxie, mais à une intoxication; ce n'est pas sur le sang, mais sur le système nerveux, qu'agit le chloroforme.

Enfin je crois que M. Devergie, à qui la science est redevable de travaux si importants fondés sur des expériences nombreuses, désirera faire des expériences nouvelles avant d'exiger que son travail soit introduit dans les *Comptes rendus de l'Académie*.

M. *Nélaton*. J'ai demandé la parole aujourd'hui, non pour traiter la question soumise à l'Académie par M. Devergie, et qui a été, qui vient d'être à l'instant même, et qui sera probablement encore l'objet de critiques. J'ai pensé qu'avec l'extension que prenait cette discussion, il me serait permis de traiter une question d'un certain intérêt : je veux parler d'une contre-indication à l'emploi du chloroforme.

On a déjà formulé plusieurs contre-indications. Ainsi on a placé au premier rang les affections dyspnéiques, les maladies du larynx et de la trachée, les maladies du cœur, la faiblesse, l'anémie. On a considéré encore comme un danger pour l'éthérisation la position verticale, l'état de plénitude de l'estomac. Mais il y a une circonstance qui n'a pas été signalée, et qui me semble devoir être placée au nombre des contre-indications : je veux parler de l'ivresse; c'est sur ce point que j'ai voulu appeler un instant l'attention de l'Académie.

Cela peut paraître peut-être singulier, parce qu'il n'est pas ordinaire que l'on pratique l'éthérisation dans l'état d'ivresse. Cependant cette circonstance peut se rencontrer exceptionnellement. J'ai vu un cas où il a fallu pratiquer une opération d'urgence chez un individu en état d'ivresse. Les cas de ce genre peuvent se présenter quelquefois. En effet, supposez que vous ayez à faire une ligature d'artère pour une hémorrhagie traumatique, à pratiquer une amputation immédiate pour une fracture comminutive compliquée, à extraire un corps étranger, à réduire une de ces luxations difficiles, et pour lesquelles on ne saurait jamais agir trop tôt, comme une luxation de la hanche ou du pied. Or, il pourra se faire que ces diverses circonstances se présentent chez un sujet actuellement en état d'ivresse; cela se présente assez souvent dans les hôpitaux. Devez-vous, dans ce cas, avoir recours à l'éthérisation? On comprend de suite toute l'importance de cette question.

C'est dans un cas de ce genre qu'un malheur est arrivé, il y a quelque temps, entre les mains d'un praticien habile, M. le docteur Masson, chirurgien de l'hôpital de Mirecourt. M. Masson fut appelé, au milieu de la nuit, auprès d'une femme qui venait d'être renversée par une voiture pendant qu'elle courait les champs en état d'ivresse. Elle avait une fracture comminutive de la jambe. L'amputation immédiate se présenta de suite à l'esprit du chirurgien comme le seul moyen de salut pour cette femme. Il y procéda aussitôt. Mais à peine avait-il commencé à pratiquer l'éthérisation que cette femme fut prise d'une syncope mortelle. Elle mourut sans s'être réveillée.

Ce fait doit-il être imputé à une mauvaise manière d'administrer l'éthérisation, à une mauvaise qualité du chloroforme, ou bien à une de ces idiosyncrasies du genre de celles dont notre collègue M. Jobert vient de nous entretenir? Je rappellerai, à cette occasion, une circonstance relative à l'une des malades dont il vient de parler, et que probablement il ignore. Je connaissais cette malade; je lui avais déjà enlevé une petite tumeur; j'avais eu recours à l'éthérisation en me servant, comme j'ai l'habitude de le faire, d'une compresse sur laquelle je verse 5 à 6 gouttes seulement de chloroforme, de manière à faire tache seulement; j'avais eu, en outre, la précaution de brasser l'air autour d'elle, de manière qu'elle ne respirât le chloroforme que mélangé à une proportion suffisante d'air. Eh bien! malgré toutes ces précautions, à peine cette femme avait-elle fait quelques inspirations, qu'elle fut frappée d'immobilité, et que la respiration et la circulation furent tout à coup suspendues. Je comprends que M. Jobert n'ait pas eu connaissance de cette circonstance, car personne de la famille n'avait voulu rester dans la chambre de la malade; nous étions là seuls, mon aide et moi. Nous fûmes assez heureux pour ranimer la malade.

Quant au fait de M. Masson, j'ignore comment l'éthérisation a

été pratiquée ; mais connaissant l'expérience et l'habileté de ce chirurgien, je ne doute pas qu'elle n'ait été faite suivant toutes les règles de la prudence.

Ce fait m'a suggéré l'idée de faire des expériences sur l'éthérisation dans l'état d'ivresse. J'ai institué à cet effet trois séries d'expériences sur les animaux. Dans une première série j'ai pratiqué l'éthérisation simple et dans les conditions naturelles, afin de connaître le degré de susceptibilité de ces animaux à l'action du chloroforme, afin d'avoir un terme de comparaison. Puis, dans une seconde série, j'ai anesthésié ces animaux en état d'ivresse. Enfin, dans une troisième série, j'ai poussé l'éthérisation jusqu'à la mort, afin de savoir comment elle se produirait dans ces deux conditions chez des animaux dont je connaissais déjà les habitudes anesthésiques.

Voici quelques détails sur ces trois séries d'expériences :

Je dois dire d'abord que j'ai pris pour sujets d'expérience des chiens âgés d'environ quatre ans, forts, vigoureux et paraissant jouir d'une très belle santé. Je me suis servi, pour les anesthésier, d'un appareil semblable à celui que vous a présenté M. Guérin. Deux de ces animaux ont été soumis à cette première expérience. Au bout de quelques instants d'inhalation, ils se sont débattus, se sont agités ; puis ils sont tombés dans l'anesthésie chirurgicale, mais sans résolution : le premier au bout de six minutes, le second en neuf minutes.

Dans la seconde série d'expériences, les animaux ont été enivrés avec de l'alcool étendu d'eau injecté dans l'estomac au moyen d'une sonde. Ils n'ont pas tardé à être étourdis, puis à tomber dans un état complet d'ivresse. Je les ai alors soumis à l'inhalation du chloroforme. Ils ont été plongés dans l'anesthésie avec résolution complète : le premier en trois minutes et le second en trente secondes.

Il y a, comme on le voit, une grande différence entre les résultats de la première et de la deuxième série d'expériences.

Enfin, dans la troisième série, j'ai éthérisé deux chiens jusqu'à la mort : l'un sans ivresse préalable, l'autre dans l'état d'ivresse. L'animal non enivré a succombé au bout de vingt-cinq minutes. L'animal enivré était dans un état de mort apparente au bout d'une minute et trente secondes ; mais il n'a succombé, en réalité, qu'au bout de quinze minutes. J'avoue que ce dernier résultat m'a un peu surpris ; je m'attendais à voir survenir la mort plus rapidement dans ce dernier cas. Il est vrai, ainsi qu'on vient de le voir, qu'en une minute et trente secondes il était déjà dans un état voisin de la mort, et que depuis ce moment jusqu'à la mort réelle, survenue seulement à la quinzième minute, il n'a respiré qu'à de longs intervalles. Quoi qu'il en soit, je donne le fait tel quel.

Quelles conclusions peut-on tirer de ces expériences ? La conclusion la plus naturelle, à mon avis, est qu'il serait sage de s'abstenir de l'éthérisation en cas d'ivresse, d'ajourner l'opération jusqu'à ce que l'ivresse soit dissipée, si cela peut se faire ; et dans le cas où tout ajournement serait impossible, de se passer de l'éthérisation.

Sans doute les expériences que je viens de rapporter ne sont pas suffisantes pour juger définitivement la question. D'autres viendront-elles les confirmer ? Je l'ignore. Je me borne donc, pour le moment, à appeler l'attention de l'Académie sur ce point.

M. *Bouillaud*. M. Nélaton n'ignore sans doute pas que les animaux, et les chiens en particulier, sont très sensibles à l'action des alcooliques ; qu'il en faut une très petite quantité pour les jeter dans l'ivresse, et que c'est pour eux un agent extrêmement nuisible. Il faut tenir compte de cette circonstance dans l'appréciation du résultat des expériences qu'il vient de faire connaître.

M. *Moreau*. L'état d'ivresse est déjà lui-même une sorte d'anesthésie. On comprend dès lors qu'il serait inutile et dangereux d'y ajouter l'action du chloroforme. Il vaut mieux évidemment, lorsqu'une opération est indiquée dans cet état, la pratiquer immédiatement sans recourir au chloroforme.

M. *Ségalas* ajoute quelques mots qu'il nous est impossible d'entendre.

M. *Ricord*. Je viens déposer mon vote dans une question grave, où un double intérêt se trouve engagé, celui du malade et celui du chirurgien.

Nous avions un moment pensé que M. Devergie rattachait tous les accidents de l'éthérisation à l'asphyxie. Il est certain maintenant, d'après les explications qu'il a données, que telle n'est pas sa pensée. Seulement l'asphyxie est à ses yeux l'accident le plus fréquent ; c'est celui auquel succombent le plus souvent les individus tués par le chloroforme ; c'est enfin, de tous les accidents, celui qu'il est le plus facile de prévenir et de combattre.

L'orateur soutient, avec les orateurs qui l'ont précédé, que l'asphyxie, possible peut-être avec les appareils, ne l'est pas avec un mouchoir et une éponge ; que le principal danger de l'anesthésie est la syncope ; que le dosage des vapeurs est impossible.

M. Nélaton, ajoute-t-il, m'a inspiré un instant, je l'avoue, de la jalousie, lorsque je lui ai entendu dire qu'il anesthésiait avec cinq ou six gouttes de chloroforme versées sur une compresse. Il ne faut que j'aie été assez heureux pour obtenir l'anesthésie avec une aussi faible dose. Il m'a fallu user jusqu'à 30 grammes de chloroforme quelquefois pour endormir mes malades. Il n'est rien de plus inégal que la quantité de chloroforme et la durée de l'inhalation nécessaires pour produire l'anesthésie. Tel malade s'endort en quelques minutes, tel autre n'est influencé par le chloroforme qu'au bout d'une demi-heure ou même plus longtemps. L'anesthésie est une des choses les plus capricieuses. J'ai souvent remarqué qu'il n'y avait rien de tel que d'être pressé pour voir les malades ne pas parvenir à s'endormir.

Voici, sur ce point, quelles sont les règles d'après lesquelles je me guide habituellement.

D'abord, je résiste le plus possible à pratiquer l'éthérisation. L'éthérisation est, à mes yeux, un accident qui complique les opérations. C'est une grande découverte, sans doute, et qui rend d'éminents services ; mais il ne faut pas se dissimuler que c'est aussi un grand danger.

Lorsque l'éthérisation me paraît indispensable, j'y procède lentement et en faisant respirer largement l'air avec les vapeurs anesthésiques, et toujours sans appareil. — C'est là mon vote. — Laissez le chirurgien libre d'administrer le chloroforme comme il l'entendra, pourvu qu'il le donne en plein air et qu'il laisse le malade respirer le plus amplement possible. Je ne connais pas de meilleur précepte.

Un dernier mot sur l'accident ultime de l'éthérisation, sur la menace de mort. Ce n'est pas seulement le pouls qu'il faut avoir sous le doigt pendant l'éthérisation, c'est aussi la respiration qu'il faut avoir sous l'œil ; et dès que la respiration paraît manquer, c'est à la rétablir immédiatement qu'il faut apporter toute son attention. Une chose m'a toujours frappé dans toutes les relations d'accidents que j'ai lues : c'est que lorsqu'un malade est dans ce cas, on emploie une foule de moyens, on se livre à une foule de pratiques toutes plus ou moins insignifiantes, et on finit toujours par celle par laquelle on aurait dû commencer, par la respiration artificielle. C'est toujours par là, au contraire, que je commence. La respiration artificielle est le premier moyen ; je dirai plus, c'est le seul moyen à employer pour rappeler les malades à la vie. C'est là un fait constant que j'ai eu fréquemment l'occasion de vérifier.

Présentation.

M. *Baillarger* présente à l'Académie, de la part de M. le docteur Billod, médecin en chef de l'asile d'Angers, trois aliénés pellagreux. M. Billod a observé dans cet asile des cas assez nombreux de pellagre, et il a adressé à l'Académie un mémoire sur ce sujet. Ces cas de pellagre ont cela de remarquable, qu'ils surviennent chez des malades appartenant à des localités où la pellagre n'a jamais régné. La pellagre, en effet, est inconnue dans le département de Maine-et-Loire et dans les villages qui entourent l'asile. C'est donc l'aliénation mentale qui semble constituer une prédisposition à la maladie.

M. Baillarger fait remarquer qu'en Lombardie, ce sont les pel

greux qui deviennent aliénés; ici, au contraire, ce sont les aliénés qui sont atteints de pellagre.

Quant à l'érythème, il n'offre pas chez les trois malades les caractères complets de la pellagre de la Lombardie; mais ce n'est pas sur l'érythème seul que se fonde M. Billod pour établir le diagnostic de la maladie. Ces aliénés pellagreux ont en même temps des douleurs dorsales, un sentiment de brûlure à l'épigastre et des douleurs très fréquentes. M. Billod en a déjà vu succomber un assez grand nombre dans un état de marasme produit par la persistance et la gravité de l'affection intestinale.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 19 JUIN 1857. — PRÉSIDENCE DE M. DENONVILLIERS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Après la lecture d'un rapport fait par M. Baillarger, on procède à l'élection de M. Gros, comme membre résident.

A la majorité des voix, M. Gros est nommé membre résident de la Société.

M. *Baillarger* lit une note sur un fait curieux d'anatomie pathologique, ayant pour titre : *De la cause anatomique de quelques hémiplégies incomplètes chez les déments paralytiques.*

Dans les autopsies que M. Baillarger a faites depuis que son attention a été éveillée sur les faits qui font l'objet de cette note, il a toujours trouvé une atrophie plus ou moins complète d'un des lobes cérébraux, et, partant, une différence de poids assez sensible entre les deux hémisphères.

M. Baillarger termine sa communication par quelques considérations générales sur la valeur de ces altérations.

1re *conséquence*. — On a publié des faits qui tendraient à infirmer la loi générale de l'entre-croisement, des faits dans lesquels on rencontrait une lésion cérébrale dans l'hémiplégie. Tels sont les faits de MM. Leuret, Brierre de Boismont, Bayle, etc. Le fait publié par M. Bayle a été recueilli par l'autopsie d'un paralytique général. M. Baillarger a rencontré aussi deux faits qui viennent s'ajouter à ceux que l'on vient de rappeler; mais M. Baillarger ne connaissait pas encore alors cette lésion dont il vient d'entretenir la Société, l'atrophie d'un des hémisphères cérébraux. Peut-être dans ces cas y avait-il atrophie d'un des hémisphères cérébraux du côté opposé à la paralysie. Il y aurait eu, dans ce cas, deux causes de paralysie, et par conséquent ces faits n'auraient porté aucune atteinte à la loi de l'entre-croisement.

2e *conséquence*. — Un médecin distingué, M. Follet, a pesé séparément les deux hémisphères cérébraux dans les autopsies d'épileptiques qu'il a eu occasion de pratiquer, et il a trouvé des différences de 100 et 200 grammes, etc. On sait que dans l'épilepsie il y a prédominance de contraction spasmodique sur l'un des côtés du corps. M. Follet attribue l'épilepsie au défaut d'équilibre entre les deux hémisphères. M. Baillarger a pesé récemment les deux hémisphères d'un cerveau d'épileptique, et il a trouvé une différence de 32 grammes entre l'un et l'autre. Avec plusieurs auteurs (Bouchet), on pourrait dire que l'épilepsie est une hémiplégie convulsive. Or, ces convulsions entraînent après elles des congestions plus ou moins souvent répétées, suivant la fréquence des attaques. Ces congestions peuvent bien être le point de départ de l'atrophie de ces parties de l'encéphale. Ces différences de poids seraient dès lors l'effet et non la cause de l'épilepsie.

3e *conséquence*. — On connaît les congestions unilatérales, mais jusqu'à présent on n'a pas eu occasion de constater les désordres de cette congestion : on ne meurt pas d'une congestion unilatérale. Cette preuve anatomique, M. Baillarger la donne en décrivant les atrophies coïncidant avec une hémiplégie plus ou moins complète. Ne pourrait-on pas admettre que l'atrophie succède à la congestion?

M. *Bauchet* a écouté avec plaisir la communication si intéressante de M. Baillarger. Il rappelle le fait suivant, qui ne vient en rien confirmer les idées de M. Baillarger, mais qui offre un certains intérêt :

En 1852, M. Bauchet rencontra sur un cadavre apporté à l'École pratique une tumeur oblongue, comprimant l'un des deux hémisphères cérébraux. Cette tumeur avait laissé sur la substance cérébrale une dépression très considérable. Or, le cadavre était bien conformé, la roideur était également prononcée sur l'un et l'autre côté. L'autopsie avait été faite avec soin, la boîte crânienne n'avait pas été ouverte; ces deux considérations portent M. Bauchet à penser qu'il n'y avait aucun symptôme de paralysie pendant la vie.

Or, voici ce que les différentes pesées comparatives qui ont été faites ont donné comme résultat :

Hémisphère sain : 474 grammes; — *hémisphère comprimé :* 494 grammes.

Cervelet : côté sain, 175 grammes; — côté de la compression, 173 grammes. (*Bull. Soc. anat.*, 1852, p. 113.)

M. Bauchet se demanda alors, en présence de ce fait si surprenant, si normalement les deux hémisphères avaient le même poids. Il a fait dans le courant de la même année dix-huit pesées différentes avec des cerveaux recueillis tantôt à l'École pratique, tantôt dans les salles d'autopsie des hôpitaux. Voici le résumé de ces dix-huit expériences :

Jamais M. Bauchet n'a trouvé une différence dépassant 2 à 3 grammes. Deux fois il a trouvé une égalité telle, qu'il n'y avait pas de différence appréciable entre les deux hémisphères.

M. Bauchet se servait, pour pratiquer les coupes de cerveaux, d'un couteau à lame longue et large, sans épaisseur. Quand il avait détaché le cervelet et la protubérance annulaire, il plaçait le cerveau à plat sur une table de bois, et le partageait en deux d'un seul coup.

Les mêmes remarques ont été faites pour le cervelet, le bulbe et la protubérance. La différence la plus grande que M. Bauchet ait rencontrée est celle qui a été notée plus haut, et qui a servi de point de départ à des recherches ultérieures.

M. *Delasiauve* a fait des pesées comparatives des différentes parties symétriques du cerveau sur des épileptiques. En général, il n'a pas rencontré de différences notables entre les deux hémisphères cérébraux : quelquefois il a trouvé une inégalité de poids de 12 à 15 grammes, une fois de 40 grammes, et tout récemment (il y a huit à dix jours) de 80 grammes. Mais il y avait une tumeur et un ramollissement considérables du côté où le poids était le plus fort.

M. Delasiauve croit que M. Follet s'est trompé dans l'appréciation des faits qu'il a signalés. Il ne conteste pas les faits anatomiques, mais il pense qu'on s'est trop hâté d'en tirer des conséquences telles que celles que M. Follet a voulu en faire sortir.

M. *Bourguignon* rappelle un fait qui l'a assez surpris, et qu'il a observé chez un chapelier. Tout le monde sait que les chapeliers, à l'aide d'un mécanisme assez ingénieux, prennent la forme exacte de la tête. Or, un chapelier avait fait une collection de la forme de la tête de ses différents clients, et chez presque tous il n'y avait aucune symétrie entre l'un et l'autre côté.

M. *Camus* rapproche des convulsions des épileptiques les convulsions puerpérales, les convulsions vermineuses, etc. Peut-on admettre, dans tous ces cas, que, comme chez les épileptiques, il y a congestion unilatérale? Il rappelle cette grande question, qui préoccupe toujours en présence des recherches anatomo-pathologiques : Ces lésions anatomiques sont-elles la cause ou la conséquence des accidents que l'on a pu observer pendant la vie?

M. *Baillarger* a aussi fait des recherches avec l'instrument dont il a été question plus haut. Mais de ce qu'il y a des différences de forme entre les parties saillantes correspondantes de la tête, peut-on supposer ou conclure qu'il doit y avoir des différences dans le poids des diverses parties correspondantes de la masse encéphalique?

M. Baillarger rappelle l'autopsie de Bichat. Si l'hémisphère gauche était plus considérable que le droit au niveau de la base

frontale, par contre il était plus petit au niveau de la base occipitale : il y avait donc compensation.

M. *Delasiauve* cite un fait remarquable d'épilepsie. Un enfant avait un nombre prodigieux d'accès, jusqu'à 2000 par mois, 200 par jour. Plus tard les accès cessèrent complétement. Pneumonie ; saignée ; phlébite ; mort. A l'autopsie, on trouve dans l'un des hémisphères cérébraux une cavité correspondant à un ancien foyer hémorrhagique.

M. *Denonvilliers* explique comment peuvent se produire ces différences notables entre les différentes bosses du crâne de l'un et de l'autre côté. Elles tiennent à la manière dont se soudent les différents os, dont s'engrènent les diverses sutures. Il existe entre les sutures une lamelle cartilagineuse. Tant que cette lamelle n'a pas disparu, les os peuvent se développer. Or, on comprend que, si la lamelle disparaît à des époques variables d'un côté et de l'autre, à droite ou à gauche, il en résulte des variations dans la forme des diverses bosselures crâniennes symétriques. C'est encore de cette manière qu'on explique ces accroissements de la tête qu'on a notés aux différents âges de la vie, chez certains sujets, à une époque où le volume de la tête reste habituellement à peu près stationnaire.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SÉANCE DU 3 JUILLET 1857. — PRÉSIDENCE DE M. DENONVILLIERS.

Considérations sur la nature et le traitement du diabète, par M. Fauconneau-Dufresne.

Deuxième article. — Voir le numéro 25.

Messieurs, dans l'avant-dernière séance, après avoir tracé l'historique des idées que se sont faites les différents auteurs sur l'origine de la matière sucrée dans l'affection diabétique, j'ai montré dans quelles circonstances M. Bernard était arrivé à la découverte de la glycosurie hépatique, et j'ai cherché à établir comment il me paraissait résulter de ses divers phénomènes que le siége du diabète devait être dans le foie et que la nature de cette affection consistait dans une exagération de la sécrétion saccharine de cette glande. Pour fortifier ma démonstration, j'ai mis en regard de ces phénomènes les causes et les symptômes de la glycosurie, puis j'ai fait voir leurs relations. J'ai annoncé qu'il me restait à poursuivre ce rapprochement entre l'anatomie normale du foie et l'anatomie pathologique du diabète, et à m'occuper enfin du traitement de cette affection.

C'est cette tâche que je vais remplir aujourd'hui, et pour laquelle je sollicite de vous la même indulgence que vous avez bien voulu m'accorder pour ma première lecture.

J'ai dit que les anciens médecins ayant trouvé, à l'ouverture des cadavres appartenant aux diabétiques, des *altérations* dans les poumons et dans les reins, en avaient conclu que le siége de la maladie devait être dans ces organes. Comme on n'avait alors aucune idée de la sécrétion du sucre par le foie, l'attention n'avait été que peu fixée sur les lésions que pouvait présenter ce dernier organe ; on avait seulement quelquefois remarqué qu'il était notablement hypertrophié. Mais, avant de parler des altérations qui sont propres au diabète, je dirai quelques mots de l'organisation et de l'action du foie ; car les phénomènes morbides, ainsi qu'on l'a déjà vu, ont bien souvent leur représentation dans les phénomènes normaux.

Cette glande, qui est l'organe le plus volumineux et le plus pesant du corps humain, et qui, à elle seule, offre une masse plus considérable que celle qui résulterait de toutes les autres glandes réunies, ne pouvait se borner à sécréter une assez petite quantité de bile ; la physiologie nouvelle est venue déterminer le supplément des fonctions qu'on devait naturellement lui soupçonner. Si l'on examine le tissu hépatique avec attention, on découvre facilement, même à l'œil nu, qu'il est constitué par une agglomération de petites masses appelées lobules ou granulations : ces lobules forment autant de petits foies. Les veines portes, qui y pénètrent de toutes parts, y fournissent les éléments des sécrétions ; l'artère hépatique est destinée à les nourrir, et le surplus de son sang se joint à celui des veines portes ; des filets nerveux de la vie animale et de la vie organique y apportent l'animation qu'ils puisent aux centres nerveux. Le microscope apprend que ces lobules eux-mêmes sont composés de cellules nombreuses d'où reviennent deux ordres de vaisseaux, les conduits biliaires et les veines sus-hépatiques : ce sont ces dernières qui conduisent dans le torrent circulatoire le sucre fabriqué par le foie.

Lorsque le foie fonctionne, c'est-à-dire lorsque, un certain nombre d'heures après le repas, il est pénétré par les sucs alimentaires absorbés par les veines mésaraïques et charriés dans son sein par les veines portes, il se congestionne, se gonfle, s'arrondit, se réchauffe et prend un aspect tout nouveau, aspect que l'on peut facilement constater en tuant subitement un animal en pleine digestion.

Rapprochons maintenant de cet état physiologique les lésions qui caractérisent la glycosurie. Je vais m'appuyer, à cet égard, d'une autorité que personne assurément ne voudra récuser. On se souvient qu'il y a vingt mois environ M. le professeur Andral, qui n'a pas coutume de rompre son silence pour des choses légères, fit une communication à l'Institut au sujet de l'altération qui paraissait être le caractère anatomico-pathologique du diabète. D'après cinq ouvertures de corps, faites avec le plus grand soin, il a reconnu une lésion toujours la même. C'était une coloration d'un rouge-brun tellement prononcé, que le foie, au lieu de présenter l'apparence de deux substances qu'on remarque habituellement, l'une jaune et l'autre rouge, n'offrait plus, dans toute son étendue, qu'une teinte rouge parfaitement uniforme. Il y avait tous les caractères d'une hypérémie fort intense et d'un autre aspect que les hypérémies ordinaires, hypérémies qui, sous l'influence de causes très diverses, se produisent si facilement et si fréquemment dans cet organe. En général, ajoute-t-il, chez les diabétiques le foie se fait remarquer par la très grande quantité de sang qui, partant, gorge son tissu. La constance de ce fait est la preuve de son importance, et, le foie sécrétant du sucre, il est logique d'admettre que son hypérémie, chez les diabétiques, est le signe anatomique d'une suractivité développée dans sa fonction glycogénique.

M. Andral ne s'en tient pas là. Voici les explications dans lesquelles il a cru devoir entrer : « Toute congestion hépatique n'est pas suivie d'une augmentation dans la production du sucre ; son effet le plus fréquent est sans doute de répandre dans toutes les parties de l'organisme les matériaux de la bile. Cependant on trouvera la raison de ce que ces faits paraissent avoir d'étrange dans la différence du siége de la congestion ; car il serait possible que, suivant que tel ou tel élément anatomique du foie, que tel ou tel ordre de vaisseaux capillaires de cet organe sera plus spécialement congestionné, il survint tantôt une altération de la sécrétion du sucre, tantôt une modification de telle autre action organique, dont le foie pourrait être encore l'instrument. On ne peut pas dire que la nourriture substantielle et fortement azotée qu'on donne aux diabétiques soit la cause de cette hypérémie, attendu qu'elle existait sur des sujets dont l'alimentation n'avait rien eu de particulier. »

Ainsi, d'après M. Andral, le siége du diabète est fixé dans le foie, et la cause de cette affection est une hypérémie d'un aspect tout particulier. Nous ferons remarquer ici que cette hypérémie ne peut même donner qu'une faible idée de celle qui devait exister pendant la vie, puisqu'il est reconnu que l'agonie fait disparaître le sucre du foie, même chez les diabétiques ; et bien que ceux-ci meurent souvent subitement, cela n'a pas dû avoir lieu dans les cinq cas rapportés par M. Andral. Relativement à la lésion anatomique du diabète, il est très fréquent, actuellement qu'on y porte une attention toute particulière, de rencontrer une augmentation dans le volume du foie.

Une chose fort remarquable, et que nous devons constater, c'est que, dans d'autres altérations hépatiques, la sécrétion saccharine n'est pas interrompue. Dans les foies à dégénération fibreuse des animaux de boucherie, dans ceux qui contiennent des kystes simples ou hydatifères, dans le cancer lui-même, tant que ces al-

rations n'ont pas envahi tout l'organe, il n'y a qu'une diminution proportionnelle dans la sécrétion. Bien plus, c'est que, dans l'hépatodémie ou foie gras, affection dans laquelle les cellules hépatiques se chargent tellement de graisse qu'on aurait dû supposer la production du sucre tout à fait interrompue, cette sécrétion semble, au contraire, avoir augmenté. Nous en verrons plus loin la cause.

Ne quittons pas ce sujet sans noter les altérations autres que celles du foie qui se rencontrent dans le diabète. La plus remarquable est, sans contredit, celle qui existe dans les *poumons*. Fréquemment les glycosuriques succombent à la phthisie pulmonaire, et l'on constate, conséquemment, les lésions propres à cette affection. On peut en trouver une explication assez plausible dans l'immense travail auquel sont soumis les poumons pour détruire tout le sucre qui se présente à eux. Ce qui prouve bien que le siége du diabète n'est pas dans ces organes, c'est que, si la mort ne survient que lorsque la phthisie est parvenue à sa dernière période, les symptômes glycosuriques disparaissent. Quant aux *reins*, il est positif, quand le diabète dure longtemps, que ces deux glandes sont hypertrophiées et que leur substance paraît plus vasculaire. Cela s'explique par l'excès de la fonction excrétoire de l'urine. C'est bien là la cause; car, chez les diabétiques qui ne sont pas polyuriques, cette augmentation de volume des reins n'a pas lieu; et, en outre, quand on enlève un rein sur un chien, ce dont ce dernier se rétablit parfaitement, l'autre rein s'hypertrophie. On ne peut donc pas admettre que les reins éliminent le sucre parce qu'ils sont malades. On sait d'ailleurs qu'à l'état normal, ces organes laissent facilement passer le sucre, quand il y en a une assez grande quantité dans le fluide sanguin.

On a dit aussi que le siége du diabète était dans l'*estomac*, et nous avons parlé déjà, sous ce rapport, de l'opinion de Rollo. Pour justifier cette manière de voir, on a signalé chez les diabétiques une hypertrophie des membranes de ce viscère. Il est vrai que, chez ceux qui ont montré un appétit extraordinaire, les parois sont plus épaisses qu'à l'état normal et les villosités plus visibles. Cette hypertrophie ne dépend que de l'excitation des voies digestives. Chez les malades qui n'ont pas eu l'appétit exagéré, on ne trouve pas cette altération, tandis qu'on l'observe dans les cas de polydypsie pure et simple. On a encore invoqué le *pancréas* pour y placer le diabète. Dans cette maladie, on trouve quelquefois cette glande extrêmement petite, sans autre altération; mais cette atrophie ne paraît coïncider qu'avec une circonstance du diabète, signalée par les auteurs, savoir la présence de matières grasses dans les selles.

Voici le moment de m'occuper de la théorie de M. Mialhe, sur laquelle j'ai annoncé que j'aurais à revenir. Avant la découverte de la glycogénie, ce savant chimiste avait supposé que le siége du diabète devait être dans le *sang* et que ce fluide, par défaut d'alcalinité, ne détruisant plus les matières saccharines, celles-ci passaient dans les urines. Dans ses discussions avec M. Bouchardat, et depuis, il lui a été prouvé que le sérum du sang d'un diabétique est alcalin comme le sérum ordinaire, et qu'il réduit très abondamment la liqueur cupro-potassique; que, d'une autre part, une liqueur plus alcaline que le sang ne décompose pas le glycose.

M. Mialhe, il est vrai, a modifié sa doctrine, et voici comment il l'a exposée, cette année, devant la Société d'hydrologie : La destruction par oxydation du sucre, dans l'économie animale, ne peut se faire que sous l'influence des alcalis. Il a fait voir qu'en chauffant le glycose avec une certaine quantité d'alcali, sa décomposition était instantanée. Ce phénomène se produit à toutes les températures, tandis qu'avec les acides il faut une température élevée. Si les acides et la température pouvaient à eux seuls déterminer cette oxydation, il s'ensuivrait que tous les sucres devraient être également décomposés et détruits, tandis que cela n'a lieu que pour ceux qui acquièrent, en présence des alcalis, la propriété d'absorber l'oxygène; on sait, en effet, que le sucre de canne, injecté dans les veines, n'est pas décomposé et est entièrement éliminé par les urines. M. Mialhe trouve, dans certaines préparations minérales, une série de phénomènes qu'il regarde comme identiques. Le plomb, par exemple, ne peut passer à l'état de carbonate que quand il a été préalablement oxydé. Si l'on objectait, ajoute-t-il, qu'il est difficile de comprendre ces phénomènes de combustion s'effectuant dans l'économie à une basse température, il répondrait par l'existence même de ces phénomènes : ainsi le noir de platine alcalisé transforme à la température ordinaire le glycose en eau et en acide carbonique, de même qu'on voit cette transformation dans l'organisme; le noir de platine n'exerce aucune action sur le sucre de canne, la gomme et la mannite, de même aussi l'organisme n'exerce aucune action sur ces substances.

C'est M. Leconte, préparateur de M. Bernard, agrégé de la Faculté de médecine, et dont on connaît toute l'habileté en chimie, qui s'est chargé de réfuter les arguments de M. Mialhe : ceux-ci ne reposent que sur des analogies extrêmement éloignées. L'expérience invoquée par lui n'a jamais été réalisée dans le sang. Prétendre que le glycose ne réduit pas l'oxyde de cuivre dans les liqueurs acides, c'est se mettre en opposition avec tous les livres de chimie, qui conseillent, pour obtenir le sous-oxyde de cuivre, de faire bouillir, avec du glycose, une solution d'acétate de cuivre, dont la réaction est *très nettement acide*. Quant à l'argument qui consiste à dire que les sucres décomposables par les alcalis sont seuls détruits dans l'économie, tandis que le sucre de canne, qui résiste à l'action des oxydes alcalins, est éliminé en totalité par les urines, lorsqu'on l'injecte dans la veine jugulaire, cet argument est plus spécieux que solide. En effet, quand on veut changer le glycose en sucre de canne, on fait bouillir, pendant quelques instants, sa solution avec un peu d'acide; et, pour obtenir ce même résultat dans l'organisme, il suffit d'injecter ce sucre dans le foie par la veine porte, et alors il ne passe plus par les urines. Qui oserait dire que le sang de la veine porte est acide? M. Leconte ne peut admettre les analogies qui vont chercher leurs preuves dans la chimie minérale pour les appliquer aux fonctions des animaux : M. Mialhe a comparé la destruction du glycose dans l'économie avec la fabrication de la céruse; mais les conditions, au lieu d'être identiques, sont opposées. Il compare encore l'action comburante du sang à celle du noir de platine alcalisé; ce n'est qu'une nouvelle hypothèse, car si l'on injecte dans le sang d'un animal du sesquioxyde de fer, il y a désoxydation instantanée. Enfin, ce qui finirait d'anéantir la doctrine de l'oxydation par les alcalis, c'est qu'il paraîtrait résulter d'expériences de M. Bernard que ce n'est pas par oxydation que se détruit le sucre, mais par un effet de fermentation.

On comprend que je n'ai pas pu entrer dans le détail des expériences qui prouvent ces assertions; mais ce que j'en ai dit montre suffisamment que la théorie de M. Mialhe, malgré les modifications qu'il y a apportées, ne peut plus se soutenir. Battue en brèche dans tous les sens, elle ressemble à un dernier vestige des temps féodaux, tandis que la glycogénie, comme une ère nouvelle, apparaît sur la scène du monde scientifique pour coordonner et expliquer tous les faits.

J'aborde maintenant les *considérations* que j'ai annoncées ***sur le traitement du diabète.*** C'est avec raison que l'on considère généralement ce sujet comme enveloppé dans une profonde obscurité. Pour parcourir ce labyrinthe, prenons encore la physiologie comme notre fil d'Ariane. Occupons-nous d'abord du *régime*, auquel on attache aujourd'hui une très grande importance. Il ne faut pas perdre de vue que le foie est sans cesse parcouru par le sang de la veine porte, et que ce sang acquiert des éléments très variables suivant la nature des sucs alimentaires qui sont absorbés dans le canal digestif.

Les substances absorbées dans les voies digestives sont de trois ordres, quelle que soit la variété de l'alimentation : 1° les matières grasses à l'état de division extrême; 2° les matières albuminoïdes; 3° les matières féculentes et sucrées absorbées à l'état de dissolution.

Prenons un point de comparaison, et voyons quel est l'effet d'une abstinence complète. D'abord, ainsi que nous l'avons déjà dit, la production du sucre dans le foie continue à avoir lieu aux dépens des matériaux du sang, et elle décroît ensuite progressivement à mesure que le liquide sanguin diminue de quantité, car ce liquide

ne se sépare plus ; elle finit par disparaître quelques jours avant la mort.

Que produit maintenant l'alimentation par les matières grasses? On sait que Rollo recommandait d'en donner aux diabétiques, que Thénard et Dupuytren conseillaient de leur faire manger du lard. Les substances grasses ne passent pas par le foie ; elles sont émulsionnées par le suc pancréatique et absorbées exclusivement par les chylifères, qui les versent dans le canal thoracique, d'où elles vont dans la circulation générale. Ainsi le régime préconisé par ces auteurs équivalait, relativement au foie, à l'abstinence. On s'explique donc comment il en résultait la diminution du sucre, puisque ce régime ne sert en rien à sa production.

Il n'en est pas de même avec l'alimentation au moyen des matières albuminoïdes, azotées, avec la gélatine ; le sucre du foie se maintient alors dans ses proportions normales.

Quant aux matières féculentes et sucrées, qui proviennent du dehors, quoique la production du sucre hépatique soit indépendante de la nature de l'alimentation, nous devons néanmoins en faire la part. Que devient donc le sucre ingéré dans l'alimentation? Il est absorbé par les radicules mésaraïques, car on en rencontre dans la veine porte ; cependant il n'y en a pas davantage au delà du foie. En effet, le sucre venu des aliments ne s'ajoute pas, dans cette condition, au sucre hépatique ; il est changé dans le foie en une autre matière, en une sorte de *substance émulsive*. La même quantité de sucre, introduite dans l'organisme par toute autre voie, entre, au contraire, dans la circulation générale et est éliminée en partie par les urines. Ainsi, à l'*état normal*, la proportion du sucre hépatique, en général très peu variable, n'est pas augmentée par les matières saccharoïdes qu'on peut ingérer ; c'est le sucre fabriqué par le foie qui seul apparaît dans le sang des veines sus-hépatiques.

La matière émulsive dont il vient d'être question passe, avec le sucre hépatique, dans le sang, et, quand elle a été abondamment produite, communique à ce fluide une teinte blanchâtre. On avait cru assez longtemps que cette apparence était nécessairement due aux matières grasses, mais elle provient aussi des féculents seuls ; cela se voit dans le sang des oies dont on engraisse le foie et surtout dans cette glande elle-même. Il existe une maladie dont un des caractères principaux se tire des urines, qui sont dites *chyleuses*, parce qu'elles ont une teinte blanchâtre comme si on les avait mêlées à du lait ; cette affection, rare dans nos climats, est propre aux pays chauds et pourrait peut-être dépendre d'un excès d'alimentation saccharine ou féculente.

Si nous appliquons toutes ces données à la question du régime à imposer aux diabétiques, qu'en résultera-t-il? Les matières grasses devront être recommandées, puisqu'elles nourrissent les malades sans fournir aucun élément à la production du sucre hépatique. On devra recommander aussi les matières albuminoïdes, c'est-à-dire la nourriture azotée, attendu qu'en en faisant usage, le sucre du foie se maintient dans les conditions normales. Il semblerait, enfin, qu'on dût autoriser les matières féculentes ou sucrées, puisque la proportion du sucre hépatique n'en est nullement augmentée. Mais, ici, ce qui se passe dans l'état normal diffère essentiellement de ce que l'on constate chaque jour dans l'état pathologique. Dans le diabète, la faculté de changer le sucre alimentaire en matière lactescente paraît manquer complétement au foie, car aussitôt qu'on laisse prendre aux glycosuriques des matières sucrées ou féculentes, le sucre de leurs urines augmente immédiatement. Il semblerait que, dans cette circonstance, les matières amylacées et saccharoïdes deviendraient un excitant du foie ; cela même est d'autant plus probable, que la quantité de sucre qui alors s'échappe au dehors n'est nullement en proportion avec la quantité de ces mêmes matières qui ont pu être ingérées. Il faut donc proscrire, autant que possible, l'introduction de ces substances dans le régime des diabétiques et rendre un hommage mérité à la sagesse des conseils donnés à cet égard par M. Bouchardat.

Après m'avoir entendu combattre, avec autant d'arguments, et vous ajoutez peut-être avec autant d'ardeur, la théorie de M. Mialhe, vous devez être impatients, messieurs, de recevoir mes explications sur le traitement alcalin, qui est presque le seul en usage aujourd'hui. Le bon effet du carbonate de soude contre les symptômes diabétiques a été, selon toute apparence, l'origine de la célèbre doctrine contre laquelle je me suis élevé. Cette [illegible] une fois produite et soutenue par la capacité et la [illegible] scientifiques de son auteur, a rapidement donné aux eaux de Vichy une renommée pour la guérison de tous les cas de diabète, et [illegible] renommée va toujours en s'accroissant ; de toutes les parties [illegible] France, et même de toutes les parties du monde, on s'y rend à l'envi. M. Barthez, médecin de l'hôpital militaire de cette [illegible] thermale, qui n'avait soigné que 1 diabétique en 1850, 2 en 1851, 5 en 1852, en avait eu 21 en 1855, bien plus sans doute en [illegible] car M. Alquié, nouveau venu parmi les médecins de Vichy, [illegible] cet hiver à la Société d'hydrologie que 30 de ces malades s'[illegible] présentés à lui : tout cela prouve, d'une part, que le di[illegible] une maladie extrêmement commune ; et, d'une autre part, [illegible] glycogénie est une fonction capitale, puisque chaque jour [illegible] trouve des manifestations nouvelles sous le rapport physiol[illegible] et sous le rapport pathologique.

Constatons d'abord les effets des eaux de Vichy sur les d[illegible]tiques, ces eaux représentant le traitement alcalin par ex[illegible] Ceux qui s'y soumettent le suivent avec d'autant plus de r[illegible] qu'ils font dans ce but un voyage dispendieux. Par les cons[illegible] médecins et l'imitation les uns des autres, ils boivent p[illegible] verres et prennent un bain pendant une période qui varie d[illegible] à quarante jours. Sous cette influence, on voit le plus s[illegible] disparaître le sucre des urines. Si l'on consulte l'ouvrage d[illegible] regrettable collègue le docteur Petit, on y trouve onze o[illegible]tions. Presque toujours la maladie datait de plusieurs a[illegible] chez tous les malades l'urine contenait beaucoup de sucre [illegible] plupart prenaient six ou huit verres d'eau. Petit vit dispar[illegible] sucre dans un espace de sept à quinze jours, chez cinq pers[illegible] chez trois, ce ne fut qu'au bout d'un mois qu'une teinte [illegible] n'apparut plus, en chauffant l'urine avec de la potasse. [illegible] résultats publiés par M. Durand-Fardel, le sucre aurait en [illegible] cessé de se manifester dans l'urine dès le sixième jour. Il fa[illegible] marquer que l'ouvrage de Petit a été publié en 1850, tandis que les *Lettres sur Vichy* de M. Durand-Fardel ne l'ont été [illegible] 1855. On pourrait supposer, pour expliquer la différence de [illegible] résultats, que la renommée que ces eaux avaient acquise entre les deux publications y avait appelé des malades atteints dep[illegible] longtemps du diabète et que, dans le dernier cas, l'act[illegible] des eaux devait être plus rapide. Cependant, voici le résumé [illegible] note qui m'a été fournie par M. Barthès : sur 54 diabétiques, [illegible] 27 fois le sucre disparaître complétement ; dans les deux tiers [illegible] cas vers le dixième jour du traitement, dans l'autre tiers [illegible] vingtième jour. On voit que les résultats se rapprochent davantage de ceux de Petit.

Ces succès, quoique fréquents, ne sont pas constants. Sur les 54 malades de M. Barthès, 16 n'avaient obtenu qu'une dimin[illegible] de sucre plus ou moins notable, et 11 étaient restés dans le m[illegible] état ou à peu près. La plupart des malades de Petit avaient [illegible] des récidives et étaient venus plusieurs années de suite à Vichy. Deux même étaient morts, l'un à ces bains, l'autre peu après [illegible] avoir quittés. M. Durand-Fardel avoue aussi que l'action du traitement thermal n'est pas persistante ; que le sucre, après avoir disparu des urines, y revient de nouveau, quoiqu'en moindre p[illegible]portion, quelques mois après qu'on a cessé l'usage des eaux.

Quoi qu'il en soit du sucre urinaire, les diabétiques, en g[illegible] éprouvent du soulagement par le traitement qu'on leur fait [illegible] à Vichy ; ils cessent d'être tourmentés par une soif ardente, et l'on voit aussi les autres symptômes s'amender ; la sécheresse de la peau, en particulier, diminue ; cette amélioration toutefois, [illegible] dire même de M. Durand-Fardel, ne dépasse pas une cert[illegible] mesure.

Mais comment agissent les eaux alcalines pour améliorer les symptômes du diabète? D'après ce que nous avons dit de la th[illegible] de M. Mialhe, il est inutile de traiter la question de leur spécifi[illegible] Puisque le sang n'a pas perdu de ses qualités, puisqu'il ne p[illegible] pas détruire même le sucre par oxydation ou combustion, il faut une autre explication. Celle-ci est encore à trouver. Toutefois.

s'en faire une idée, cherchons, suivant la méthode que nous mise en pratique dans le cours de ce mémoire, s'il y aurait, la physiologie et dans la pathologie, quelques rapprochements ablir. On remarque une grande quantité de sucre dans les des diabétiques, dont les fonctions digestives sont très ncitées; mais si, par une cause quelconque, il survient un ngement dans ces fonctions, le sucre disparaît pendant tout le ps que dure le trouble. Aussitôt qu'un diabétique est pris de la re, il cesse d'avoir du sucre dans ses urines; dès que la fièvre passée, le sucre y revient. Si l'on porte quelque perturbation l'organisme par une médication énergique, le diabète dispa- jusqu'à ce que cette perturbation soit dissipée; il peut même rer qu'à la suite le malade ne présente plus le symptôme propre glycosurie. Magendie assurait avoir vu le diabète disparaître s une grande émotion morale. M. Bernard cite, dans ses le- , un malade atteint d'un diabète extrêmement rebelle: on ya sur lui un bon nombre de médicaments, et il arrivait que diminuaient, pendant les premiers jours, le sucre des urines, i que les autres symptômes. Au bout de ce temps, l'habitude remède laissait revenir l'affection à son intensité première. s ces faits expliquent les succès qu'on dit avoir obtenus par opiacés, les évacuants, les astringents, les toniques, les ferru- eux, les acides, etc. Dans la discussion qui a eu lieu à la So- té d'hydrologie, j'ai cité des observations de cette nature: c'est Rostan qui traite un diabétique par l'iodure de fer et le régime imal et qui obtient la guérison en six semaines; c'est un autre , tiré de la *Gazette médicale* de 1841, où l'opium uni au fer érit sans rechute un cultivateur âgé de cinquante ans; c'est un ccès qui s'est maintenu et que le professeur Combes, de Tou- se, a dû à la gentiane mêlée au vin de Bordeaux; c'est un tre succès par l'opium et le tannin qu'on trouve encore dans la *azette médicale* de 1842, etc. Des modificateurs d'une autre pèce ont également amené des guérisons: on lit, en effet, que docteur Keith a vu guérir six cas de diabète par le séjour seul s malades dans des climats chauds.

Il est assez difficile aujourd'hui de comparer l'efficacité des an- iens traitements avec ceux par les eaux de Vichy, car ces der- iers, par une sorte de mode ou d'engouement, sont presque clusivement employés. Cependant voici un fait qui ne donnerait s le dessus aux alcalins. Le docteur Soulé traite un diabète grave r le colombo, le vin de gentiane et l'iodure de fer; en douze urs, le sucre avait disparu des urines. Le malade cesse le trai- ment et le sucre revient. Il fallut l'usage, pendant quatre mois, l'eau de Vichy transportée, pour obtenir le même résultat.

Que conclure de tout ce qui précède? c'est que les eaux de ichy, de même que la plupart des médicaments, n'agissent sur la crétion exagérée du sucre hépatique qu'en y apportant une mo- fication, une surprise, une perturbation, d'où résulte un arrêt omentané ou plus ou moins durable dans cette sécrétion. La emière saison de Vichy est toujours plus efficace que les sui- ntes, et rien n'est plus commun que de rencontrer des faits mblables à celui que me rapportait récemment un de mes jeunes nfrères et ami, M. le docteur Alfred Grimaud: une de ses pa- ntes fut envoyée à Vichy en 1850, par Valleix. Elle y retourna s trois années suivantes. A chaque saison le sucre disparaissait s urines, mais se remontrait de plus en plus promptement. Elle nit par succomber. Au lieu donc de retourner à Vichy plusieurs nées de suite, un diabétique ne ferait-il pas mieux d'aller aux ins de mer, à d'autres eaux termales puissantes, comme celles Luchon, par exemple, et d'intercaler entre ces traitements ndaires des médications intérieures de nature à produire sur la crétion hépatique des modifications ou des perturbations?

Des observations pathologiques viennent encore à l'appui de cette méthode perturbatrice. On sait qu'il existe des *diabètes alternants*, c'est-à-dire se succédant par accès avec les symptômes d'une utre maladie, particulièrement avec des attaques de goutte ou de humatisme. On voit quelquefois des goutteux dont l'urine con- tient beaucoup d'acide urique, présenter tout à coup une nouvelle urine chargée de sucre. Voilà donc un accès de goutte changé en un accès de diabète. M. Rayer rapporte un certain nombre de ces cas.

J'ai examiné, relativement à la thérapeutique du diabète, les deux questions principales, le régime et les moyens perturbateurs dans lesquels j'ai cru devoir comprendre le traitement alcalin. Mais là ne se bornent pas les ressources de la médecine. Les di- verses circonstances de la maladie présentent des indications qu'un praticien attentif ne saurait négliger. Je serais entraîné bien au delà des bornes que nos habitudes doivent m'imposer, si je cher- chais même à les passer en revue. Je dirai seulement quelques mots de celles qui concernent le système nerveux, les fonctions de la peau, et quelques principes qui, en même temps que le sucre, peuvent se rencontrer dans les urines.

Nicolas et Gueudeville avaient considéré que le tempérament musculaire était une prédisposition au diabète; mais il paraît, au contraire, bien établi que cette prédisposition est plutôt propre au tempérament nerveux. Nous avons dit que cette affection se déve- loppait assez souvent à la suite des névroses, des lésions variées du centre cérébro-spinal. Les symptômes sont aussi divers que les manifestations elles-mêmes de ce système; tantôt ce sont des dé- sordres de sensibilité ou de mouvement, tantôt des désordres intellectuels. Le plus souvent ces troubles portent sur les viscères intérieurs ou sur les organes génitaux; au commencement de la maladie, ces derniers sont fréquemment exaltés dans leur action, mais, à une période plus avancée, leurs facultés s'abolissent com- plétement. On remarque aussi des lésions de la vue: on a signalé la cataracte comme un symptôme pouvant dépendre du diabète, et l'amaurose, ainsi que cela se voit aussi dans l'albuminurie. Dans l'harmonie générale des fonctions, le foie se trouve lié aux autres organes, de sorte que l'un d'eux recevant une excitation, celle-ci se transmet à la glande hépatique; cette excitation est parfois transmise par action réflexe. Or, dans ces actions sympathiques, il peut se présenter deux circonstances qui deviendront des causes de diabète: ou bien les organes en connexité avec le foie reçoivent des impressions plus vives et les lui transmettent, ou bien ces impressions restant normales, le foie est devenu plus excitable et sécrète davantage. Dans ce dernier cas, les sucs alimentaires, absorbés dans l'intestin et charriés par la veine porte, réagissent d'une manière plus énergique et produisent le diabète. Ainsi les mêmes effets pourraient résulter d'un liquide plus excitant ou d'un foie plus excitable. Il suffit de ces données pour que l'homme de l'art soit à même de reconnaître les cas dans lesquels il aura à employer les calmants et les antispasmodiques, avant d'avoir recours aux moyens perturbateurs.

Les fonctions de la peau ont constamment fixé l'attention des médecins, et avec d'autant plus de raison que personne n'ignore aujourd'hui que leur cessation entraîne la mort par une sorte d'as- phyxie. L'apparition du diabète a souvent coïncidé avec un refroi- dissement du corps, et, après la suppression de la transpiration, on a vu la peau devenir rude et écailleuse. Cependant, la sueur ne cesse pas de se manifester chez tous les diabétiques. Je ne m'arrêterai pas aux théories qui ont été faites à ce sujet, à celle surtout qui consiste à dire que l'acide qui, à l'état normal, constitue un des principes de cette sécrétion, resterait dans le sang, lequel, deve- nant alors moins alcalin, ne détruirait plus le sucre; mais je me bornerai à constater les heureux effets des bains alcalins. Ma pra- tique, dans laquelle je les prescris constamment, me montre chaque jour leur puissance sur le rétablissement des fonctions des viscères abdominaux; ce n'est pas seulement une augmentation de la trans- piration qu'ils produisent, c'est encore sa régularisation, ou pour mieux dire son retour à l'état normal. Dans le traitement du diabète par les eaux de Vichy, je serais porté à penser que les bains ont une action plus favorable que la boisson.

Il me reste à dire deux mots de quelques principes rencontrés quelquefois dans les urines des diabétiques. Nous avons vu, dans quelques cas de diabètes alternants, l'*acide urique* venir brusque- ment prendre, dans les urines, la place du sucre. Cet acide est, en général, en petite proportion dans l'urine des glycosuriques; mais on l'y constate, dans quelques cas, en quantité suffisante pour qu'il y forme des dépôts cristallins. On avait pensé que l'*urée* n'existait

plus dans l'urine de ces malades, et l'on se rappelle que Vauquelin et M. Ségalas avaient eu, en raison de cela, la pensée de l'administrer; le succès n'a pas répondu à cet essai. On sait actuellement, d'après les recherches de M. Lehmann, que la proportion de cette substance est seulement un peu moindre. Quant à l'*albumine*, elle apparaît assez souvent dans l'urine dans la dernière période du diabète. Loin d'être un symptôme favorable, comme le supposaient Dupuytren et Thenard, sa présence est considérée par M. Rayer comme un signe des plus graves. Son expérience clinique semble être confirmée par la physiologie expérimentale; car, dans la piqûre aux éminences olivaires pour déterminer le diabète artificiel, si l'on produit des désordres assez graves pour faire mourir l'animal, on voit l'albumine apparaître avec le sucre dans l'urine. Cela d'ailleurs s'explique, car à la déperdition du sucre, déjà nécessaire à la nutrition, vient se joindre celle de la matière azotée, qui lui est indispensable. La présence des deux premières substances dans l'excrétion urinaire ne présente pas d'indications thérapeutiques particulières. L'arrivée de l'albumine seulement, annonçant une décomposition plus grande de l'économie, paraîtrait exiger une médication tonique et astringente plus active.

J'ai à vous demander pardon, messieurs, de la longueur de cette dissertation; je n'ai pourtant fait qu'effleurer le sujet. Si la Société pouvait y trouver les bases d'une discussion pour nos séances estivales, ordinairement peu chargées, je serais heureux de les avoir posées. Elle ne ferait probablement que devancer l'Académie, car, avec les dispositions que l'on connaît à ce corps savant, la bombe ne peut tarder d'éclater. Dans le rapprochement des faits normaux et pathologiques auquel je viens de me livrer, on a pu constater les services rendus par l'expérimentation. Celle-ci, pourtant, présente encore une lacune : jusqu'à ce jour on n'a pu produire, chez les animaux, qu'un diabète passager, jamais continu comme il est si fréquent chez l'homme. Il ne serait pas impossible même que cette affection n'existât pas chez les animaux. Le diabète que les vétérinaires signalent chez les chevaux qui ont mangé de la luzerne fraîche ou de l'avoine altérée, n'est que temporaire. Le cas persistant que M. Leblanc a constaté sur une chienne n'a pas été suivi avec tous les soins qu'il méritait. Au demeurant, la science, qui n'est jamais à bout de recherches, est à présent riche de faits, de découvertes, je dirais presque de merveilles. En les énumérant pour mon argumentation, j'aurais dû, si je n'avais craint d'être fastidieux, citer M. Bernard à chaque page. Je n'ai été, en effet, que l'écho du Collége de France et je ne puis réclamer que la mise en scène. Chacun de vous, en me voyant dérouler des choses, curieuses il est vrai, mais qui se trouvent dans nos recueils et même dans les ouvrages récents, a dû dire de moi : *Doctus cum libro.*

Société médicale allemande de Paris.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1856. — PRÉSIDENCE DE M. MEDING.

Considérations sur les appareils électro-faradiques, présentées par M. le docteur KNAPP.

M. le docteur Knapp met sous les yeux de la Société l'appareil de M. Dubois-Reymond, et ajoute les remarques qui suivent :

La force électro-motrice qui produit le courant inducteur provient d'une pile constante dans tous les appareils dont on se sert à présent. Les piles diffèrent essentiellement les unes des autres, abstraction faite de leur forme, par les substances chimiques qui servent à leur composition. Dans plusieurs appareils on emploie des piles sans diaphragme. M. Knapp n'ose décider si cette simplification augmente ou diminue la force du courant, les deux manières de voir ayant trouvé des défenseurs. On n'a pas encore réussi à éviter complétement la polarisation ni à construire des piles dont la force ne diminue pas au bout de quelques heures d'action. Pour re-dier à cet inconvénient, on a essayé divers moyens. Com-ment on emploie un sel dont le radical forme un des élé-ments de la pile (Daniel), ou bien on entoure l'élément négatif d'une sub-stance riche en oxygène pour en enlever l'hydrogène, cause de la polari-sation. Pour conserver la force et la constance du courant, on se sert avantageusement de l'acide azotique (pile de Bunsen et ses nombreuses modifications). Ces piles, cependant, présentent beaucoup d'inconvénients ; voilà pourquoi on a cherché à substi-tuer une autre substance à l'acide azotique, ou du moins à neutrali-quer les vapeurs de bioxyde d'azote qu'elles répandent, ce qu'ont fait avec succès MM. Duchenne et Legendre et Morin.

M. Stöhrer, mécanicien à Leipzig, a construit un appareil dont la pile a la même forme que celle de M. Duchenne. Dans des auges de plomb, de verre ou de porcelaine se trouvent des lames de char-bon et de zinc, séparées par une bande de feutre grossier servant de diaphragme. Pour charger la pile, on imprègne le charbon d'un liquide composé d'une partie d'acide sulfurique et de deux parties d'eau ; ensuite on le recouvre avec du peroxyde de manganèse pul-vérisé, ou avec de l'acide chromique, ou bien avec un mélange de ces deux substances auxquelles on ajoute un peu d'acide sul-furique, de manière que le tout forme une couche de quelques milli-mètres d'épaisseur et présente une consistance pultacée. Lorsque le charbon est préparé de cette manière, on y applique une bande de feutre préalablement trempée dans de l'acide sulfurique étendu de six parties d'eau, sur laquelle se place la lame de zinc. Le docteur Erdmann (de Dresde) assure que la force de cette pile est plus grande que celle de l'appareil de M. Duchenne. L'intensité du courant diminue cependant considérablement lorsqu'elle est en action pendant six ou sept heures. Quand on veut interrompre l'action de la pile, on place la lame de zinc sur des supports de verre fixés dans les parois du tiroir. A l'état de repos, elle reprend sa force première, qui ne diminue d'une manière considérable qu'après un usage quotidien de quatre à six semaines, et c'est là le grand avantage qu'elle présente. Pour la nettoyer, on lave plusieurs fois le charbon pendant qu'on remplit le tiroir d'eau qu'on y laisse pendant quelques heures, en ayant soin de la re-nouveler de temps à autre; ensuite on verse de l'acide sulfurique concentré sur le charbon, et l'on opère comme la première fois. Le feutre résiste très longtemps à l'action de l'acide sulfurique, surtout lorsqu'on le tient à l'état humide.

L'avantage principal que présentent les bons appareils consiste en ce qu'ils développent des courants d'induction dont les intermit-tences, quelque nombreuses qu'elles soient, ne peuvent pas être trop fréquentes. Il serait cependant à désirer que les appareils donnassent aussi à volonté des interruptions plus rares et des cou-rants de premier ordre. Le courant d'induction de premier ordre ou l'extra-courant, se manifeste, comme on sait, par la réaction qu'exercent les uns sur les autres les divers tours de la première bobine. Les propriétés particulières qu'on lui a attribuées dans ces derniers temps en France, ont été contestées par d'autres observa-teurs. Dans la plupart des appareils, les interruptions sont produites par une petite lame de métal, à laquelle M. Duchenne a donné le nom de *trembleur*.

La condition la plus importante pour un bon appareil est qu'il permette de varier à volonté l'intensité du courant. On a cherché à atteindre ce but en employant différents moyens : 1° en variant la source électrique ; 2° en variant la fréquence des interruptions ; 3° en introduisant dans la bobine une masse de fer doux ; 4° en interposant dans le circuit un mauvais conducteur (colonne d'eau) ; 5° en entourant la bobine d'un cylindre de métal, et 6° en variant la distance des deux bobines. Ordinairement les appareils sont pourvus de plusieurs de ces moyens à la fois. Un défaut commun à la plupart d'entre eux consiste en ce qu'au commencement la force du courant est trop grande. L'appareil de M. Dubois-Reymond et celui de M. Duchenne, quand il est pourvu d'un modé-rateur, ne présentent pas cet inconvénient. Le premier permet une graduation facile et complète de la force du courant au moyen du déplacement de la bobine d'induction. Il se compose : 1° d'une pile de Bunsen, à laquelle on peut substituer avantageusement

...te même pile telle qu'elle a été modifiée par MM. Legendre et ...rin; 2° de deux bobines dont l'une, formée d'un gros fil, est ...mobile et renferme un faisceau de fils de fer doux vernis, et ...t la seconde, formée d'un petit fil, peut facilement être dé...cée au moyen d'une espèce de petit traîneau. Le courant d'in...tion de second ordre est à son maximum lorsque la seconde ...bine couvre entièrement la première, tandis que dans ce cas le ...rant de premier ordre est à son minimum. Les interruptions se ...t au moyen d'un ressort de cuivre muni à son extrémité d'une ...tite lame de fer qui est mise en mouvement par un électro-ai...ant vertical en fer à cheval, intercalé dans le courant inducteur. ...l'on veut avoir des interruptions lentes à volonté, on se sert du ...igt pour mouvoir le trembleur. Celui-ci, dans la plupart des ...tres appareils, est mis en mouvement par le fer doux renfermé ...ns la bobine inductrice. La construction de l'appareil de M. Du...is-Reymond permet d'utiliser les fils de fer doux comme moyen ...: gradation du courant, surtout de celui de premier ordre, en ...s introduisant en plus ou moins grand nombre dans la bobine. ...interception de chacun des deux courants se fait à des endroits ...férents; il est cependant facile de faire communiquer les élec...odes des deux courants avec deux boutons et de passer rapide...ent d'un courant à l'autre, au moyen d'un commutateur très ...mple. Cet appareil, destiné d'abord à des expériences physiolo...ques, présente toutes les conditions exigées pour l'usage médical; ...n peut le construire de manière à le faire tenir dans une boîte ...ssez petite.

M. Knapp fait ensuite passer sous les yeux de la Société un ...essin représentant un nouvel appareil construit d'après les indi...ations de M. Erdmann par M. Schadewell, mécanicien à Dresde. ...a source électrique consiste en une pile plate de bi-oxyde de ...nanganèse et d'acide sulfurique qui occupe le fond de la boîte; ...es autres parties sont empruntées à l'appareil de M. Dubois-Rey...mond. Si cette pile présente effectivement les avantages qu'on lui ...ttribue, l'appareil est très recommandable pour l'usage médical.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

...e la vertu antidysentérique de la chair de mouton, de bœuf et de génisse, demi-crue ou tout à fait crue, par *le docteur* Pensa.

C'est le docteur Weisse, de Saint-Pétersbourg, qui a le premier, ...n 1845, conseillé l'emploi de la chair maigre du bœuf et du mou...on, hachée très fin, dans la diarrhée chronique des enfants. La ...ose pour un enfant d'un an est, au début, de deux cuillerées à ...afé quatre fois par jour. Depuis 1845, d'autres praticiens ont ...ssayé ce moyen contre des diarrhées rebelles, dont la nature ...'était pas toujours identique, et plusieurs disent l'avoir fait avan...tageusement.

M. Pensa, autrefois médecin à Livourne, maintenant établi en ...gypte, à Alexandrie, rapporte quatre observations très détaillées, ...ien exposées, et que nous ne pouvons passer sous silence, malgré ...a singularité de la médication. Ces observations, précisément à ...ause de leur grande étendue, ne peuvent être reproduites en ...tier; mais nous en rappellerons les traits principaux.

Obs. I. — Jeune homme de vingt-cinq à vingt-six ans, de tempéra...ent lymphatique, demeurant depuis huit ou dix mois en Égypte. Dysen...rie depuis douze jours, ténesme; selles contenant du sang, du mucus, ...u muco-pus, de la bile; soif; tranchées, etc. Fièvre médiocre. On admi...istre, pendant plus de huit jours, des purgatifs, le calomel uni à la ...aie. La fièvre diminue, ainsi que les coliques; mais l'émaciation va en ...ugmentant, la peau se sèche. Il y a encore cinq ou six selles dysenté...ques par jour. On donne du beefsteak, du mouton demi-cru et du vin de ...rdeaux. Dès le premier jour, il n'y a que quatre garde-robes, moins ...queuses que les précédentes et presque sans ténesme. Les deuxième, ...isième et quatrième jours, *il n'y a aucune évacuation alvine*. La ...vre avait disparu dès le troisième jour; le cinquième, selle normale. ...érison.

Obs. II. — Femme de trente ans, de tempérament lymphatique, habitant l'Égypte depuis environ un an. Dysentérie depuis six semaines, traitée en vain par l'huile de ricin, les lavements huileux, l'usage de la crème de riz, etc. Face pâle, tirée; douleurs presque générales dans le ventre, ténesme; de quinze à vingt évacuations alvines par jour, sanguinolentes; mucoso-purulentes et ressemblant à de la lavure de chair. Pouls variant de 105 à 110. Pendant trois jours on donne la solution d'albumine, le laudanum, le calomel avec la craie. On emploie alors les lavements de décoction de simarouba, le tout en vain. L'état de la malade va même en s'aggravant. C'est alors qu'on a recours à l'emploi de la chair demi-crue.

Vingt-quatre heures après, les garde-robes étaient déjà réduites à cinq, et leur qualité était meilleure. Fièvre sensiblement moindre. Le second jour, trois garde-robes de matières stercorales liquides, avec peu de bile et peu de matière mucoso-sanguinolente. Ténesme nul. Du cinquième au dixième jour, la convalescence s'établit franchement, et le sujet fut mis à l'usage de la viande cuite.

Obs. III. — Petite fille âgée d'un an. Diarrhée ancienne, liée à la dentition, transformée, avec le temps, en vraie dysentérie, avec coliques et ténesmes. La tisane et la crème de riz, l'eau albumineuse, le calomel avec la craie, la poudre de Dower, le simarouba, le tannin, etc., tout échoua. L'enfant ressemblait à un squelette; soif intense; ventre rétracté; selles *innombrables*, douloureuses. Pouls à 170 et 180. Avec de la chair de génisse, prise uniquement dans la partie musculaire, on fait des bols de la grosseur d'une aveline, que l'enfant refuse d'abord, mais qu'il prend quand on les a enveloppés de sucre. On lui en donne quatre ou cinq toutes les quatre ou cinq heures. Abstinence de boisson. Le lendemain soir, amélioration notable; il n'y a eu que quatre selles dans la nuit et deux dans le jour. On avait dépassé la prescription et donné cinquante bols. Le deuxième jour, il n'y a plus de sang dans les garde-robes. Bref, le huitième jour, la convalescence était assurée.

Trois semaines après, cette petite fille éprouva un gonflement, sans douleur ni rougeur, dans plusieurs articulations des membres supérieurs et inférieurs. L'emploi de la scille et du nitre firent disparaître ces accidents en huit jours.

Obs. IV. — Femme de cinquante-cinq ans, ayant cessé d'être menstruée depuis huit ou neuf ans, ordinairement bien portante, ayant seulement souffert de rhumatismes peu intenses. Séjour en Égypte depuis deux mois. Dysentérie datant de vingt jours. Trente à quarante selles par vingt-quatre heures, composées de muco-pus et de sang, très douloureuses et ayant l'odeur de chair pourrie. Ténesme fatigant; prostration des forces; émaciation. On administre l'huile de ricin; le nombre des garde-robes monte à quatre-vingts. Décoction de tamarins; aggravation. Emploi d'un mélange de calomel, d'ipécacuanha et d'opium. Les selles se multiplient encore: il y en a de cent trente à cent quarante par jour; elles sont d'*une qualité horrible*. On met la malade au régime de la chair de génisse demi-crue et du vin.

Le 21, même état. Le 25 et le 26, aggravation. Cent cinquante garde-robes et plus par vingt-quatre heures: beaucoup sont involontaires; elles contiennent des lambeaux de la membrane interne de l'intestin, de 1 à 2 centimètres de longueur et de 1 à 1 et demi de largeur, ayant l'odeur gangréneuse. Pouls misérable. Dans l'idée que la chair était trop cuite, on a recours, le 26 novembre, à de la chair musculaire tout à fait crue (toujours de génisse), hachée très menue, dont on donne de 2 à 3 onces par repas. Trois repas par jour. Vin de Bordeaux. Du 26 au 27, le nombre des évacuations tombe à cent; du 27 au 28, à soixante ou soixante-cinq; du 28 au 29, à cinquante; du 29 au 30, à une vingtaine; du 30 novembre au 1er décembre, à huit La convalescence était établie vers le septième jour.

Dans un *post-scriptum*, l'auteur raconte qu'il a encore employé une fois cette médication avec succès et que le docteur Massa a eu également à s'en louer beaucoup dans cinq cas de dysentérie.

Tels sont les faits. Nous nous dispensons d'entrer avec l'auteur dans les considérations physiologiques qui peuvent aider à comprendre comment la chair crue, qui est, d'après Liebig, un aliment si digestible et si aisément assimilable, assure le *repos* de la partie inférieure des intestins en ne leur envoyant pas de résidu irritant (explication insuffisante à nos yeux pour de tels résultats); et nous appelons l'attention des praticiens sur une médication dont nous savons que se sont déjà servis des confrères très éclairés de Paris. La chair crue ou demi-crue de bœuf, de mouton, de veau, de génisse, a paru réussir non-seulement dans la dysentérie, mais encore dans la diarrhée qui se lie au carreau, au rachitisme et à diverses espèces de détérioration organique. (*Gazetta medica italiana* (Toscana), 1857, numéros 15 et 16.)

Névroses des organes excréteurs de l'urine, par le docteur HELFFT.

Le docteur Helfft, dans un travail qui forme une sorte de monographie succincte, et où, par conséquent, tout ne saurait être nouveau, étudie successivement les névroses de sensibilité et les névroses de motilité qui peuvent atteindre la vessie et l'urèthre. Nous résumerons les parties essentielles de ce travail.

Dans l'exaltation de la sensibilité de la vessie, l'auteur établit une distinction entre l'hyperesthésie de la membrane muqueuse et la névralgie de l'organe.

Ce qui constitue symptomatologiquement la première affection, ce sont des envies fréquentes d'uriner avec ténesme, des douleurs dans la région du col de la vessie, une urine foncée et *chargée d'une masse glaireuse qui se précipite au fond du vase.* Il y a parfois érection, éjaculation de sperme, sentiment d'irritation dans le rectum et gonflement hémorrhoïdal. Peu à peu la vessie se rétrécit, *les fibres musculaires s'épaississent*, et la vessie devient tellement sensible qu'elle ne peut supporter la moindre distension. Il suffit de ces indications générales pour montrer que ce que l'auteur décrit, sous le nom d'hyperesthésie de la muqueuse, est ce que nous nommons catarrhe vésical aigu. Et cela est confirmé par ce qu'il dit de l'influence qu'exercent sur la production de cette maladie les rétrécissements de l'urèthre, la goutte, le coït excessif, les tumeurs du bassin, etc. Au fond, pourtant, la sensibilité exagérée de la vessie doit être séparée de la véritable phlegmasie catarrhale, et l'auteur lui-même, en énumérant les causes de l'appareil symptomatologique rappelé plus haut, en indique plusieurs qui manifestement produisent la simple irritation, ou, si l'on veut, la simple hyperesthésie plutôt que le catarrhe : telles sont les congestions cérébrales, l'épuisement nerveux qu'amène parfois l'abus des efforts intellectuels. Son tort est de ne pas établir cette distinction capitale et d'englober dans une même description deux états pathologiques foncièrement différents, encore que le second puisse succéder au premier. Il parle bien, à la vérité, du catarrhe vésical, mais seulement comme d'une des causes de l'hyperesthésie ; et c'est à l'hyperesthésie, considérée en elle-même, avec ou sans catarrhe, que s'applique sa description. Or, c'est à ce point de vue qu'elle est inexacte et entachée de confusion.

Quant au traitement recommandé par l'auteur, il ne nous offre à signaler que la louange accordée à l'usage interne de l'acide phosphorique mêlé à des remèdes mucilagineux chez les vieillards atteints d'hyperesthésie vésicale, c'est-à-dire de catarrhe : car, c'est surtout à cet âge que l'irritation de la vessie est subordonnée à un état catarrhal. *A priori*, il semblerait que l'acide phosphorique qui, à l'inverse du phosphore, passe pour un hyposthénisant, dût convenir surtout à l'hyperesthésie simple ; mais nous ne pouvons ici qu'enregistrer l'assertion de l'auteur.

La confusion que nous signalions à l'instant dans le chapitre de l'hyperesthésie se retrouve, quoique à un moindre degré, dans le chapitre de la névralgie ; car on lit que, « si l'affection est de longue durée, l'urine est quelquefois mélangée de masses purulentes. » Quand il y a du pus dans l'urine, c'est qu'il ne s'agit pas, du moins principalement, de névralgie. Toutefois la névralgie de la vessie n'est pas une chimère, et le passage suivant de l'auteur prouve qu'il l'a observée.

« Cette affection est des plus douloureuses ; elle survient par accès, soit régulièrement périodiques, soit se reproduisant à des intervalles indéterminés.

» Au commencement de l'affection, les symptômes sont souvent peu saillants ; le malade ne se plaint d'abord que d'une sensation de pesanteur au périnée, à laquelle se joint de temps à autre une douleur perçante ou une forte démangeaison. Trois à quatre jours se passent ainsi sans que le malade s'inquiète de ces accidents. Peu à peu le nombre et la violence des accès augmentent ; leur périodisme devient indubitable ; il y a ordinairement paroxysme le soir ou le matin. Les accès durent de deux à six heures, et, pendant ce temps, le malade souffre horriblement. Si l'affection adopte le type quotidien, l'accès a lieu ou le soir, ou pendant la nuit, ou le matin de bonne heure ; généralement il survient peu de temps après les repas ; dans certains cas, on observe deux a[illegible] vingt-quatre heures. Le malade indique comme siége des doul[illegible] le col et la partie inférieure de la vessie, symptôme que l'on [illegible] serve, du reste, aussi quand elle contient des calculs. La doul[illegible] s'étend ordinairement au rectum, à l'urèthre et le long de la [illegible] interne de la cuisse ; chez la femme, à l'utérus ; chez l'h[illegible] long du cordon spermatique ; chez les deux sexes, jusq[illegible] gions sacrale et lombaire, où elle sévit avec le plus de viol[illegible] Cet état est accompagné d'une sensation de cuisson dans l'u[illegible] d'un besoin continuel d'uriner, et de difficulté à évacuer les u[illegible] qui semblent être subitement taries. Moins la vessie conti[illegible] quide et plus les douleurs sont intenses lors de l'évacuation.

» Les accès diminuent petit à petit d'intensité, pour faire pl[illegible] un simple picotement et à une légère cuisson au col de la ve[illegible] au périnée et à la partie postérieure de l'urèthre. Dans [illegible] valles, le malade peut uriner sans obstacle et se porte [illegible]ment bien. »

L'auteur ne dit rien de la question qui a été soulevée [illegible] de ces douleurs anales, dont la cystalgie s'accompagne [illegible]ment, savoir si le point de départ de l'affection de la [illegible] vraiment dans cet organe, ou si elle ne rayonne pas de l[illegible] voit aussi qu'il n'a pas connaissance du travail publié par [illegible]paignac, récemment enlevé à la science (JOURN. HEBD. [illegible]CINE, t. II), travail qui l'eût engagé sans doute à insister [illegible] plus sur le diagnostic différentiel.

Sur l'hyperesthésie et la névralgie de l'*urèthre*, nous ne tr[illegible] rien dans ce mémoire qui ne soit déjà dans les livres des s[illegible]listes ; et quant à la partie qui concerne les *névroses de l[illegible] musculaire de la vessie*, nous ne relèverons qu'un passa[illegible] trouve rappelé un fait d'étiologie qui a une très grande impor[illegible] au point de vue pratique. M. Helfft insiste sur le grand r[illegible] joue, dans la production de la paralysie de la vessie, la d[illegible] trop prolongée ou trop fréquente du viscère, soit volontaire[illegible] comme chez les enfants, soit par suite d'obstacles mécani[illegible]geant d'ordinaire au col vésical, comme on le voit chez [illegible]lards. Ce fait a été mis en relief surtout par M. Mercier. (D[illegible] *Klinik*, 1856, n° 44.)

Nouveau mode de traitement employé en Italie dans l[illegible] claudication par consolidation vicieuse de fractur[illegible] par M. JANSSENS.

Il n'y a qu'heur et malheur, et l'on connaît l'histoir[illegible] Anglais qui, étant tombé du haut d'un mât sans se faire [illegible] mal, se tourna tranquillement vers les assistants et leur d[illegible] *Faites-en autant!* L'opération dont parle M. Janssens, et qui a é[illegible] pratiquée par le professeur Rizzoli (de Bologne), a parfait[illegible] réussi dans deux cas que nous allons rappeler : ce qui n'empêch[illegible] pas qu'il se trouvera peu de chirurgiens pour la tenter.

On sait que la rupture du cal est une ressource douteuse en g[illegible]néral, mais douteuse surtout quand la consolidation a eu lieu [illegible] chevauchement des fragments, parce que, si la rupture a [illegible]ment pour effet de disjoindre les deux fragments, ceux-ci [illegible] présence par leurs extrémités depuis longtemps cicatrisées, [illegible]ront bien ne pas se réunir, et si la rupture a lieu en travers [illegible] fera nécessairement une esquille à l'extrémité de chaque fragm[illegible] M. Rizzoli d'ailleurs, non plus que M. Janssens, ne sont pas [illegible]tisans de la rupture du cal complétement formé, et c'est à l'[illegible] d'un moyen propre à remplacer celui-là, pour rétablir [illegible] de longueur des membres inférieurs, quand l'un d'eux est r[illegible] par une consolidation vicieuse, qu'est consacré le travail que [illegible] analysons. Voici en peu de mots comment l'idée de ce moyen [illegible] été suggérée au chirurgien de Bologne.

Un homme se fractura la cuisse au tiers supérieur. Au b[illegible] vingt-cinq jours, on s'aperçut que le membre, malgré la co[illegible]tion régulière des fragments, était de 2 pouces plus long [illegible] congénère ; ce qui tenait à ce que ce dernier était le si[illegible] fracture ancienne, mal réduite, et occupant aussi le fémur. L'in[illegible]cation qui se présentait était de raccourcir le membre droit, [illegible] manière à l'amener à la même longueur que le gauche. C'est [illegible]

qu'on fit en relâchant l'appareil. Peu de temps après, le sujet était guéri, et tout à la fois, de sa fracture et de sa claudication. Ainsi se trouva vérifié cet aphorisme d'Hippocrate : *Utilius fuerit ut, si quis male curandus sit, ambo potius crura fracta habeat, quam alterum tantum.*

M. Rizzoli conçut alors la pensée de réaliser intentionnellement, en cas de raccourcissement d'un membre par suite de fracture vicieusement consolidée, le moyen que le hasard venait de lui fournir, c'est-à-dire de fracturer le membre sain pour le raccourcir au degré convenable. L'occasion se présenta bientôt dans les circonstances suivantes :

Obs. — La jeune Is..., héritière d'une noble et riche famille de Bologne, était affectée de claudication depuis sa plus tendre enfance ; tous les traitements mis à différentes reprises en usage pour faire disparaître, ou tout au moins diminuer ce défaut physique, avaient été infructueux. Cette jeune personne s'apercevait même, à son grand regret, que d'année en année son infirmité devenait plus sensible. Elle avait atteint l'âge de neuf ans, lorsqu'elle fut confiée au professeur Rizzoli. Celui-ci, l'ayant soumise à une exploration minutieuse, put constater tout d'abord que le bassin était dans l'état normal, que le fémur droit offrait 1 pouce et un quart de moins dans sa longueur que le fémur gauche, et que les articulations du membre raccourci se trouvaient dans l'état physiologique le plus parfait. En continuant l'examen de ce membre, il découvrit facilement, dans le voisinage du grand trochanter, une tumeur osseuse, produit évident du chevauchement et de la soudure anormale des fragments d'une fracture du fémur. Celle-ci avait eu lieu à la suite d'une chute faite par enfant à l'âge de sept mois, et tenue longtemps cachée par sa nourrice, dans la crainte de reproches mérités.

Le diagnostic ainsi posé, existait-il un moyen de traitement qui pût offrir quelque chance de succès? L'ancienneté de la fracture, son siége voisin de l'articulation coxale, devaient faire rejeter, comme une dangereuse imprudence, toute tentative de rupture du cal. La seule ressource, pour faire disparaître la claudication de cette jeune personne, était donc de replacer celle-ci dans des conditions identiques à celles qui avaient provoqué, chez le sujet dont il a été question plus haut, la guérison de la même difformité. De nombreux motifs semblaient d'ailleurs militer en faveur de l'adoption de cette ressource : d'une part, le courage extraordinaire de la jeune fille, sa ferme volonté de se soumettre à n'importe quelle opération qui aurait eu pour résultat de faire disparaître son infirmité; d'autre part, les inconvénients graves que celle-ci avait entraînés à sa suite, tels que la faiblesse, les souffrances du membre lésé, la fatigue que causait à la jeune fille la marche un peu prolongée, les chutes fréquentes auxquelles elle se trouvait exposée, la déviation du rachis dont elle était menacée; tels étaient les motifs qui excitaient le chirurgien italien.

La machine employée pour fracturer la cuisse, quoique différente de celle d'*Œsterlen*, destinée à la rupture du cal, agit néanmoins d'après le même principe. L'agent direct de la fracture est une longue vis mise en mouvement par une manivelle. L'os brisé, on continue encore à faire avancer la vis, afin d'éviter que les fractures restent enchevêtrées. En les repoussant de dedans en dehors et en les forçant à se séparer, on détache l'aponévrose ; on peut, d'ailleurs, aider cette manœuvre en faisant jouer avec sa main les deux fragments.

L'opération fut mise à exécution le 27 avril 1847, en présence d'un grand nombre de praticiens et d'élèves. La jeune fille fut placée sur un lit assez résistant, construit de manière à lui permettre d'évacuer les urines et les matières fécales sans faire le moindre mouvement. Le membre inférieur droit étant écarté, la machine fut appliquée sur la cuisse gauche. La patiente fut anesthésiée au moyen de l'éther, qui produisit l'effet désiré au bout de deux minutes. La vis de pression fut alors mise en mouvement par un aide, et, au bout d'un instant, le fémur était fracturé complétement sans que la jeune fille eût donné le moindre signe de douleur. La malade, débarrassée de la machine, fut placée sur son lit dans la position qu'elle devait conserver ; l'opérateur fit alors chevaucher les fragments de l'os de la manière indiquée, et appliqua ensuite le bandage inamovible gommé, après s'être assuré que les deux membres étaient désormais de même longueur.

Pendant tout le temps que le bandage resta appliqué, l'opérée n'accusa aucune douleur, aucune incommodité, et passa les journées à jouer assise dans son lit. Le 17 mai, l'appareil fut enlevé ; une ecchymose superficielle et limitée existait encore à l'endroit où avait agi principalement l'arc de la machine à fracturer. Le 22, la jeune fille obtint la permission de se lever et de marcher en se servant de béquilles, qu'elle put abandonner un mois plus tard.

La tuméfaction osseuse, assez notable, qui était le résultat de la consolidation de cette fracture, disparut graduellement par l'effet de l'absorption interstitielle, jusqu'au point de devenir fort peu apparente ; en outre, et ceci est plus important, le membre droit, qui, par suite de son inaction relative, était jadis maigre, faible, rendait la marche fort pénible et exposait la jeune fille à des chutes fréquentes, se développa chaque jour davantage et devint gros et robuste, au point de rendre possibles des promenades de plusieurs lieues dans les montagnes.

Depuis lors, et malgré la croissance de la jeune fille, les deux membres inférieurs continuent à offrir la même longueur, ce qui prouve que le travail de reproduction s'accomplit avec une activité égale dans chacun d'eux.

M. Rizzoli a encore pratiqué cette opération chez une jeune fille dont M. Janssens publie l'observation.

Parmi les objections nombreuses que cette pratique peut soulever, il en est deux qui méritent d'être indiquées en première ligne, comme étant relatives au but même qu'on se propose. La première, c'est que la fracture artificielle peut n'être pas oblique, et que, dès lors, le raccourcissement du membre peut être acheté par une déformation plus ou moins considérable. La seconde, c'est qu'on n'est pas sûr de pouvoir arrêter le raccourcissement juste au point voulu, et qu'on s'expose ainsi à faire boîter à gauche une personne qui auparavant boîtait à droite. Nous connaissons bien les inconvénients qui résultent du raccourcissement permanent d'un membre, notamment la déviation consécutive de l'épine, sur laquelle M. Janssens insiste particulièrement ; mais on peut le plus souvent corriger à un degré notable le défaut d'égalité des membres en exhaussant le pied par le moyen d'une chaussure. (*Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles*, 1857, n° de mars, p. 248.)

Sur un suc pancréatique anormal de l'homme, contenant de l'urée, par F. Hoppe.

L'observation suivante eût présenté en tout temps un certain intérêt physiologique ; la découverte toute récente faite par M. Würtz lui donne en outre un cachet d'actualité.

Obs. — Un homme fortement ictérique, mort à la Charité, présenta à l'autopsie la vésicule biliaire et les voies biliaires considérablement distendues par une bile épaisse, mêlée de sang ; en outre, le canal pancréatique était très distendu, et beaucoup de canalicules excréteurs de la glande convertis en vésicules du volume d'une noisette. La cause de cet arrêt dans la circulation des fluides sécrétés était évidemment une cicatrice épaisse qui entourait l'embouchure des canaux cholédoque et pancréatique dans le duodénum. Le liquide pancréatique fut recueilli avec précaution dans un verre ; il était jaunâtre et presque gélatineux. Soumis à l'analyse chimique, il fournit :

	grammes.		
Urée	0,007	0,12	p. 100
Graisses	0,001	0,02	—
Extrait alcoolique	0,049	0,87	—
Extrait aqueux	0,030		—
Résidu insoluble	0,028	0,49	—
Sels inorganiques	0,032	0,57	—
Somme du résidu solide	0,147	2,60	p. 100
Eau	5,508	97,40	—
Suc pancréatique	5,655	100,00	—

L'extrait éthéré de ce suc pancréatique ne laissa à l'évaporation, sauf des traces de graisse et quelques globules microscopiques de leucine, que des cristaux exactement analogues à ceux que forme l'urée.

L'*autopsie* ayant été faite vingt-quatre heures après la mort, il est peu probable que cette urée ait eu pour origine le rein et n'ait gagné le pancréas qu'après la mort et par voie de diffusion. (*Archives de Virchow*, janv. 1857.)

V.

VARIÉTÉS.

— La cérémonie d'Inauguration de la statue de Bichat aura lieu le jeudi 16 juillet prochain, à deux heures et demie précises, dans l'enceinte de l'École de médecine. On n'entrera que muni d'une carte.

— L'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse a décerné cette année treize médailles d'encouragement. Elle propose pour sujet du grand prix à décerner en 1860 la question suivante :

« Faire connaître les résultats positifs dont les expériences physiolo-» giques ont enrichi la médecine clinique depuis le commencement du » dix-neuvième siècle. »

Les mémoires, lisiblement écrits en français ou en latin, devront être adressés, avant le 1er janvier 1860, à M. Vitry, secrétaire perpétuel. (*Journal de méd. de Toulouse.*)

— Le corps de santé de la marine vient de perdre M. J. Prélon-Quillard et M. Nouet, chirurgiens de 2e classe.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la *Gazette hebdomadaire* expirait le 30 juin 1857, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 10 de ce mois, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 juillet courant.

VI.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

BRITISH MEDICAL JOURNAL. — 1857. No 22. Sur l'insanité morale (fin), par *Kitching.* — Inflexion de l'utérus, par *Swayne.* — 23. Kyste pancréatique, par *Parsons.* — Nouvelle opération pour le phimosis, par *Walter.* — Étranglement intestinal ; mort, par *H. Ewen.* — Mort subite après l'accouchement, suite d'entrée de l'air dans les veines, par *G. May.* — 24. Observations de convulsions puerpérales, par *Mason.* — Quelques cas de persistance du trou ovale, par *W. Ogles.* — 25. Observations de nécrose, par *King.* — Hydrocèle ; effusion de la sérosité dans le tissu cellulaire, par *Walter.*

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — No 361. Nouvelle méthode pour l'opération de la fistule vaginale, par *Minturn.* — Action physiologique du bisulfate de quinine, par *Ranke.* — 362. Recherches statistiques sur les effets du chloroforme, par *Fenwick.* — Restauration de la lèvre inférieure, par *Teale.* — Effets comparatifs de l'amylène et du chloroforme sur une même personne, par *W. Sharpin* — 363. Restauration de la lèvre inférieure (suite). — Effets du chloroforme (suite), par *Fenwick.* — Grossesse non soupçonnée, par *J. Long.* — Traité des *nævi*, par *C. Forster.* — 364. Recherches de l'antimoine et de l'arsenic par le procédé de Reinsch, par *H.-H. Watson.* — Restauration, etc. (suite).

THE LANCET. — 1857. Vol. I, no 22. Nature et traitement du furoncle et du charbon, par *B. Travers.* — Empoisonnement par la strychnine ; analyse, par *Wilkins.* — Longueur et inflexions du cordon ombilical, par *S. Beale.* — 23. Furoncle et charbon (suite). — Traitement du diabète sucré par le *rennet* (liqueur digestive), par *David Nelson.*

THE MIDLAND QUARTERLY JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCE. — 1857. Mai. Nature, causes, statistique et traitement de l'érysipèle, par *Bird.* — Cure de la hernie inguinale, par *H. Coote.* — Cas d'opération césarienne, par *C. Clay.* — Sur la rétinite syphilitique, par *F. Wade.* — Sur l'excision du genou, par *W. Masfen.* — De la thérapeutique rationnelle, par *Jordan.* — Contributions à la chirurgie, par *Evan Thomas.* — Cas d'anévrysme fémoral, par *Sands Cox.* — Traitement de la phthisie chronique, par *E. Smith.* — Historique, pathologie et traitement de la mélanose, par *O. Pemberton.*

THE NEW-ORLEANS MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL. — 1857. Mai. Sur la fièvre scarlatine, par *Harper.* — Phrénologie et physiologie comparée, par *Drury Lacy.* — Fièvre jaune de Natchez : anatomie pathologique, par *A. Cartwright.* — Houston (Texas) comme station pour les phthisiques, par *J. Cowling.* — Saignée dans la parturition lente, par *R. Riley.* — Cas de macrocéphalie ; remarques, par *B. Dowler.* — Sur le phrénitis comateux et son traitement, par *Yelverton B. Egan.* — Atrésie de l'anus, par *D. Brasher.*

THE CINCINNATI MEDICAL OBSERVER. — 1857. Juin. Quinine contre les fièvres, par *Casselbury.* — De la méningite cérébro-spinale, par *Dutcher.*

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA R. ACCAD. MEDICO-CHIRURGICA (Torino). N° 8 (30 avril). Sur le choléra (suite), par *Sella.* — Cas de varioloïde, par *Sella.* — 9 (15 mai). Impureté de l'air dans certaines étables, par *Cappa.*

EL SIGLO MEDICO. — N° 175. Études sur la syphilis, par *Gonzalez Olivarès.* — Cas remarquable d'abstinence, par *Cayetano Cocials.* — Clinique. — 176. Sur le traitement des hernies étranglées ; cas de plaie abdominale avec sortie du péritoine ; cas de hernie gauche ; droite, par *A. de Grazia y Alvares.* — Études cliniques (anévrysme poplité ; opération), par *A. Saez.* — 177. Pronostic des maladies aiguës, par *Higinio del Campo.*

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — Ve année, nos 104 et 105. Choléra à l'hôpital di Santa-Anna, par *Alvarenga.* — Sur la gymnastique, par *de Macedo.*

LA ESPANA MEDICA. — N° 42. Sur l'étude des sciences d'observation, par *Sanchez y Rubio.* — 43 et 45. Empoisonnement par le cuivre, par *le même.* — 44. Étude des sciences d'observation, etc. — Cas remarquable d'ankylose comp[illegible] male, par *Enrique Suender.*

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 9. Clinique. — Nos 5 et 10. [illegible] luche, par *Benavente.*

Livres.

CONSIDÉRATIONS SUR UN CAS DE DIABÈTE, par le docteur *Jordaó.* In-4 de [illegible] et 2 planches. Paris, Adrien Delahaye.

DE LA VERSION par manœuvres externes et de l'extraction du fœtus par [illegible] par le docteur *Wigand.* Traduit de l'allemand par le docteur *Herrgott.* [illegible] Paris, J.-B. Baillière et fils.

DE L'AMPUTATION TIBIO-TARSIENNE SUIVANT LE PROCÉDÉ SYME-PIROG[illegible] par le docteur *Hermann Kestner.* In-4 de 56 pages. Strasbourg, impr[illegible]

DE L'ÉTAT DES FORCES DANS LES MALADIES ET DES INDICATIONS QUI S'Y [illegible] par le docteur *Barbaste.* 1 vol. in-8 de 170 pages. Paris, Adrien De[illegible]

DES PARALYSIES DES MEMBRES INFÉRIEURS, par le docteur *Raoul Leroy* [illegible] 2e partie, fascicule I de 128 pages. Prix.

DE L'HYPERTROPHIE DU CŒUR DANS SES RAPPORTS AVEC L'ABSENCE DE LA [illegible] DE LA GRANDE VEINE CORONAIRE, et Réflexions sur la maladie d'A[illegible] docteur *Adelphe Espagne.* Montpellier, 1857.

ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE MÉDICALE, ou Précis de médecine théori[illegible] écrit dans l'esprit du vitalisme hippocratique, par M. le docteur *Bo*[illegible] dernier. 1 vol. in-8 de 624 pages. — L'ouvrage est complet en 2 vol. [illegible] Germer Baillière.

ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE, par M. le professeur *A. Nélaton,* [illegible] sous sa direction, par M. le docteur *Jamain.* 1 vol. in-8 de 544 pag[illegible] Paris, Germer Baillière.

ÉTUDES SOCIALES, HYGIÉNIQUES ET MÉDICALES SUR LES OUVRIERS [illegible] TRAVAUX DU PORT DU HAVRE, par le docteur *Lecadre.* Grand in-8 [illegible] — Extrait des publications de la Société havraise d'études diverses. [illegible] Lepelletier.

ÉTUDES SUR LA GRAVELLE, ses caractères physiques, ses anomalies, [illegible] chimiques, ses causes et son traitement, par le docteur *Raoul Leroy* [illegible] In-8 de 80 pages. Prix.

ÉTUDES HISTORIQUES. Recherches sur les anciennes pestes de Troyes, par [illegible] *tiot.* In-8 de 56 pages. Paris, Victor Masson.

INTRODUCTION A L'ÉTUDE DES EAUX MINÉRALES, par le docteur *M. Le*[illegible] vraison.

JOLY ET FILHOL (de Toulouse). Recherches sur le lait. Mémoire couronné [illegible] démie royale de médecine de Belgique. Bruxelles, 1856. In-4 de [illegible] 2 planches et des tableaux. Paris, Victor Masson.

LA VACCINE. Ses conséquences funestes démontrées par les faits, les [illegible] l'anatomie pathologique et l'arithmétique. (Réponse au questionnaire [illegible] à la vaccine), par M. le docteur *Villette de Terzé.* 1 vol. in-8 de 10[illegible] Germer Baillière.

MANUEL D'ACCOUCHEMENTS à l'usage des élèves sages-femmes, par N[illegible] d'accouchements à l'Université de Heidelberg, traduit de l'allemand [illegible] *singer-Rahier* ; 3e édition revue et augmentée par M. le docteur J[illegible] d'un Précis de la *saignée*, des *ventouses*, de la *vaccine* et des [illegible] *maceutiques* les plus usuelles et les plus simples, terminé par un [illegible] détaillé. 1 vol. grand in-18 de 740 pages, avec 87 fig. dans le texte [illegible] Baillière.

TRAITÉ THÉRAPEUTIQUE DES EAUX MINÉRALES DE FRANCE ET DE L'É[illegible] leur emploi dans les maladies chroniques, telles que les scrofules, [illegible] peau, les affections catarrhales, la phthisie, le rhumatisme, la goutte, [illegible] la gastralgie, l'entérite, les maladies du foie, les calculs biliaires, [illegible] catarrhe vésical, les maladies de la matrice, les paralysies, la syphilis, [illegible] fièvres intermittentes, l'albuminurie, le diabète, etc. (Cours fait à l'École [illegible] Paris), par M. le docteur *Durand-Fardel.* 1 vol. in-8 de 774 pages av[illegible] coloriée. Paris, Germer Baillière.

A TREATISE ON CANCER AND ITS TREATMENT (Traité du cancer et son [illegible] par *J.-B. Fell.* In-8. Londres, chez Churchill.

MEMORANDA DER GERICHTLICHEN ANATOMIE, PHYSIOLOGIE UND PATHOLOGIE [illegible] de médecine légale), par le professeur *J.-B. Friedreich.* In-24, de [illegible] Wurtzbourg, Stahel.

NEUE BEITRÆGE ZUR PRAKTISCHEN CHIRURGIE. Nebst einem Bericht über [illegible] gisch-augenärztliche Klinik der Königl. Universitæt zu Halle. (Nouvelles [illegible] butions à la chirurgie pratique), par *E. Blasius.* Grand in-8. Leip[illegible] Foerstner.

BERICHT UEBER DIE FORTSCHRITTE DER ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE IN [illegible] (Compte rendu sur les progrès de l'anatomie et de la physiologie en [illegible] *J. Henle* et *G. Meissner.* 1re moitié. Leipzig, chez Winter.

CHIRURGISCHE ERFAHRUNGEN (Expériences chirurgicales), par *A.-F. D*[illegible] Gœttingue, chez Wigand.

ZUR HEILUNG DES GEBÆRMUTTERVORFALLS NEBST BESCHREIBUNG EINES [illegible] TEROPHORS (Sur le traitement de l'antéversion de la matrice avec la [illegible] nouvel hystérophore, par *H. Eulenberg.* In-8. Wetzlar, chez Rathgeber.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 17 JUILLET 1857. — N° 29.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 6 juillet 1857, M. DÉPÉRET-MURET, docteur en médecine, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé professeur adjoint de pathologie interne à la même école, en remplacement de M. Bleynie, appelé à d'autres fonctions.

— Par arrêté en date du 13 juillet 1857, M. FLEUROT, docteur en médecine, est chargé provisoirement de la chaire d'histoire naturelle et de thérapeutique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 16 juillet 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : INHALATIONS ANESTHÉSIQUES AU POINT DE VUE DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

Si le talent de discussion, si la facilité de parole, si le méthodique enchaînement des idées, si la clarté d'exposition, si la mesure du langage, le respect de soi-même et de ses adversaires, le profond sentiment de la dignité académique, suffisaient à gagner une cause, il ne manquerait rien à cette heure au triomphe de notre savant confrère, M. Devergie.

. . . . Si Pergama dextra
Defendi possent, etiam hac defensa fuissent.

On a reconnu en M. Devergie l'athlète rompu à la controverse judiciaire, le discoureur aussi habile à discuter dogmatiquement, en face des magistrats, une question de médecine légale, que capable de tenir tête aux avocats et de parler, au besoin, aussi longtemps qu'eux. M. Devergie a parlé pendant deux heures, presque sans boire, à plus forte raison sans manger. Il faut ajouter que cette rare aisance de tribune se sent un peu du milieu où elle a été acquise : c'est peut-être son défaut. Le discours de mardi n'a pas toujours eu l'air de s'adresser à un corps savant : il ressemblait parfois à un rapport en justice, et l'orateur académique laissait voir le

---

FEUILLETON.

Lettre médicale.

(Suite et fin. — Voir le numéro 28.)

SOMMAIRE : La réforme médicale en Angleterre. — Les remèdes secrets dans les hôpitaux de Londres. — Projet de modification à l'Académie. — Agréables exemples de néologisme. — Inconvénient de jouer aux cartes avec un client. — Le docteur Bertherand en Kabylie. — Femmes brunes et femmes blondes. — Nouveau journal de médecine.

Donc, cher confrère, nous engageons le corps médical de France à supporter quant à présent ses misères, à n'appeler personne pour le gratter là où la peau lui démange, de peur d'amener une plaie, et de jouir, en attendant, d'un bien précieux qu'il n'apprécie pas assez et qui est son indépendance professionnelle. Donnerons-nous le même conseil à nos confrères d'Angleterre, qui, en ce moment même, redoublent d'efforts pour arracher enfin au pouvoir cette fameuse *medical reform* qu'ils poursuivent depuis si longtemps? Les délégués d'une douzaine de sociétés ont été admis récemment auprès de lord Palmerston, qui a répondu par quelques phrases d'une insignifiance dont les hommes d'esprit sont seuls capables. Néanmoins il paraît probable que la Chambre des communes sera, plus ou moins prochainement, saisie de la question. Est-ce un bien, est-ce un mal? Là, nous croyons que c'est un bien. L'organisation de la médecine est loin d'être parfaite en Angleterre, et l'immense force dont jouit l'opinion dans ce pays, les puissants moyens d'action dont elle dispose, le milieu politique où elle s'agite, sont autant de circonstances qui promettent quelque succès. Mais vous verrez, si la chose aboutit, qu'en beaucoup de points essentiels nos voisins marcheront au rebours de nous, et voudront donner la plus large satisfaction possible à des principes dont nous cherchons au contraire à restreindre le développement. Il y aura toujours, dans la législation médicale anglaise, une grande place laissée à la liberté individuelle, et jamais on n'y verra trace des idées qui ont cours en France sur le charlatanisme. Déjà il est visible, par tout ce qui a été dit à l'audience ministérielle, qu'il s'agit surtout d'élever le

médecin expert. Cet inconvénient, s'il existe, disparaîtra dès que M. Devergie voudra s'en donner la peine.

Un mot d'abord sur une question très accessoire. L'honorable membre se serait-il fait une idée exacte de la déférence qu'il doit à la compagnie, s'il avait, comme il le dit, supporté sans mot dire, pendant près de deux mois, des argumentations dirigées contre une pensée mal comprise et mal interprétée? C'eût été, ce nous semble, rendre un mauvais office à ses collègues, que de les laisser s'ébattre pendant si longtemps dans une erreur involontaire. Il est toujours permis de réclamer contre un malentendu; mais, en réalité, M. Devergie a réclamé; il a même réclamé deux fois: d'abord au commencement de la seconde séance, puis à l'occasion du discours de M. Larrey, et nous ne pouvons que l'en louer. Quant à la presse, aux bonnes intentions de laquelle il a rendu justice, elle s'est empressée d'accueillir cette rectification; nous ne voyons donc pas qu'elle ait aujourd'hui d'*erreur* à réparer, — à moins qu'il ne s'agisse d'erreur scientifique, ce dont il sera moins facile de la convaincre.

Venons au fond des choses. Nous avons dit, dans un précédent article, que le tort capital des propositions de M. Devergie était de partir de prémisses médico-légales pour arriver à une conclusion chirurgicale. A l'entendre pourtant, il n'a jamais voulu s'immiscer à une question de chirurgie. Mais qu'importe son intention? Qu'importe qu'il se soit promis à lui-même de demeurer dans le rôle qui convient à l'auteur du Traité de médecine légale? Ce qu'il a *voulu* en fait, c'est de généraliser l'emploi des appareils à inhalation. Eh bien! c'est cela qui, bon gré mal gré, constitue un précepte de chirurgie pratique; c'est ce précepte que les chirurgiens peuvent repousser, sans se préoccuper ni de la théorie d'où il est sorti, ni du but particulier et restreint auquel on la destine.

Quoi qu'on fasse, donc, et quoi qu'on dise, il y a toujours à examiner distinctement, d'une part, si l'emploi des appareils est utile pour dégager la responsabilité médicale, ou s'il ne la mettrait pas plutôt en péril; d'autre part, si les appareils n'ouvrent pas une plus large chance aux effets funestes de l'éthérisation.

Sur le premier point, nous apprécions tout ce qu'il y a de net et de précis dans la définition que l'orateur a donnée de la responsabilité légale et des conditions qui la couvrent ou qui la mettent en cause devant les tribunaux. Mais cette précision même devient aisément une arme, et des plus légitimes, contre la conclusion pratique du mémoire lu à l'Académie. *Devant les magistrats, c'est la règle de l'art qui couvre la responsabilité du médecin.* Très bien; il ne s'agit donc plus que de connaître la règle et de l'appliquer. Or, une règle de pratique médicale, qui la pose? Ce n'est ni vous ni nous: c'est tout le monde; et, quand tout le monde ne peut s'entendre, c'est la majorité. Dans l'espèce, la règle actuelle *est de rejeter les appareils.* Pourquoi cette règle n'aurait-elle pas auprès des magistrats le même crédit qu'aurait l'emploi de la simple compresse? Il y a plus: si c'est, comme vous le dites, l'art qui guide la justice, on risquerait fort, dans l'état présent des choses, et jusqu'à généralisation du moyen, d'encourir la sévérité des juges pour s'être servi d'un appareil; car, les faits à la main, le magistrat pourrait dire à l'auteur involontaire d'un malheur que les appareils ont été condamnés par l'expérience presque unanime des chirurgiens. Que répondrait M. Devergie, qui ne nous paraît pas avoir prévu l'objection? Il répondrait sans doute ce qu'il disait mardi, « que l'éponge, le mouchoir, la compresse, ne permettent pas de graduer suffisamment l'éthérisation. » Mais une telle réponse, dans les termes où le débat s'agite, suppose que le magistrat la ferait également, et vous voyez bien que les tribunaux, comme nous le disions dès le premier jour, seraient obligés de se constituer arbitres d'une question scientifique.

Au point de vue chirurgical, de quoi s'agit-il, en deux mots? De déterminer si l'emploi des appareils expose moins à des accidents que les autres modes d'éthérisation. Qu'est-ce qu'a fait pourtant M. Devergie dans une bonne partie de son argumentation? Il s'est préoccupé de la théorie de ces accidents; il a cherché à prouver que les inhalations anesthésiques exposent à une sorte d'asphyxie qui résulterait d'une oxygénation insuffisante du sang. A cet égard, il n'a pas tout à fait perdu sa peine. Il paraît bien démontré que l'éther, sinon le chloroforme, entrave plus ou moins l'hématose; ce qui n'empêche pas que, dans les cas les plus malheureux, en l'absence d'oblitération des voies respiratoires par la base de la langue, par la glotte contractée, etc.; les signes fonctionnels d'asphyxie ne se montrent pas, et que dès lors il est impossible de mettre la mort sur le compte de cet état morbide. Mais soit; le sang peut être altéré au point d'amener la mort par asphyxie. De quel droit en conclure que l'emploi des appareils doit être généralisé? La conclusion n'est bonne que s'il est établi que les appareils n'exposent pas au même accident. C'est donc toujours à cela qu'il en faut revenir. La question, la vraie question, est même encore moins étendue:

niveau de l'éducation médicale, de favoriser le progrès scientifique, et très peu de ce qui préoccupe essentiellement nos promoteurs de réformes, la concurrence illicite, l'annonce, la réclame, la prescription en matière d'honoraires, etc. Deux bills sont en présence: l'un de lord Elcho, l'autre de M. Headlam, membre de la Chambre des communes; c'est ce dernier bill qui paraît avoir la faveur de la députation, et c'est celui-là aussi qui se préoccupe avant tout des intérêts de la science médicale.

— Puisque nous avons passé la Manche, nous y resterons encore un instant pour vous conduire à l'hôpital de Middlesex, contre lequel sont dirigées les foudres d'une partie de la presse, notamment de The Lancet. Le docteur Fell a inventé un certain remède (contre le cancer, si nous nous souvenons bien), et il a demandé que ce remède fût expérimenté dans les hôpitaux. Les chirurgiens de *Middlesex Hospital*, MM. Shaw, de Morgan et Moore, ont cru pouvoir accéder à cette demande, sans exiger préalablement du prétendu inventeur qu'il fît connaître la composition et la formule exacte du médicament. C'est donc, dans la rigoureuse acception du mot, un « remède secret » qu'emploient dans une institution publique et que patronnent de leur honorabilité incontestée trois confrères éminents de Londres. Ce fait, qui serait inouï, impossible chez nous, est significatif de l'esprit médical qui règne en Angleterre jusque dans les hauts rangs de la profession. Est-ce un exemple à imiter? A Dieu ne plaise! Tout au contraire, si nous pensons et osons dire que nous sommes beaucoup trop enclins à solliciter des lois et à nous reposer sur l'autorité du soin de veiller à notre propre salut, nous croyons qu'une liberté qui va jusqu'à administrer à des malades qui viennent à vous sur la foi de votre science et de votre moralité des drogues dont vous ignorez la composition, outre-passe les droits de l'homme de l'art, et que cette pratique est surtout dangereuse dans un hôpital, où elle a tous les caractères d'une expérience *in anima vili*. Un remède secret est d'ailleurs en soi une chose immorale; car, s'il a les vertus qu'on lui prête, il frustre la santé publique, et s'il ne les a pas, il la trompe. Attacher honorablement le nom de l'inventeur à son remède, comme on le fait en France par l'inscription au Bulletin de

car comme le chloroforme n'agit pas autrement, toutes choses égales, quand il est arrivé par un tube, que lorsqu'il s'est dégagé d'une compresse, la théorie des accidents, théorie encore contestée et contestable, est strictement hors du débat; et ce qu'il importe de savoir, c'est si un mode d'éthérisation permet mieux que l'autre de graduer, de modérer, d'activer, de suspendre le dégagement des vapeurs, de satisfaire enfin aux conditions de sécurité et en même temps aux indications chirurgicales. Nous maintenons sur ce point tout ce que nous avons dit dans notre précédent article. Nous croyons aujourd'hui comme il y a huit jours, malgré l'habile défense de M. Devergie, que les appareils n'offrent qu'une précision illusoire et permettent la concentration des vapeurs. L'orateur en a montré et décrit un (celui de M. Duroy) devant lequel devrait tomber toute opposition. Les gouttes de liqueur y sont comptées; le tube laisse trop peu d'espace aux vapeurs pour leur permettre de s'y concentrer. A merveille ! mais le malade ne compte pas les inspirations, il n'en règle pas l'étendue; il aspire faiblement, il aspire fortement, à la fantaisie de ses dispositions individuelles; et nous ajouterons que les vapeurs inhalées après quelques instants de respiration insuffisante sont, quoi qu'on en dise, concentrées, car la *tension* augmente à mesure qu'il s'en dégage. Nous sommes, d'ailleurs, frappé d'une chose : c'est que ce même appareil, dans lequel tombent chaque minute quatre gouttes au *minimum*, c'est-à-dire autant que M. Nélaton en verse sur la compresse, ne produit que très lentement, dit M. Robert, l'anesthésie. Que deviennent donc les vapeurs? Ou *elles* s'accumulent dans l'appareil, et c'est une centration, ou *elles* se perdent par une voie quelconque, et l'appareil ne vaut rien. Quant au mécanisme qui permet d'augmenter, de diminuer, de suspendre le dégagement, il est sans doute plus ingénieux que la seule action d'éloigner une compresse, mais *pas* plus sûr.

Enfin, au-dessus de toutes les théories, au-dessus de tous les raisonnements, est ce grand fait qui leur échappe, et qu'on ne saurait trop rappeler : c'est que, dans la grande *majorité* des cas, le chloroforme a tué à des doses tellement *petites*, que l'appareil le plus doux en eût dégagé davantage.

La discussion n'est pas terminée : MM. Gibert, Cloquet et Velpeau ont demandé la parole.

A. DECHAMBRE.

Deux communications d'un véritable intérêt pratique ont été faites à la dernière séance de l'Académie de médecine : l'une est un rapport de M. Piorry sur l'emploi des lavements aluminés dans le traitement de la dysentérie; l'autre, celle de M. Sales-Girons sur la respiration des eaux minérales *fragmentées* et non réduites en vapeurs. Nous donnons plus loin une analyse suffisante de ces deux travaux.

A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

APPLICATIONS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES DE L'OPHTHALMOSCOPIE, par M. DE LA CALLE (1).

Première partie. — Applications physiologiques.

La lumière traverse, sans trouver aucun obstacle, les milieux de l'œil pour s'arrêter au niveau du fond de l'organe, qui apparaît d'abord, nous l'avons dit, comme une partie d'une couleur rouge uniforme; à mesure que l'on se place convenablement pour éclairer les organes placés profondément dans l'œil et qu'on les grossit suffisamment, on les voit se dessiner nettement.

La papille du nerf optique, par sa grandeur relative et par sa couleur blanche éclatante, constitue un excellent point de repère : cet organe, duquel émergent tous les vaisseaux rétiniens, est celui que l'on devra tout d'abord tâcher d'apercevoir : nous allons donc en donner une description aussi minutieuse que possible.

1° *Papille du nerf optique.*

Moyen de l'apercevoir facilement. — On doit d'abord engager le malade, pour voir ce petit organe, à regarder en haut et un peu en dedans, parce que la papille, qui n'est autre chose que l'extrémité antérieure du nerf optique, n'occupe pas le centre de la rétine, mais un point placé en dedans et un peu au-dessous du précédent : il faut se placer de manière à bien voir un vaisseau et le suivre jusqu'à son point de départ, au niveau duquel on trouvera la papille.

(1) Extrait de sa Thèse inaugurale.

---

l'Académie ou par l'achat au profit de l'État, c'est la seule manière convenable de satisfaire à la fois au droit de propriété et d'invention et à celui de l'humanité. Nous nous associons donc au blâme déversé par la presse anglaise sur les gouverneurs de l'hôpital de Middlesex, comme nous félicitons, par contre, les gouverneurs de l'hôpital de Brompton, d'avoir repoussé la proposition à eux faite par M. Churchill d'expérimenter des remèdes secrets dans cette institution consacrée aux phthisiques.

— Nous vous avons entretenu d'un projet de modification grave à la constitution de l'Académie de médecine : voici ce qui s'était passé. Un membre du conseil d'administration avait, sur sa propre initiative, rédigé et lu une note dans laquelle il exposait des vues toutes personnelles dont l'application aurait pour effet, suivant lui, de rehausser l'éclat et l'autorité de l'Académie. D'après cette note, l'Académie aurait cessé d'exister à titre indépendant, et serait devenue une annexe ou plutôt une *section* de l'Académie des sciences. Un journal avait dit qu'une partie des membres seulement passeraient à l'Institut : c'était une erreur. Il s'agissait, nous le répétons, d'absorber l'Académie tout entière dans le grand foyer du palais Mazarin. Il ne paraît pas qu'on ait donné suite à ce projet, même au sein du conseil, ce qui peut être attribué, du reste, à l'absence momentanée de l'auteur de la note. Quant à l'autorité, il est assez vraisemblable qu'elle n'en est pas même avertie.

Pour dire librement toute notre pensée, malgré toute notre sympathie pour l'esprit distingué qui a imaginé la mesure, nous regretterions que celle-ci fût appliquée. Qu'on grossisse la part de la médecine à l'Académie des sciences, à la bonne heure ; mais qu'on laisse subsister l'Académie de médecine ! Ce corps savant, tel qu'il est aujourd'hui, avec son indépendance, son animation, ses franchises de langage, ses licences même, est le lit où la vie médicale s'épanche par la parole comme elle s'épanche par la plume dans le journalisme, lit trop bruyant pour le lieu solennel et paisible où l'on voudrait la faire passer.

— M. le professeur Piorry ignore peut-être qu'il est menacé, en Italie, comme réformateur de la langue médicale, d'une concurrence des plus inquiétantes. Si nous avons l'avantage de le lui ap-

Cet organe se présente à nous sous la forme d'un petit disque d'une couleur blanche éclatante, se détachant au milieu d'un champ rouge, selon la belle comparaison de M. Desmarres, comme la lune sur le ciel par une belle nuit. Cet organe fait une très légère saillie sur les parties environnantes, ce que l'on reconnaît à une petite ombre portée qu'on perçoit sur un côté de sa circonférence.

Dimensions de la papille. — Ces dimensions varient suivant qu'on les étudie sur le cadavre, après avoir enlevé toutes les parties de l'œil placées au-devant de la rétine, ou sur le vivant, au moyen de l'ophthalmoscope; différence dont on se rend parfaitement compte par la réfrangibilité des milieux de l'œil, qui les exagère d'une manière notable.

Sur le cadavre, la papille du nerf optique a le diamètre d'une ligne (Huschke).

La grandeur qu'elle offre sur le vivant, quand on l'examine avec l'ophthalmoscope, varie chez les différents individus: elle varie surtout avec l'état de myopie ou de presbytie de la personne qu'on examine.

Quand il n'y a ni myopie ni presbytie, la papille, vue à travers une lentille biconvexe, 1 3/4, a un diamètre de 3 lignes environ.

Chez les myopes, quand on l'examine sans employer la lentille grossissante, la lentille apparaît avec des dimensions tellement considérables, qu'elle occupe presque la totalité du champ pupillaire, si l'on n'a pas dilaté artificiellement la pupille. Et si l'on vient à la regarder à travers un verre grossissant, au lieu de l'apercevoir plus grande, on la trouve au contraire plus petite que dans tous les autres cas.

Chez les presbytes, il arrive tout à fait l'inverse; ainsi la papille présente des dimensions beaucoup plus considérables quand on fait usage de la lentille grossissante.

Ces observations sont d'une exactitude telle, qu'aux simples dimensions de la papille on peut dire si l'individu est myope ou presbyte; c'est ce que nous voyons faire tous les jours à notre habile maître M. Desmarres.

De ces connaissances découlent des règles pour l'emploi des lentilles de grossissements variés. Ainsi donc, pour les myopes, il faut employer une lentille d'autant moins forte que la myopie est plus marquée.

Pour les presbytes, il est nécessaire d'employer un numéro plus grossissant.

Pour les individus très légèrement myopes ou, comme moi, doués d'une bonne vue, le numéro le plus utile est 1 3/4.

Utilité d'employer habituellement une même lentille. — Les dimensions et la forme de la papille peuvent apparaître changées, dans les cas où l'on se servirait d'une lentille autre que celle qu'on avait employée auparavant; ou bien avec la même lentille, quand on la place un peu trop en haut ou en bas. Pour parer à cet inconvénient, qui peut donner lieu à des erreurs, M. Desmarres conseille de se servir habituellement du même numéro, et de déplacer la lentille dans tous les sens, aussitôt qu'on aura vu le fond de l'œil, la papille, pour reconnaître l'influence de la position de l'instrument sur la forme et les dimensions qu'on observe. Cette habitude une fois prise, on peut juger comparativement de la grandeur de la papille chez les différents individus, ce qui a de l'importance en pathologie, comme nous le verrons en temps et lieu.

Vaisseaux de la papille. — D'un point de la surface de la papille, qui n'est pas toujours son centre, on voit naître un certain nombre de vaisseaux, qui se distribuent sur sa surface en suivant une direction analogue à celle des rais d'une roue, auxquels ils ressemblent par leur aspect de lignes droites. Ces vaisseaux sont, les uns des artères, et les autres des veines.

Artères. — Les artères sont plus déliées que les veines, d'une couleur rouge écarlate, et vont, sans diminuer apparemment de calibre, depuis leur point d'émergence jusqu'à la circonférence de la papille. Elles ont de 1/40e à 1/20e de ligne de diamètre; leur nombre est de quatre à cinq.

Veines. — Les veines sont plus grosses que les artères, ont une couleur rouge-brun; elles vont aussi sans diminuer de calibre depuis le centre jusqu'à la circonférence de la papille. Elles sont en nombre variable; mais on en voit en général quatre ou cinq comme les artères.

Battements vasculaires. — On peut développer des battements dans ces deux ordres de vaisseaux, mais beaucoup plus facilement dans les veines, en exerçant une compression sur l'œil avec un des doigts de la main gauche, à laquelle est confiée la lentille. Nous verrons plus tard les applications que ce phénomène reçoit dans la pathologie.

La perception de ces battements artériels et veineux n'est pas, comme on le croirait de prime abord, le détail le plus difficile à observer dans le fond de l'œil; il y en a d'autres qui demandent tout autant d'expérience pour être convenablement aperçus; cependant il est assez délicat pour exiger une grande habitude. Il a servi à M. Desmarres pour porter la conviction dans l'esprit de quelques incrédules; il leur a

---

prendre, nous nous en féliciterons d'autant plus que l'auteur transalpin nous fait bien l'effet d'avoir puisé ses inspirations à la source française, bien qu'il confectionne des mots pour son propre compte et déploie à cette besogne une originalité incontestable. Toutefois, cela n'empêcherait pas le public, dans un jour d'injustice, de passer d'une main dans une autre la palme de la nomenclature. Ce rival, c'est M. le professeur Pasero. On lui doit plusieurs monographies, toutes pleines de cette harmonie et de cette clarté qu'enfante généralement de nos jours le grec accouplé à une langue moderne. Si nous nous en rapportons aux échantillons que M. Antonio Zambiachi met sous nos yeux, dans une petite brochure intitulée *Variétés médicales*, M. Pasero peut avoir des égaux, mais n'a pas de supérieur, en ce genre de mérite. On n'a jamais rien imaginé de mieux, dans le domaine de la PATHOPHTHALMOLOGIE, que la *dacryoadénite*, la *dacryosarciocèle* et l'*afucoconose*. La STOMATOPATHOLOGIE, avec l'*odontolipose*, la *poliodontose*, le *stomatospasme*, la *stomatodiastrophie*, le *chéilospasmogéloïde*, défie manifestement toute rivalité, et nous ne voyons pas ce qu'on pourrait opposer, dans la DERMATOPATHOLOGIE, à la *dermiad[illegible]*, ou au *tricocromose*. M. Pasero, on le voit, était digne de naître dans la patrie de ce Malacarne qui a inventé la *sarcodiorthose*, la *pr[illegible]séodiorthose*, l'*ostéoclusmatodiorthose;* bien plus, la *thorac[illegible]phloseodiorthose*, l'*epiphiseodiacinema* et, de plus fort en plus fort, la *chondrodiastremmatodiorthose*. Ce serait à se pâmer d'aise, si l'on n'avait déjà le goût blasé par les *misophilanthropopan[illegible]pies*, qui ont distrait Paris en 1833, par le *peinthéphilad[illegible]rézidarnézulmèzidore* de madame de Genlis, agréable mot qu'il suffisait de prononcer neuf fois pour guérir du choléra, ou enfin par la plainte touchante de Chiquanous, à qui l'on avait *morrambouzevezangouzequoquemorguatasachacguevezinemaffressé* l'œil.

— Vous connaissez le *vol au médecin*, mais vous n'en connaissez peut-être qu'une variété, qui est le vol à domicile. En voici une seconde, qu'ont racontée récemment les grands journaux, et qui est bien encore le vol à domicile, mais au domicile du client. Un confrère célèbre est appelé auprès d'un étranger, qu'il trouve au lit, en proie à de grandes souffrances. L'ordonnance formulée, il

fait prendre le pouls du malade, et en indiquant le rhythme circulatoire il a fait disparaître tous les doutes.

On pourrait cependant à la rigueur prétendre que l'on se guide par les battements d'un des vaisseaux de la paupière; mais il serait facile de rendre le doute impossible, en faisant comprimer par une autre personne l'œil du malade, ou, ce qui vaut bien mieux, en interposant entre l'œil et les doigts qui compriment un corps qui ne permît pas de percevoir les pulsations artérielles, un dé à coudre, par exemple.

2° *Rétine.*

La rétine occupe tout le champ rouge qui entoure de toutes parts la papille du nerf optique. Cette membrane est transparente, et l'on aperçoit à travers sa substance les parties sous-jacentes de la même manière que l'on voit les objets à travers les carreaux de nos fenêtres : sans les vaisseaux qui la parcourent, il serait impossible de la distinguer. Elle forme un champ concave, rouge, sillonné par des vaisseaux, à travers lequel nous voyons les arborisations noirâtres du pigmentum choroïdien.

Vaisseaux de la rétine. — Ces vaisseaux, de même que ceux de la papille, dont ils ne sont d'ailleurs que la prolongation, sont les uns des artères, et les autres des veines.

Artères. — Les artères présentent les mêmes caractères que celles de la papille; elles sont rouges, et en diminuant de calibre se dirigent en rayonnant vers la partie antérieure de cette membrane, tout en présentant de légères flexuosités et des ramifications peu nombreuses qui s'anastomosent entre elles. Leur nombre est le même que celui des artères papillaires, dont elles ne sont, comme nous l'avons dit, que la continuation.

Veines. — Les veines sont plus considérables, plus faciles à voir et à dessiner; elles ont la même distribution que les artères, et leur nombre est égal à celui des veines de la papille. Leur calibre va en augmentant de l'*ora serrata* vers la papille.

Quant aux battements des vaisseaux rétiniens, on ne peut pas les percevoir; cela tient au calibre inférieur de ces vaisseaux.

Macula lutea. — La macula lutea, ou tache jaune, n'est pas du tout visible au moyen de l'ophthalmoscope. J'ai passé bien du temps à la chercher du côté externe de la papille, point sur lequel on devrait la voir, si elle était visible, puisque les organes placés au niveau du fond de l'œil se perçoivent dans un ordre renversé quand on emploie la lentille biconvexe; je déclare que jamais je n'ai pu rien apercevoir qui pût me faire soupçonner sa présence.

J'avais écrit ceci, quand me trouvant un jour dans le cabinet de M. Desmarres, un des élèves les plus distingués de M. Donders (d'Utrecht), M. Moll, me la fit voir au moyen de l'ophthalmoscope de son maître. Cette tache, dont on ne voit que le point central, se présente sous l'aspect d'un petit point brillant, d'une couleur jaunâtre et comme déprimé à son centre; c'est probablement le foramen cæcum.

Plica transversalis. — On ne voit pas le plica transversalis que les anatomistes ont trouvé sur le cadavre, et qu'ils placent au niveau de la macula lutea. L'ophthalmoscope qui fait voir des détails bien plus délicats, tels que de légers exsudats, placés sur la rétine, des scléro-choroïdites commençantes, etc., permettrait d'apercevoir assurément de même ce pli, s'il existait réellement. Cette donnée négative que fournit l'ophthalmoscope sur l'existence de ce pli est en harmonie avec l'opinion des anatomistes Rosas et Dalrymple, qui le considèrent comme une modification cadavérique, qu'ils expliquent par l'affaissement des yeux.

3° *Choroïde.*

Grâce à la transparence de la rétine, nous sommes en mesure d'étudier la choroïde sur l'œil de l'homme vivant. Cette membrane présente à nos regards un grand nombre de traînées noirâtres irrégulières pour la direction comme pour la forme; ces traînées partent de la circonférence de la papille du nerf optique et suivent des lignes d'inégale longueur plus ou moins courbes, qui semblent parfois se bifurquer et se portent en définitive du côté de l'*ora serrata* vers la partie antérieure du globe de l'œil: le tout forme un ensemble des plus curieux et dont l'observation pourra seule donner une idée nette. Ces traînées noirâtres sont formées par des dépôts de cellules pigmentaires de la choroïde qui apparaissent avec une couleur noire moins intense à travers la couleur rosée de la rétine.

Quelquefois on voit, outre ces rayons de pigmentum, des lignes demi-annulaires, formées de pigmentum aussi et qui entourent la papille du nerf optique.

Différentes colorations des traînées choroïdiennes sur les différents sujets. — Les arborisations choroïdiennes ne présentent pas la même coloration chez tous les individus. Il existe un rapport constant, en général, entre la couleur de la peau et celle de la choroïde; ainsi, les individus à peau brune ont une choroïde fortement chargée de pigmentum,

---

se retire, promettant de revenir le soir. Dans la soirée, en effet, il entre.... O merveille! ô pouvoir de la science! Le malade est debout, nous voulons dire assis à une table de jeu, en compagnie de gais compères. Notre Hippocrate est invité à se mettre de la partie, et comme le traditionnel *serment* ne s'y oppose pas, le voilà qui prend place. Au bout d'une heure, il rentrait chez lui d'un pas d'autant plus léger que sa bourse était vide. Le lendemain, même exercice et même résultat. Le troisième jour, la perte se montait à 25,000 francs. Le quatrième, c'étaient les clients eux-mêmes qui étaient perdus; mais la police les cherchait.

— Les Kabyles sont moins Arabes que ce client-là, comme vous allez voir. Dans la guerre de Kabylie, qui s'achève en ce moment, le docteur Bertherand, l'intelligent directeur de la GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE, s'est engagé, avec un interprète, dans les villages les plus éloignés, en plein pays ennemi, semant partout les secours de l'art, apprivoisant ces sauvages, non aux accents de sa lyre, qu'il n'avait pas avec lui, mais avec les merveilles du bistouri, ce qui était beaucoup plus difficile. Les Kabyles répugnent extrêmement aux opérations : M. Bertherand est parvenu néanmoins à en opérer un bon nombre, et n'a pas craint de se servir du chloroforme. On ne pouvait pas mieux s'y prendre pour endormir une haine de race, et cette campagne fait autant d'honneur à la sagacité qu'à l'intelligence de notre confrère.

— Il paraît bien que les femmes blondes avaient, dans l'antiquité, le pas sur les femmes brunes. C'est peut-être parce que les femmes brunes étaient en grande majorité sous le ciel d'Athènes et d'Italie. L'homme n'est jamais content. Toujours est-il que Cérès était blonde, blonde Vénus, blonde Junon, blondes toutes les filles de l'Olympe, toutes les nymphes des bois et des eaux. La race brune était aux Enfers, Proserpine en tête, ce qui n'est pas galant pour cette nuance. Les poëtes aussi avaient un goût prononcé pour les cheveux couleur d'épis mûrs, et le cheveu qu'Iris vint couper sur la tête de Didon l'Égyptienne était blond, *flavum crinem*. Or, au temps de paganisme où nous sommes, cette sorte de culte devait renaître. De riches oisifs ont fondé à Paris une *Société pour l'encouragement et la propagation des femmes blondes*. Chaque membre prend

par opposition à ceux qui ont une peau très blanche et les cheveux blonds, chez qui la membrane qui nous occupe est très peu colorée. Ce défaut de coloration se présente à un degré extrême chez les albinos. Chez eux, la teinte de ces traînées est si claire, qu'elles ne s'aperçoivent pas ; et le fond de l'œil, à l'exception de la papille du nerf optique, présenté une coloration rose presque uniforme : cette absence du pigmentum donne au fond de l'œil la propriété de refléter la lumière avec énergie, et par là s'explique le trouble que détermine chez les albinos la vision au grand jour.

Deuxième partie. — Applications pathologiques.

I. — Maladies de la cornée.

Il y a véritablement peu de maladies de la cornée pour le diagnostic desquelles l'ophthalmoscope soit très utile ; nous nous bornerons à signaler les petites taches de la kératite ponctuée, et les petites ulcérations de la cornée, dont le diagnostic est facilité par l'ophthalmoscope, quoique ce ne soit pas le seul moyen de l'établir.....

II. — Affections de l'appareil cristallinien.

Les altérations que l'on observe dans ces parties de l'œil sont : les opacités de la lentille (cataractes lenticulaires) et les opacités de la capsule (cataractes capsulaires).

1° *Cataractes cristallines.*

Quand cette affection a envahi la totalité du cristallin, ou que du moins elle a acquis un certain degré de développement, elle est d'un diagnostic extrêmement facile. Mais le chirurgien est souvent consulté à une époque où l'affection est uniquement constituée par quelques stries fines placées, soit au centre, soit à la circonférence ; l'examen à l'œil nu est alors insuffisant, même quand il est fait par un chirurgien expérimenté ; dans les cas de ce genre, et devant des symptômes physiologiques qui appartiennent à une amblyopie, on reste dans le doute, ce qui est très heureux pour le malade ; ou bien, comme nous l'avons indiqué précédemment, on diagnostique une amblyopie, et l'on institue, en conséquence, un traitement qui est pour le moins inutile. Pour éviter cette erreur, il suffit d'employer l'ophthalmoscope : armé de cet instrument, le chirurgien ne peut pas, s'il examine convenablement l'œil affecté, méconnaître une maladie qui devient dès lors d'un diagnostic on ne peut plus facile. Il est nécessaire dans quelques circonstances de dilater la pupille, par exemple quand les stries opaques occupent la circonférence de la lentille. On n'oubliera pas qu'il importe d'employer une faible lumière dans les cas où l'on explore les milieux réfringents de l'œil.

Moyen de distinguer les stries placées à la partie antérieure d'avec celles qui se trouvent vers la face postérieure de la lentille. — L'ophthalmoscope permet aussi de déterminer le véritable siége de ces stries qui, comme tout le monde le sait, peuvent se trouver sur la face antérieure ou sur la face postérieure du cristallin. Dans ce dernier cas, on se servira avec succès de l'artifice suivant, dont nous devons la connaissance à M. Desmarres. Si les stries sont abondantes, après les avoir vues très nettement, on engagera le malade à porter sa tête fortement en arrière ; elles se cachent alors en grande partie derrière le segment inférieur de l'iris, pour ne laisser voir que la partie antérieure de la lentille avec sa transparence physiologique.

S'il n'y a qu'une seule strie opaque, le diagnostic est très facile : on fixe la tache et l'on fait regarder le malade, je suppose en haut ; on s'aperçoit alors que la tache, au lieu d'être entraînée en haut, comme cela devrait être si elle était placée sur sa face antérieure, est au contraire portée en bas, et à tel point qu'elle arrive à se cacher derrière la portion inférieure de l'iris. Par contre, si le malade regarde en bas, on voit l'opacité remonter. Ces changements de position sont impossibles quand les taches sont placées sur la face antérieure de la lentille.

2° *Cataractes capsulaires.*

Ce que nous avons dit des cataractes cristallines est applicable à cette deuxième espèce de cataractes.

Le diagnostic différentiel des cataractes cristallines et des corps flottants de l'humeur vitrée sera fait quand nous décrirons les corpuscules flottants du corps vitré.

Pour compléter l'étude des obstacles que peuvent rencontrer les rayons lumineux au niveau de la lentille cristalline, nous dirons quelques mots de la cataracte pigmentaire : le diagnostic de cette affection présente parfois des difficultés si considérables, qu'elle vient alors augmenter le nombre de ces prétendues amblyopies dont nous avons déjà parlé ; aucun des moyens aujourd hui connus ne conduit aussi facilement que l'emploi de l'ophthalmoscope au diagnostic de cette maladie : avec l'instrument nouveau, on reconnaît parfaitement la pseudo-membrane, dont la présence arrête au niveau de

---

l'engagement de ne donner sa main ou même ses affections les plus passagères qu'à une chevelure plus ou moins dorée, et toute infraction à cette règle capitale des statuts est punie d'une amende de 25,000 francs. On ne dit pas à quoi doivent servir les sommes ainsi accumulées. Peut être à donner des prix aux mères qui procréent des enfants carotte, ou encore à teindre en or les cheveux du sexe brun.

— Terminons par une chose sérieuse, honoré confrère. L'hygiène aura bientôt un nouvel organe. MM. Tholozan et de Pietra-Santa annoncent une revue mensuelle qui sera entièrement consacrée à cette branche de la médecine. Il nous semble que, à côté des Annales d'hygiène, dont la valeur est appréciée de tout le monde, il y a place pour une feuille plus spécialement vouée à l'actualité, suivant jour à jour, selon les termes du programme, *le mouvement des esprits et des institutions*, recherchant les besoins, indiquant les moyens de les satisfaire, se livrant à des études sérieuses sur les grands travaux de démolition et de construction où la santé publique est intéressée, se mettant en rapport avec les établissements de bienfaisance, avec les conseils d'hygiène, avec les sociétés d'agriculture, etc. Les Annales d'hygiène sont un *recueil* ; la Revue d'hygiène, si nous comprenons bien son projet, sera un *journal*. Cette différence essentielle justifie d'un mot l'entreprise et nous fait tendre des bras d'une aune à nos nouveaux collègues.

A. Dechambre.

Un pharmacien d'Anvers a intenté une action judiciaire contre un chirurgien qui détournait les malades de son officine en disant que les médicaments y étaient mal préparés, et indiquait en même temps un autre pharmacien chez lequel il engageait ses clients à aller. Le tribunal a condamné le chirurgien à payer 50 francs à titre de dommages-intérêts et aux frais du procès.

— Le docteur J.-H.-T. Cayol vient de mourir à Sèvres (Seine-et-Oise), de phthisie pulmonaire, à l'âge de trente-cinq ans. M. Cayol était le fils unique de feu Cayol, l'ancien professeur de clinique à la Faculté de médecine de Paris, le fondateur de la *Revue médicale*, mort l'année dernière.

l'iris les rayons lumineux envoyés par l'ophthalmoscope, ou bien la série des points pigmentaires dans les cas de cataracte pigmentaire incomplète.

III. — Maladies du corps vitré.

Les affections de ce milieu de l'œil que l'ophthalmoscope a révélées ou qu'il a fait mieux connaître sont : les *corps flottants*, l'*état jumenteux*, le *synchysis étincelant*, les *épanchements sanguins*. Nous remettrons l'étude des cysticerques du corps vitré à l'article *Cysticerques intra-oculaires*, placé à la fin de la pathologie de la rétine.

Dans l'exploration du corps vitré, il n'est pas nécessaire de se servir de la lentille biconvexe.

1° *Corps flottants.*

Cette affection est caractérisée par la présence dans le corps vitré de corpuscules de forme et de dimensions variables, qui se meuvent librement en tous sens dans les différents mouvements de l'œil. Ils affectent en général la forme de petits corps noirs; mais ils peuvent, quoique plus rarement, se présenter comme des toiles noires comparables à des toiles d'araignée, entièrement libres ou attachées, ce qui est l'exception, par une de leurs extrémités.

Nature de ces corpuscules. — La nature de ces corps n'est pas encore connue d'une manière complétement satisfaisante. D'après M. Desmarres, on aurait à choisir entre les deux dispositions suivantes : ou bien ce seraient des produits fibro-albumineux exsudés à la suite d'un état inflammatoire des membranes internes de l'œil, et qui se présentent à l'ophthalmoscope colorés en noir, malgré leur teinte blanche, parce qu'ils absorbent la lumière; ou bien ce sont des épanchements sanguins plus ou moins divisés par leur agitation dans ce milieu réfringent. Il se pourrait cependant qu'ils fussent le résultat de ces deux causes en même temps; toutefois, la dernière nous semble devoir être invoquée pour expliquer la formation des corps flottants qui affectent la forme des toiles. La question, comme on le voit, n'est pas encore suffisamment étudiée, et la science attend des études nécroscopiques la solution de ce point intéressant de la pathologie.

Moyen d'observer les corps flottants. — Pour les apercevoir, il faut engager le malade à regarder en haut, en bas et sur les côtés avec assez de rapidité pour que, venant à se déplacer, ils traversent le champ pupillaire dans diverses directions ; ils deviennent alors parfaitement visibles.

Diagnostic différentiel des corps flottants de l'humeur vitrée et des stries opaques du cristallin. — Ces corpuscules flottants dans l'humeur vitrée peuvent simuler des taches cristallines, parce que ces dernières se déplacent avec la lentille quand on fait regarder le malade dans différentes directions ; il est cependant, avec un peu d'attention, facile d'établir le diagnostic différentiel ; s'il s'agit des corps flottants, on observera des mouvements qui ne seront pas toujours identiques, alors qu'on fera déplacer l'œil de la même façon ; la locomotion des taches cristallines est au contraire intimement liée à celle de l'œil ; quand on indique au malade deux points qu'il doit alternativement fixer, on voit toujours les taches cristallines se déplacer de la même manière ; elles sont entraînées par les mouvements de la lentille, le déplacement qu'elles subissent est un déplacement emprunté.

M. Desmarres signale encore une autre cause d'erreur. La papille du nerf optique peut en imposer, surtout chez les myopes, pour un corps étranger libre dans le corps vitré. En effet, dans les mouvements que l'on fait exécuter à l'œil pour l'explorer convenablement, la papille se déplace avec l'œil et semble traverser le champ pupillaire ; et comme elle est d'une couleur blanche éclatante, elle donne des images qui font souvent croire à l'existence d'un corps étranger se mouvant dans le corps vitré. On peut aussi éviter cette méprise, si l'on sait bien voir la papille, en engageant le malade à faire des mouvements moins rapides. De cette manière, on parvient à reconnaître que c'est la papille que l'on aperçoit dans le fond de l'œil et non un corps étranger quelconque.....

2° *État jumenteux du corps vitré.*

M. Desmarres a donné ce nom véritablement heureux à un trouble plus ou moins considérable de ce milieu, dont la transparence se trouve altérée par une quantité plus ou moins notable de corpuscules microscopiques qui lui donnent l'aspect de l'urine des herbivores. Quand cette affection existe, il est difficile, comme on le pense bien, d'apercevoir les organes placés dans la profondeur de l'œil; on peut cependant distinguer la papille du nerf optique « comme on voit le soleil dans le ciel à travers un brouillard épais. »

Nature de ces corpuscules. — Ce sont probablement de très petits flocons albumino-fibrineux dont l'origine remonte à un état inflammatoire antérieur.

M. Desmarres nous a raconté que, la première fois qu'il se trouva en présence de cette affection, il attribua la difficulté qu'il rencontrait à éclairer le fond de l'œil, à ce que la lentille dont il se servait n'était pas parfaitement transparente ; il la nettoya convenablement, et concentrant toute son attention sur les parties que la lumière traversait, il arriva à reconnaître cette affection curieuse.

3° *Synchysis étincelant de l'humeur vitrée.*

M. Desmarres a décrit cette affection, qui consiste dans la présence d'une foule de petites paillettes très brillantes qui se meuvent librement dans ce milieu, et que l'on observe surtout quand l'œil se déplace. Ces paillettes ont été soumises à l'analyse chimique, et on les a trouvées formées de cholestérine..... On voit quelquefois cette affection coïncider avec le synchysis étincelant. Cette double altération présente à l'ophthalmoscope un spectacle des plus beaux, surtout quand il existe de ces larges corpuscules qui ressemblent à des toiles d'araignées; celles-ci apparaissent alors comme saupoudrées d'une matière lumineuse, qui affecte souvent toutes les couleurs et qui produit un effet très élégant. Dans les mouvements de l'œil, les paillettes de cholestérine se déplacent dans toutes les directions et simulent, d'après la belle comparaison de M. Desmarres, le bouquet d'un feu d'artifice.

4° *Épanchements sanguins.*

L'humeur vitrée est sujette à des épanchements de ce genre qui, en général, proviennent d'une déchirure des vaisseaux rétiniens : ils peuvent aussi être produits par une apoplexie sous-rétinienne ; le sang se portant du côté où l'obstacle est moindre, c'est-à-dire du côté de la rétine, pousse cette membrane en avant, la déchire et s'épanche dès lors dans le corps vitré, où il apparaît sous la forme liquide et avec une couleur rouge quand l'irruption est récente, ou bien sous la forme de corps flottants dans les cas contraires.....

(*La fin à un prochain numéro.*)

III.

CORRESPONDANCE.

Sur la glycogénie.

La lettre suivante a été adressée par M. Barreswil à M. Fauconneau-Dufresne, à l'occasion des considérations qu'il vient de publier sur la nature et le traitement du diabète.

Monsieur et cher docteur, dans le n° du 19 juin de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, vous attribuez à M. Bernard seul le fait de la découverte du sucre dans le foie : permettez-moi de vous dire que vous commettez une erreur que partagent, depuis longtemps, tous les physiologistes, en raison de mon long silence.

La preuve du sucre dans le foie des herbivores et même des carnivores nourris exclusivement de viande a été présentée à l'Académie des sciences par MM. Bernard et Barreswil, *en collaboration*.

Maintenant, le sucre que l'on retrouve dans le sang est-il *fabriqué* par le foie ou seulement *cédé* par cet organe, qui le tiendrait pour ainsi dire en magasin, soit à l'état de sucre (herbivores), soit à l'état de matière susceptible d'en produire (carnivores) ? Le foie est-il préparateur de ce sucre ou simplement condensateur et distributeur de ce produit ou de produits analogues susceptibles d'être transformés en sucre dans le sang et qu'il retiendrait comme il retient, par exemple, l'arsenic ? Tel est le problème qui excite aujourd'hui les recherches de tous les physiologistes, et sur lequel j'aurai à dire mon mot au point de vue des expériences chimiques qui me sont propres.

Agréez, etc.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 6 JUILLET 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — *Etudes sur les fonctions et les propriétés des nerfs crâniens chez les dytisques*, par M. *E. Faivre*. — L'auteur résume ses expériences dans les conclusions suivantes : Il y a en quelque sorte trois centres nerveux d'où sortent les nerfs crâniens présidant à des actes distincts ; en effet, l'ablation du ganglion sous-œsophagien rend impossible la préhension, et surtout la mastication. Au contraire, la déglutition, les propriétés des antennes persistent. L'ablation du ganglion frontal détruit la déglutition ; la mastication persiste, les antennes restent mobiles et sensibles. En un mot, le ganglion sous-œsophagien est en rapport avec la préhension et la mastication, le sus-œsophagien avec les propriétés des antennes ; le frontal préside à la déglutition. Si nous ajoutons que les nerfs crâniens ne s'entre-croisent pas, mais qu'ils naissent dans les régions correspondantes de chaque centre nerveux, et que ces nerfs, en général, sont mixtes dès l'origine, nous aurons tiré de nos expériences toutes leurs conséquences légitimes. (*Commission de physiologie expérimentale.*)

CHIMIE. — *Analyse des os*, par M. *H. Bonnet*. — Suivant l'auteur, les analyses des os qui ont été faites jusqu'à présent sont défectueuses. Les erreurs dont elles sont entachées viennent de trois sources : 1° de la difficulté d'isoler le phosphate de chaux et le phosphate de magnésie, qui se conduisent exactement de la même manière avec les réactifs ; 2° des tentatives qu'on a faites pour indiquer la quantité d'eau contenue dans un os, ce qui paraît à M. Bonnet tout à fait impossible ; 3° du procédé employé pour donner le poids de la matière organique, et qui consiste à comparer le poids de l'os desséché avec celui de l'os incinéré par la chaleur d'un moufle. Cela est faux, dit M. Bonnet, car pour brûler de la matière organique, on est obligé de pousser la chaleur assez loin ; on enlève par conséquent en même temps à la matière minérale un acide carbonique dont on ne tient pas compte.

L'auteur décrit longuement la méthode analytique qu'il a imaginée pour arriver à des résultats plus satisfaisants. (*Comm.* : MM. Chevreul, Pelouze, Balard.)

THÉRAPEUTIQUE. — *Etudes hydrologiques sur les eaux minérales naturelles alcalines, gazeuses, de Cadillac* (Tarn), par M. *Tampier*. — L'auteur s'attache à prouver que les eaux de Cadillac, alcalines, gazeuses, ferrugineuses et iodurées à la fois, peuvent recevoir des applications nombreuses et variées, soit comme eaux hygiéniques (eaux de table succédanées des eaux de Seltz naturelles), soit comme eaux médicinales dans un grand nombre d'affections chroniques et dans la convalescence de beaucoup de maladies aiguës. (*Comm.* : MM. Pelouze, Rayer, Bussy.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 14 JUILLET 1857. — PRÉSIDENCE DE M. B[illegible].

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. L'ampliation d'un arrêté, en date du 17 juin 1857, par lequel est approuvée l'insertion au Codex de la formule du *Quinium* ou extrait alcoolique de quinquina et de chaux, proposée par MM. *Labarraque* et Comp. — *b*. Deux rapports de MM. les docteurs *Bertrand* et *Pénissat*, sur le service médical des eaux du Mont-[illegible] et de Chateauneuf, pendant l'année 1855. (*Commission des eaux minérales.*) — *c*. Le tableau des vaccinations pratiquées en 1856 dans le département de la Corse. (*Commission de vaccine.*)

2° L'Académie reçoit : — *a*. Une lettre de M. le professeur *Moquin-Tandon* [illegible] lettre de M. le docteur *Hardy*, médecin de l'hôpital Saint-Louis, qui prie l'Académie de vouloir bien les comprendre au nombre des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. (*Renvoi à la section.*) — *b*. Une note de M. *Bonnafont*, sur l'emploi du chloroforme. — *c*. Une [illegible] M. *Duroy*, pharmacien à Paris, contenant quelques documents rectificatifs [illegible] discours de M. Robert touchant les appareils à chloroforme. (*Renvoyée à M. Robert.*) — *d*. Une lettre de M. le docteur *Letenneur* (de Nantes), accompagnant [illegible] brochure intitulée : *Études cliniques sur l'herpès tonsurant*, par M. *Malherbe*, suivie de réflexions, par M. *Letenneur*. (*Renvoyée à la commission chargée de l'examen du travail de M. Reynal.*) — *e*. Une note de M. le docteur *Collongues* (de Paris) [illegible] quant le parti avantageux qu'on pourrait tirer de l'emploi du dynamoscope dans [illegible]risation. — *f*. Une lettre par laquelle M. le docteur *Gama*, ex-médecin en chef des armées d'Espagne, annonce qu'il fait hommage à l'Académie de vingt exemplaires [illegible] publication qu'il a fait dernièrement paraître et qui a pour titre : *Esquisse* [illegible] *de Guttenberg*. — *g*. Un travail de M. le docteur *Sales-Girons*, ayant pour titre : *Observations cliniques recueillies dans la salle de respiration nouvelle* [illegible] *à l'établissement de Pierrefonds*.

« Jusqu'à ces derniers temps, les chambres d'inhalation ne donnaient à respirer [illegible] eaux qu'à l'état de vapeur, c'est-à-dire distillées ou privées de la plupart des [illegible] qu'elles renferment. M. Sales-Girons a pensé que, si au lieu de vaporiser les eaux, on les divisait en poussière dans l'espace d'une salle, les malades les respireraient [illegible] fragmentées avec tous les médicaments qu'elles portent à la source. Ce résultat [illegible] obtenu au moyen d'un appareil qui fonctionne à l'établissement thermal de Pierrefonds et qui poudroie l'eau sulfureuse de manière à la rendre aussi parfaitement respirable qu'à l'état de vapeur.

» L'auteur fait ressortir les autres avantages que présente son perfectionnement [illegible] la salle de respiration de Pierrefonds fonctionne à la température extérieure, et [illegible] fenêtres ne peuvent rester ouvertes durant la séance : deux conditions majeures [illegible] il s'agit de maladies de poitrine.

» M. Sales-Girons termine son mémoire en annonçant à l'Académie qu'il dispose [illegible] chose pour ouvrir aux malades de la poitrine une *saison d'automne* après la saison d'été, se fondant sur l'aphorisme toujours vrai : *Autumnus tabidis malus !* qui [illegible] que c'est surtout *en automne* qu'il serait rationnel de traiter ces malades. » (*Commission des eaux minérales.*)

M. *Depaul* met sous les yeux de l'Académie un forceps et un céphalotribe nouveaux, de l'invention de M. le docteur *Valette*, chirurgien en chef de la Maternité de Lyon.

Lectures et Rapports.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE. — M. *Piorry*, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. *Jolly* et M. *Bally*, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur *Hatton*, médecin à Fresnay (Sarthe), ayant pour titre : *De la dysentérie et de*

... traitement par le sulfate d'alumine et de potasse en lavements. M. Hatton a observé deux épidémies de dysentérie, pendant les années 1854 et 1855, dans les cantons d'Écommoy et de Saint-Pater ; il a recueilli plus de 300 observations.

Après avoir employé avec des résultats variables les évacuations sanguines, les vomitifs, les cathartiques et les narcotiques, M. Hatton a eu recours à la médication substitutive. Chez un certain nombre de malades, l'administration du chlorure de sodium, pris en lavements, deux fois par jour, à la dose de 15 grammes, a paru enrayer la marche de la maladie.

Puis M. Hatton a essayé le sulfate d'alumine et de potasse en injection dans le rectum, à la dose de 1 à 3 grammes pour les enfants, et de 4 à 8 pour les adultes. L'auteur attribue à l'alun l'exercer une action éminemment astringente, irritante et désinfectante.

Les résultats de ce traitement ont été très satisfaisants. 35 malades habitant le plus pauvre quartier d'une commune voisine de Fresnay, ayant été soumis à cette médication, se sont trouvés promptement soulagés et assez rapidement guéris. Dans une autre commune, sur 40 malades, 2 vieillards seulement ont succombé.

Le mémoire de M. le docteur Hatton, dit en terminant M. le rapporteur, présente véritablement de l'intérêt et nous a paru digne de fixer l'attention de l'Académie.

La commission propose de remercier l'auteur de sa communication et de renvoyer son travail au comité de publication. (*Adopté*.)

Discussion sur les anesthésiques.

M. *Devergie :* Vous vous le rappelez, messieurs, dans une discussion qui suivit le rapport de M. Robert sur l'amylène, deux opinions avaient été émises, l'une par M. Gibert, l'autre par M. Velpeau.

M. Gibert attribuait à une seule et même cause la mort des individus soumis à l'éthérisation. Il la rattachait à l'idiosyncrasie et exonérait ainsi complétement les médecins.

D'une autre part, M. Velpeau avait avancé qu'il considérait à peu près comme inutiles les appareils qui avaient été inventés pour pratiquer l'éthérisation.

Dans la communication que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie, je me suis exprimé de la manière suivante en ce qui concerne les causes de la mort par le chloroforme :

« Si, en effet, je recherche sous l'influence de quelle cause la » mort par l'éther, le chloroforme ou l'amylène peut survenir, je » suis porté à penser que cette cause *n'est pas toujours la même.* » (*Bulletin de l'Académie*, p. 822.)

Après avoir rappelé la mort que l'on pourrait rattacher à l'idiosyncrasie du sujet, c'est-à-dire celle qui a lieu dans les premiers moments de l'éthérisation, et après avoir signalé la différence qui existe entre l'homme et les animaux par rapport au mode suivant lequel la mort arrive chez l'un et chez les autres, j'ajoute (p. 823) : « Ainsi l'homme ferait exception ; de là des explications » plus ou moins fondées de la mort : ici, la syncope ; là, une in» fluence morale qui éteint soudainement la vie ; ailleurs, une in» fluence directe sur le cerveau et sur tout le système nerveux, une » action toute spéciale sur le cœur, etc. »

Et plus loin : « Il n'en résulte pas moins que le genre de mort » *n'est pas constamment le même.* » Et tirant ensuite une conclusion de certaines considérations que j'avais émises, j'ajoute « qu'il me paraît impossible de ne pas admettre qu'il est des cas » où la mort *puisse survenir par asphyxie.* »

Je trouve (même page), cette phrase : « Dans certains cas, » même, la mort est probablement due et à l'influence directe du » chloroforme et à l'asphyxie à la fois. »

L'alinéa suivant commence ainsi : « A l'appui de ce genre de » *mort possible par asphyxie*, j'invoquerai... etc. »

Le dernier paragraphe de la page 825 reproduit la même idée.

Enfin, la conclusion ne peut laisser aucun doute à cet égard :

« La mort dans l'éthérisation *peut avoir lieu par asphyxie.*

» Cette asphyxie peut être le résultat de la quantité trop faible d'air qu'on laisse arriver dans les poumons.

» Lorsque l'air n'arrive pas en suffisante quantité dans les poumons, c'est la faute de l'opérateur.

» Placer l'opérateur dans des conditions telles qu'il ne puisse jamais commettre cette faute, etc... »

Ainsi, messieurs, il résulte évidemment pour tout le monde :

1° Que, dans ma communication, je n'ai pas fait de l'asphyxie la cause unique de la mort par le chloroforme ;

2° Que je n'ai présenté l'asphyxie que comme un mode *possible* de mort ;

3° Que je n'ai jamais entendu parler de cette asphyxie *brutale* (que l'on me passe cette expression), comme celle qui résulte d'un tampon que l'on vient à appliquer sur le nez et la bouche d'un individu de manière à mettre tout à coup un obstacle absolu à l'entrée de l'air ; mais bien de cette asphyxie qui résulte d'une insuffisance d'air, laquelle insuffisance devient cause de la mort, soit seule, soit en s'ajoutant à l'action du chloroforme ; car, si tout en faisant inspirer du chloroforme à un malade on avait laissé arriver en même temps une quantité suffisante d'air, la mort ne serait pas survenue.

En présence de ces assertions si nettes, je me demande comment M. Velpeau a pu dire : « Je ne nie pas l'asphyxie, mais il » me semble qu'il n'est pas soutenable de prétendre que la mort » n'arrive jamais que par asphyxie. »

J'ai vu dans la proposition de M. Velpeau, qui considérait les appareils comme inutiles à l'éthérisation, ajoutant que l'éthérisation c'était le chirurgien, j'ai vu, dis-je, un danger au point de vue de la responsabilité médicale. J'ai terminé mon mémoire en ajoutant : « Il y aurait donc lieu de préconiser, dans les éthérisations, l'em» ploi d'appareils à ouvertures fixes et invariables pour l'entrée de » l'air, plutôt que d'en repousser l'usage. »

C'était évidemment la conséquence de la possibilité de l'asphyxie par insuffisance d'air. C'était, au point de vue de la responsabilité médicale, un moyen de couvrir le médecin.

Comment a-t-on encore interprété ma pensée ? On l'a transformée en une proscription absolue des appareils. On a prétendu que je voulais imposer les appareils dans la pratique chirurgicale.

Tandis que, à l'instar de tout médecin qui tient à l'honorabilité du corps médical, je venais dire à mes collègues : Prenez garde ! avec la méthode opératoire qu'on préconise vous êtes à découvert ; vous vous livrez tout entiers au soupçon. Proscrire les appareils, c'est ouvrir une large porte à toutes les suppositions.

Voilà les faits dans toute leur pureté, tels qu'ils ont été primitivement formulés. J'ai la conviction que, si chacun de vous avait pu lire mon mémoire avant la discussion, celle-ci eût été moins pénible pour vous et surtout moins pénible pour moi.

Aujourd'hui, loin de reculer devant une conviction que l'on n'a pas ébranlée, je vais chercher à lui donner plus de poids ; je vais embrasser la question de la responsabilité médicale tout entière, en empruntant à la chirurgie ce qu'il me faut pour l'élucider, sans me préoccuper de l'art en lui-même auquel il ne m'appartient pas de fournir des préceptes ou des procédés opératoires.

M. Gibert et M. Velpeau ont ouvert le feu de la discussion.

M. Gibert a qualifié mon opinion d'*incroyable*. M. Gibert a oublié sans doute que mon opinion relativement aux dangers du chloroforme et à l'utilité des appareils ne m'appartient pas en propre, que c'était aussi celle que professait à cette tribune, en 1849, le savant professeur, l'illustre chirurgien Roux.

M. Velpeau, je l'ai déjà dit, considère les appareils à inhalation comme inutiles.

Avant de discuter cette question, je veux chercher à en résoudre deux autres préalablement :

1° Dans quelle période de l'anesthésie meurent le plus souvent les opérés qu'on soumet aux inhalations d'éther ou de chloroforme ?

2° Existe-t-il, en chirurgie, des règles fixes, écrites, qui constituent l'éthérisation en méthode opératoire ?

Relativement à la première question, je dirai que la mort peut survenir à toutes les phases de l'éthérisation.

La mort arrive assez souvent dès le début. Les explications qu'on a données de ce terrible accident sont très variées ; mais le

plus grand nombre des médecins ont invoqué l'idiosyncrasie des sujets.

Je crois, pour ma part, que l'idiosyncrasie y est rarement pour quelque chose. Qu'est-ce, en effet, que l'idiosyncrasie? C'est une disposition habituelle, invariable, en vertu de laquelle l'économie est affectée d'une manière spéciale mais toujours identique par certaines substances, par certains médicaments, par exemple. C'est ainsi que quelques personnes tolèrent merveilleusement l'opium, tandis que d'autres n'ont jamais pu en supporter les doses les plus minimes.

S'est-on assuré de la constance des effets de l'éther ou du chloroforme sur la même personne pour pouvoir affirmer que ces effets se rattachent à l'idiosyncrasie ?

Une cause bien plus probable de cette espèce de sidération me paraît être l'inhalation brusque d'une quantité considérable et d'une dose pour ainsi dire concentrée de chloroforme ou d'éther, ainsi que l'a fort bien établi M. Maisonneuve au sein de la Société de chirurgie. Quand le malade fait brusquement une large inspiration, il absorbe pour ainsi dire les vapeurs anesthésiques à pleine poitrine. Le tissu pulmonaire et les nerfs pneumogastriques sont immédiatement frappés de stupeur : la mort est instantanée. Cette action immédiate du chloroforme sur le tissu des poumons et sur les branches du pneumogastrique qui s'y distribuent a été rendue incontestable par les expériences de M. Bouisson. D'ailleurs, une congestion brusque et intense du poumon est la seule lésion (avec l'hémorrhagie du mésocéphale, pourtant) qui puisse ainsi tuer instantanément. Sur 47 cas de morts subites survenues sur la voie publique, j'ai trouvé, un seul cas excepté, le tissu pulmonaire extraordinairement engoué dans toute son étendue : d'où j'ai conclu que ces hypérémies intenses et promptes du poumon étaient la cause la plus fréquente des morts subites.

Quand la mort arrive, non plus au début, mais dans le cours des inhalations, elle peut s'expliquer de différentes manières : 1° par l'influence toxique de l'éther ou du chloroforme sur les centres nerveux. Cette action est plus lente que celle qui s'exerce directement sur les pneumogastriques et que nous avons signalée dans les cas de sidération : on pourrait dire qu'elle tue par asphyxie réflexe. Ce genre d'intoxication a été admis par MM. Bérard, Flourens, et d'autres physiologistes éminents.

2° Si la mort survient, 30, 40 ou 50 minutes après le début des inhalations, l'hématose est profondément troublée; le sang artériel prend la teinte du sang veineux; la proportion d'acide carbonique exhalé, qui est augmentée d'abord, diminue rapidement et finit par être nulle (Amussat, Renault, Blandin, Bouisson); enfin, suivant M. Lassaigne, la quantité relative du sérum augmente et celle des éléments plastiques diminue.

3° Il est incontestable que les malades soumis aux anesthésiques peuvent mourir de syncope, qu'elle résulte soit de la frayeur de l'opération, soit de l'influence stupéfiante du chloroforme sur les centres nerveux, soit de l'action des vapeurs anesthésiques sur le cœur, dont elles arrêtent les mouvements. (Robert, Coze, de Strasbourg.)

4° M. Malgaigne, dans son remarquable rapport de 1849, a mis hors de doute la possibilité de la mort par asphyxie. Cette opinion a été admise et développée aussi par MM. Bérard, Blandin, Parchappe, Vidal de Cassis, Denonvilliers. Il n'est pas un chirurgien, vous le savez, qui ne tienne grand compte de l'état de la respiration pendant l'inhalation, et qui ne recommande très expressément de veiller particulièrement sur les mouvements de la cage thoracique.

Les règles relatives à l'emploi des anesthésiques ne sont formulées en manière de Code dans aucun traité de chirurgie. On recommande seulement de tenir autant que possible le malade dans la position horizontale, de l'anesthésier quand il est à jeun, de veiller sur l'état du pouls et celui des parois thoraciques. Ce sont là les préceptes généraux admis et connus de tout le monde.

Le choix de l'anesthésique est laissé à la fantaisie du chirurgien : tel préfère l'éther, tel autre le chloroforme, un troisième l'amylène, etc.

Quant à l'excipient, les goûts sont bien plus divers encore : les uns veulent des appareils spéciaux d'inhalation, les autres les rejettent. Les partisans des appareils ont chacun le sien. Les adversaires de ces instruments spéciaux se servent, l'un d'une éponge, l'autre de charpie, celui-ci d'une compresse, celui-là d'un cornet de papier, etc.

Il n'est donc aucun principe fixe qui règle le choix des instruments; et cependant, messieurs, ce n'est pas là une question oiseuse, indifférente. Vous savez que l'évaporation d'un liquide volatil varie avec l'étendue de la surface, le degré de la température et l'état de calme ou d'agitation de l'air ambiant. Croyez-vous donc que la forme de l'appareil n'influe pas étrangement sur les conditions, sur l'intensité de l'évaporation ?

Le dosage de l'anesthésique est-il nécessaire? Est-il possible?

Vous savez que cette question a reçu des solutions différentes à cette tribune. Pour moi, je soutiens qu'il est possible et qu'il est indispensable de doser les vapeurs anesthésiques inhalées. L'importance du dosage ressort des expériences de M. Renault, de celles de M. Robert et de celles de M. Snow, qui toutes ont établi que la proportion de 8 pour 100 de chloroforme dans l'air suffisait pour tuer un lapin ou un chien.

Il me paraît tout aussi nécessaire de doser les anesthésiques que les autres médicaments toxiques dont on fait journellement usage. Mais, dira-t-on, sur quoi baser votre dosage? Sur la capacité des poumons? Mais où est le moyen de la déterminer? Je sais qu'il y a là une grande difficulté : cependant, je crois qu'on pourra toujours prendre pour base du dosage de l'anesthésique l'ampleur de la poitrine : car il est d'observation que la capacité pulmonaire est, en général, proportionnelle à l'étendue de la cage thoracique.

On objecte encore qu'il n'existe pas d'appareils propres à doser convenablement les vapeurs d'éther ou de chloroforme. On se trompe. L'appareil de M. Duroy (dont l'orateur donne la description et explique le mécanisme) est merveilleusement disposé pour remplir ce but.

J'aborde maintenant la question de la responsabilité médicale. Cette responsabilité est de deux sortes : 1° la responsabilité *morale*, qui est celle qui engage le médecin vis-à-vis de lui-même, vis-à-vis de sa conscience, et qui repose sur les lois éternelles de la probité; 2° la responsabilité *légale*, qui soumet le médecin, comme tous les autres membres de la société, aux prescriptions de l'article 319 du Code pénal, relatif à l'homicide par imprudence.

« Le médecin, s'est écrié M. J. Cloquet, n'est justiciable que de lui-même, de sa conscience, de son savoir et de son expérience!... » M. Cloquet a raison au point de vue de la responsabilité morale; mais le praticien le plus sagace et le plus consciencieux peut pécher par imprudence. Et dans quel cas le médecin pèche-t-il par imprudence? C'est quand il commet une faute lourde en s'écartant des règles de l'art. Vous le voyez, messieurs, la règle couvre donc le médecin; son observance peut seule le protéger contre les poursuites quelquefois intéressées d'une famille. Il est encore une circonstance qui peut mettre le médecin à l'abri : c'est la précaution qu'il aura prise de s'entourer d'un certain nombre de collègues éclairés quand il pratiquera une opération difficile ou dangereuse.

Je vais choisir un exemple qui, je l'espère, frappera tout le monde. Un médecin appelé auprès d'une femme grosse dont les jours sont en péril juge qu'il y a lieu de pratiquer l'avortement artificiel. Il provoque l'accouchement prématuré; sera-t-il poursuivi par la loi? tombera-t-il sous le coup de la justice? Non, s'il a procédé suivant les règles de l'art! Non, s'il a pris soin de s'aider des lumières de quelques-uns de ses confrères et de se faire assister par eux.

En prenant des précautions semblables dans l'administration des anesthésiques, le médecin échappe au soupçon; il se soustrait aux deux suppositions possibles dans cette circonstance, à savoir : ou que le médecin a empoisonné le malade au moyen de l'éther ou du chloroforme, ou bien qu'il l'a asphyxié en ne laissant pas pénétrer dans les poumons une suffisante quantité d'air respirable.

Il n'y a que l'emploi d'un bon appareil d'inhalation qui puisse

être, en cas de malheur, le médecin à l'abri de ces suppositions.

(Ici, l'orateur passe en revue les principales objections qui ont été dirigées contre les appareils.)

En résumé, ajoute M. Devergie, les appareils ont été rejetés par la plus grande partie des chirurgiens, parce qu'ils sont, dit-on, incommodes, insuffisants ou défectueux.

Quant à moi, je leur trouve de grands avantages, et en voici les principaux :

1° Ils assurent au malade une respiration régulière et facile;

2° ils empêchent l'inspiration brusque d'une trop forte proportion de vapeurs anesthésiques capables de sidérer l'opéré dès le début;

3° Enfin, ils sauvegardent la responsabilité du médecin; ils le mettent à l'abri d'une poursuite pour homicide par imprudence.

En insistant sur les dangers de ne pas faire usage d'un de ces appareils, et en invitant mes confrères à s'en servir, en essayant même de leur en faire un devoir, et en leur représentant leur responsabilité engagée dans cette question, ai-je donc, comme l'a dit M. Cazeaux, et comme on s'est plu à le répéter après lui, ai-je mis entre les mains de la justice une arme terrible contre le corps médical? Dieu me garde, messieurs, d'une pareille inconséquence et d'un si dangereux errement! J'ai voulu, au contraire, enlever aux magistrats une des armes que les accidents par le chloroforme leur avaient fournie contre nous. Sans doute, je n'ai pas prétendu imposer l'emploi des appareils à M. Cazeaux, à M. Velpeau, à M. Nélaton, à M. Jobert et à tous les autres grands chirurgiens que leur nom et leur haute expérience protégent suffisamment. Je me suis préoccupé surtout de la situation fâcheuse où un cas malheureux d'éthérisation pouvait jeter un jeune médecin débutant dans la carrière, ou un praticien modeste exerçant dans le fond de quelque province. A ceux-là j'ai dit et je dis encore : « Usez prudemment des anesthésiques, et ne les administrez qu'à l'aide d'un appareil convenablement institué, afin que vous ne puissiez pas, en cas de malheur, être accusés de légèreté ou d'imprudence! »

La séance est levée à cinq heures un quart.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 17 JUILLET 1857.

Discussion sur le mémoire lu par M. *Fauconneau-Dufresne*, sur le diabète et son traitement.

Instrument propre à démontrer les variations du pouls, par le docteur *Poynauski*.

Observation de paralysie causée par la compression de la moelle, par M. *Bourguignon*.

Du panaris et du phlegmon des doigts, par M. *Bauchet*.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Des moyens de prévenir la récidive du cancer du sein après son extirpation, par M. Bonnet (de Lyon).

Deux opinions règnent dans la science relativement à l'étiologie des cancers. La plus généralement accréditée aujourd'hui, grâce aux travaux de MM. Velpeau et Lebert, consiste à admettre que le mal est d'abord essentiellement local, et que ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'il affecte l'économie tout entière. Telle n'était pas l'opinion d'Hippocrate et de Celse, partagée encore de nos jours par l'école de Montpellier, et à laquelle se rallie M. Bonnet. La diathèse cancéreuse, suivant ce chirurgien, existe avant toute manifestation locale du cancer, et cette dernière n'est que l'effet de la cause interne antécédente. Il faut avouer qu'admettre l'hérédité du cancer, l'influence qu'exercent sur son développement l'âge critique, le tempérament bilieux ou nerveux, c'est fournir des arguments d'une certaine valeur aux partisans de cette dernière doctrine. Mais les faits sur lesquels reposent ces données étiologiques ne nous paraissent pas tous suffisamment concluants.

Aussi bien M. Bonnet ne se contente-t-il pas de ces preuves ; recherchant dans les antécédents des malades les preuves de l'existence de la diathèse cancéreuse, il les trouve dans un certain nombre de symptômes qui, suivant lui, ne laissent aucun doute à cet égard. « Interrogez, dit-il, sur son état, une femme affectée d'un squirrhe du sein et ayant atteint ou dépassé l'âge critique : elle vous répondra souvent que sa santé ne laissait rien à désirer. Mais si, dans la défiance où vous êtes de la justesse de sa réponse, vous voulez savoir si elle a de la moiteur après avoir couru ou marché rapidement, elle vous dira qu'elle n'a jamais transpiré, et le toucher de sa peau vous montrera une sécheresse, une aridité dont la seule existence, eu égard à l'importance des fonctions cutanées, suffira pour vous expliquer la prédisposition aux maux les plus divers.

» Si, poursuivant l'examen de cette femme qui se dit bien portante, vous l'interrogez sur sa calorification, elle vous dira que ses pieds sont toujours glacés, qu'elle a beaucoup de peine à se réchauffer, que des vêtements chauds lui sont nécessaires, qu'elle est sujette à des frissons passagers ; que tantôt elle a trop froid, que tantôt elle a trop chaud. Vous reconnaîtrez alors un abaissement de la calorification normale, que vient de temps en temps suppléer un léger état fébrile. »

Ce trouble dans des fonctions aussi essentielles que celles de la peau ne peut tarder à produire des accidents du côté des autres organes ; aussi voit-on communément ces femmes se plaindre de malaises, de douleurs vagues et errantes, se manifestant sous forme de migraines, de névralgies, de rhumatismes nerveux, de douleurs aiguës voyageant d'une partie à l'autre.

En résumé, sécheresse et pâleur habituelles de la peau, résultats d'une circulation capillaire insuffisante ; affaiblissement de la calorification, se manifestant par la crainte du froid et la disposition aux frissons ; diminution ou suppression des règles ; état nerveux particulier : tels seraient les troubles fonctionnels qui précèdent ordinairement l'apparition des cancers. M. Bonnet ne nie point que les mêmes symptômes se montrent parfois chez des femmes simplement affectées de maladies nerveuses ou rhumatismales ; que, conséquemment, ils sont loin d'être caractéristiques de la diathèse cancéreuse ; mais il pense néanmoins qu'ils placent la constitution dans un état favorable au développement des tumeurs malignes. Comparant les cancers à ces végétaux parasites qu'on voit croître de préférence sur les arbres vieux et malades, M. Bonnet ne peut s'empêcher de voir chez l'homme, dans les mêmes conditions d'âge et de santé, une prédisposition au développement des productions hétéromorphes.

Les conclusions thérapeutiques qui découlent de ces idées sur l'étiologie du cancer sont, il faut l'avouer, plus consolantes que celles qui dirigent les partisans de la diathèse préexistante. Il faut, avant tout, dit M. Bonnet, rétablir la santé au moyen d'un traitement général approprié, et ce n'est qu'ensuite qu'on peut songer à enlever le mal local. Il est évident que, pour modifier ainsi la constitution et ramener à leur état normal les fonctions de la peau, des organes digestifs, du système nerveux, il ne suffit pas d'un traitement de quelques jours ; il faut, pour cela, une préparation de plusieurs mois, dans laquelle on s'efforcera de remplir des indications formulées nettement par la nature des accidents. On comprendra aussi qu'aucun des moyens spécifiques vantés tour à tour contre le cancer ne peut trouver son application dans ce traitement, et qu'on devra surtout repousser toutes les substances qui, par leur nature ou leur mode d'administration, peuvent altérer la santé.

Au nombre des moyens avantageux pour rétablir les fonctions de la peau et de l'appareil digestif se place en première ligne le traitement hydrothérapique prolongé. Sauf quelques cas exceptionnels qui, par leur gravité, répugnaient à la cure par l'eau froide,

M. Bonnet n'a vu que des résultats avantageux obtenus par ce moyen. Malheureusement l'hydrothérapie est d'une application difficile dans les hôpitaux et nécessite un séjour prolongé dans un établissement spécial, d'où une dépense à laquelle peu de malades peuvent s'astreindre.

A défaut de traitement hydrothérapique, M. Bonnet conseille les eaux thermales, et de préférence les eaux salines douces, comme celles de Néris, de Plombières, d'Ems, de Bade ; mais là encore nous trouvons les inconvénients de l'hydrothérapie, en ce sens que les eaux thermales ne sont à la portée que d'un très petit nombre de malades. Pour les autres, l'hygiène offrira encore des ressources précieuses : une alimentation en rapport avec l'état des fonctions digestives, tonique sans être excitante, l'exercice à la campagne, l'éloignement de toutes préoccupations tristes. Des moyens tirés de la matière médicale, enfin, viendront au secours de l'hygiène, et aideront à ranimer la calorification affaiblie et à exciter les sécrétions cutanées. Ici les sudorifiques, et en particulier la salsepareille, se présentent tout d'abord.

Ce traitement, quelque prolongé qu'il soit, n'exerce aucune influence favorable, dit M. Bonnet, sur les tumeurs et les ulcères cancéreux. L'amélioration de la santé générale et *une légère diminution des tumeurs* sont tout ce que le chirurgien doit en attendre. Si cependant la tumeur, pendant ce temps, éprouvait un accroissement notable, si elle menaçait de s'ouvrir, il serait prudent d'opérer avant que l'ulcération se fût produite.

Pour faire apprécier les effets du traitement qu'il préconise, M. Bonnet donne un aperçu des résultats qu'il a obtenus dans sa pratique depuis sept ans. Deux de ses malades se sont bornées au traitement hydrothérapique : l'une, atteinte d'encéphaloïde du sein, vit d'abord sa santé s'améliorer ; mais, vers la huitième semaine du traitement, la tumeur principale s'ulcéra et fit succomber la malade quatre mois plus tard. L'autre, affectée d'un squirrhe du sein, après un traitement de trois mois, sentit ses forces si notablement augmentées en même temps que sa tumeur avait un peu diminué, qu'elle refusa toute opération. Elle a été perdue de vue depuis ce temps.

Nous ne rapporterons pas ici l'histoire des malades qui ont été opérées sans avoir été soumises à aucun traitement général et qui ont eu des récidives au bout d'un temps plus ou moins court. C'est là, malheureusement, ce qui arrive le plus souvent, et la pratique de tous les chirurgiens fournit des faits semblables. Nous passerons aussi sur les observations dans lesquelles le traitement général a été insuffisant, pour arriver immédiatement aux cas dans lesquels le traitement hydrothérapique a été prolongé convenablement. Nous trouvons encore là deux malades dont les tumeurs du sein étaient compliquées de ganglions axillaires malades, et chez lesquelles la récidive eut lieu comme chez les autres. Restent enfin quatre malades affectées de cancer du sein sans ulcération de la peau, sans glandes sous l'aisselle. Chez elles, les résultats de l'opération, précédée du traitement général, ont été si remarquables, que nous ne pouvons mieux faire que de rapporter succinctement leur observation.

Obs. I. — Madame L..., nièce de Dupuytren, âgée de quarante-quatre ans, présentait, en 1848, avec une tumeur squirrheuse du sein droit du volume d'une pomme, tout l'ensemble des symptômes mentionnés plus haut.

Traitement hydrothérapique : Draps mouillés, douches, maillot sec suivi de l'immersion dans la piscine. Au bout de trois mois de ce traitement, la tumeur avait un peu diminué, la santé générale était devenue excellente. Rentrée chez elle, la malade y fit établir une piscine et une douche, et continua, autant que le permettait la saison, les ablutions dont elle avait pris l'habitude. Cependant, trois ans plus tard, sa tumeur augmentant d'une manière évidente et devenant douloureuse, elle se décida à l'opération, qui fut pratiquée par M. Bonnet. Peu de temps après la guérison, la malade reprit les pratiques hydrothérapiques, auxquelles elle n'a jamais renoncé complétement. Depuis lors, cette dame n'a vu survenir aucun accident, et aujourd'hui encore (1856), elle jouit de toute la santé compatible avec une grande impressionnabilité nerveuse.

Obs. II. — Madame P.., âgée de quarante-cinq ans ; cancer du sein avec absence de transpiration, langueur de la calorification et [illegible] nerveux des plus variés. Traitement hydrothérapique continué pendant trois mois, sans modification sensible du mal. La tumeur fut alors enlevée et reconnue pour un *encéphaloïde lardacé*. La guérison fut rapide, mais sept à huit mois après il se manifesta, sous l'aisselle du côté opéré, une tumeur dure et douloureuse qui fit craindre une récidive, mais qui disparut complétement, grâce à un nouveau traitement hydrothérapique de deux mois. A partir de cette époque, la santé s'est parfaitement maintenue, et aucune récidive n'est survenue.

Obs. III. — La malade est une Sœur de Saint-Vincent-de-Paul, [illegible]rieure d'un établissement à Beaune ; elle portait, en 1852, une tumeur encéphaloïde du sein, et fut soumise à un traitement hydrothérapique. Au bout de deux mois et demi, l'opération fut pratiquée parce que la tumeur avait fait des progrès et menaçait de s'ulcérer. Pendant les années suivantes, la malade est revenue passer un ou deux mois à l'établissement de M. Lubanski. Bien qu'elle ait négligé cette pratique en 1855, elle n'en jouit pas moins actuellement d'une santé excellente.

Obs. IV. — Tumeur squirrheuse du sein gauche. La malade fut [illegible] en 1847, et aujourd'hui encore sa santé ne laisse rien à désirer.

Quelles réflexions ajouterons-nous à ces observations ? Essayerons-nous de révoquer en doute la justesse du diagnostic anatomique, parce que l'examen microscopique n'est pas venu démontrer la vraie nature des tumeurs enlevées ? Contesterons-nous la réalité de la guérison, parce qu'un temps suffisant ne s'est pas écoulé depuis l'époque de l'opération ? Non, bien que la chose ait été faite nombre de fois, après de prétendus succès qui ne manquent pas d'analogie avec ceux de M. Bonnet. Dans des maladies qui, comme le cancer, font le désespoir des chirurgiens, on est heureux de rencontrer un homme de la valeur de M. Bonnet venir à vous avec des moyens qui lui inspirent une certaine confiance, et qu'on ne saurait qu'engager les praticiens à suivre les conseils de l'éminent chirurgien de Lyon, à essayer, dans l'occurrence, le traitement qu'il préconise et qui, s'il ne donne pas la guérison, pourra du moins entretenir pendant quelque temps les espérances des malades. (*Gaz. méd. de Lyon*, 1857, n° 1 et 2.)

De l'action de la digitale sur l'utérus,
par le docteur W. Howship Dickinson.

Une sorte de hasard a conduit l'auteur à attribuer à la digitale une action spéciale très puissante sur l'utérus inconnue jusqu'à ce jour.

Une femme, traitée depuis assez longtemps sans succès, menaçait de succomber à une métrorrhagie grave et persistante, lorsque quelques phénomènes vagues du côté du cœur firent administrer la digitale. Une demi-once d'infusion fut donnée trois fois dans la journée. Dès le lendemain, l'amendement était sensible ; durant la nuit la perte avait totalement cessé, pour ne plus reparaître. Le remède fut continué pendant trois jours.

A dater de cette époque (1854), M. Dickinson résolut de soumettre à ce moyen toutes les pertes utérines qui se présenteraient à son observation, laissant toutefois d'abord à la nature les cas qui paraissaient susceptibles de guérir sans traitement. Pour les autres, la digitale a été le seul remède employé. En ce qui concerne l'hémorrhagie, le résultat du traitement a été identiquement le même dans tous les cas. La perte a été invariablement arrêtée dans un espace de temps plus ou moins court, suivant l'élévation de la dose du médicament. Lorsque la dose était élevée, la perte cessait dès le second jour ; à dose plus diluée, elle se prolongeait jusqu'au quatrième, mais jamais au delà. Les doses diluées étaient d'une demi-once d'infusion trois fois le jour, et les doses élevées d'une once ou d'une once et demie, également trois fois par jour. Pendant l'administration de la digitale, les malades étaient mises à l'usage du vin et d'un bon régime.

Dans les métrorrhagies fonctionnelles, la cessation de la perte a été prompte et définitive. Dans les pertes liées à une lésion organique (polype, tumeur fibreuse, cancer ulcéré, engorgement granuleux du col), le remède a été moins sûr : il a eu besoin d'être employé à dose plus élevée, et son action, bien que constante, a été quelquefois de peu de durée. Les malades, dont l'âge a varié de dix-neuf à soixante-quatre ans, étaient dans des conditions di-

erses, et leur maladie s'était déclarée sous l'influence de causes ultiples. Il est à regretter que le nombre des malades traitées ne soit pas exactement indiqué. Les deux ou trois observations données comme spécimen constatent des résultats si avantageux, qu'on ne peut, au premier abord, se défendre d'un peu de défiance. Les observations de l'auteur sont confirmées par celles du docteur Barclay, qui lui écrit : « Les cas dans lesquels j'ai employé la digitale me paraissent être de simples troubles fonctionnels, et je puis affirmer que ce mode de traitement m'a donné des résultats plus satisfaisants que ceux que j'avais obtenus de toute autre médication. Des métrorrhagies qui avaient résisté à l'usage des toniques et des astringents ont été radicalement guéries par la digitale. »

La cessation de l'hémorrhagie n'a pas été le seul fait noté. Cette cessation avait lieu au milieu de circonstances très remarquables. Quelques instants après l'administration du remède, les malades se plaignaient de douleurs vives dans les reins et à l'hypogastre, qu'elles comparaient aux premières douleurs de l'accouchement. Pendant que ces douleurs se faisaient sentir, une assez grande quantité de sang solide et liquide était rejetée, et la perte s'arrêtait. Au bout de plusieurs heures, les douleurs se calmaient pour cesser complétement, et l'hémorrhagie reparaissait, mais notablement diminuée. La suspension était plus longue après chaque nouvelle dose, la récidive moins intense, et la perte s'arrêtait après trois ou quatre doses administrées à de suffisants intervalles.

Cette action de la digitale sur l'utérus s'est fait remarquer chez les femmes qui n'étaient pas affectées d'hémorrhagie utérine, mais qui étaient néanmoins dans des conditions particulières. Une femme, au terme de sa cinquième grossesse, éprouve des douleurs abdominales qui ne tardent pas à se dissiper. Le lendemain, les souffrances ne se répètent pas, et il n'y a pas de signes d'accouchement imminent. On administre, à titre d'expérience, vingt gouttes de teinture de digitale. Quinze minutes après, légère colique utérine, et des signes incontestables annoncent, un quart d'heure plus tard, le commencement du travail, qui se termine neuf heures après par la naissance de l'enfant. Au bout de dix minutes après l'accouchement, 50 gouttes de teinture de digitale sont encore administrées, et elles sont suivies d'une recrudescence dans les coliques utérines, qui se succèdent pendant douze heures avec une fréquence et une intensité qui dépassent celles qu'elle avait éprouvées jusque-là. Des expériences semblables ont été faites, pendant les premiers jours des couches, chez six autres femmes, et chaque fois les résultats ont été aussi marqués.

L'auteur se croit autorisé à conclure, de ces expériences et des faits qui précèdent, qu'il existe une connexion entre la contraction utérine et l'absorption de la digitale, qui stimule le système nerveux de l'organe, ou excite les contractions musculaires, et qui stimule les ganglions dans lesquels réside la puissance motrice de l'utérus; il est d'autant moins disposé à rapporter l'effet produit à une influence exercée sur la circulation générale, que l'expérience a prouvé qu'au moment où cessait l'hémorrhagie le pouls n'était ni plus lent ni plus faible qu'avant le traitement; il n'a été ralenti que dans sept des seize observations, et encore le ralentissement a-t-il été en général fort peu prononcé. Quant à l'énergie de la circulation, le pouls n'avait pas notablement perdu de sa force d'impulsion, excepté dans un seul cas.

On doit prêter d'autant plus d'attention à l'action de la digitale administrée à haute dose que ce médicament a la réputation d'être difficile à manier. Néanmoins aucun accident n'a été noté du côté des centres nerveux ni du côté de l'estomac, si ce n'est dans un cas où une once et demie d'infusion étant administrée trois fois par jour, il survint le cinquième jour quelques vomissements, de la diarrhée et une sensation de chaleur dans la bouche et à la gorge.

En terminant, l'auteur exprime le regret de ne pouvoir fournir des renseignements exacts sur la valeur relative des diverses préparations de digitale. Quant à nous, ce que nous regrettons surtout, c'est qu'il n'ait pas donné sur la préparation mise en usage des détails de nature à éviter toute confusion à l'étranger sur la quantité réelle du remède administré et à ne pas laisser dans le doute si c'est une once de digitale en infusion ou une once d'infusion de digitale comme nous l'avons admis, nous fondant sur l'impossibilité de faire prendre pendant plusieurs jours de suite de trois à quatre onces et demie de feuilles desséchées de digitale en infusion sans déterminer un empoisonnement. Contrairement au *Codex*, la Pharmacopée de Londres indique une infusion de digitale à proportion déterminée, infusion dans laquelle la substance active entre pour environ deux décigrammes sur trente grammes de liquide, ce qui porterait les hautes doses de l'auteur à environ 60 centigrammes par jour. Nous devons reconnaître qu'on n'a pas généralement compris les choses comme nous venons de les expliquer. Mais heureusement les plus hardis et les plus habiles n'ont pas osé suivre le médecin anglais jusqu'au bout. M. Trousseau (*Gazette des hôpitaux*, n° 78, 1857), voulant essayer les effets de la digitale sur la métrorrhagie, rappelle que c'est à la dose de trente grammes en infusion que la digitale est donnée dès le premier jour d'après la nouvelle méthode, dose énorme si l'on considère qu'à 50 centigrammes déjà la digitale produit des vertiges chez quelques sujets. Malgré sa confiance dans l'auteur de cette méthode et dans les médecins qui l'ont imité, M. Trousseau n'a pas cru devoir débuter par une dose aussi élevée; il a prescrit pour commencer 15 grammes de digitale en infusion avec recommandation de la faire prendre en six prises de deux en deux heures et d'en surveiller attentivement les effets. Rien d'insolite ne s'est produit. L'infusion de quinze gramm. a été prise, et il n'y a eu aucun effet toxique. C'est là à peu près tout l'intérêt de l'observation dont je passe sous silence les autres particularités. (*Transactions de la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres*, 1856. — *Arch. gén. de méd.*, janvier 1857.)

Structure des valvules sigmoïdes du cœur,
par M. le professeur Luschka.

On sait depuis longtemps que les parois de l'aorte et de l'artère pulmonaire s'amincissent considérablement au voisinage de leur terminaison dans le cœur; et Gerdy avait fait remarquer que les anneaux fibreux qui embrassent les orifices de cet organe, fournissent non-seulement des prolongements dans l'épaisseur de la base des valvules sigmoïdes, mais encore trois autres prolongements remplissant les intervalles entre les trois festons d'origine de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Mais quels sont les rapports de ces anneaux fibreux avec les éléments de la paroi artérielle ?

En pratiquant sur ces ouvertures une section parallèle à l'axe du vaisseau, non-seulement on peut voir la limite nette qui sépare la paroi artérielle du tissu des anneaux fibreux, mais encore on reconnaît qu'une portion assez notable de cette paroi se recourbe pour se continuer sans interruption avec la lame externe de la valvule sigmoïde.

Le tissu dense et résistant qui forme les anneaux fibreux du cœur est tellement caractéristique, qu'il est facile à reconnaître partout où il s'étend : c'est un réseau à mailles plus ou moins larges, en général arrondies, dont les éléments sont unis entre eux d'une foule de manières très diverses : ces éléments sont des fibres dont le trajet est le plus souvent curviligne, et dont l'aspect rigide semble annoncer qu'elles sont au moment de se fendre. Les trabécules les plus larges mesurent 0mm,02 et se divisent en fibrilles de plus en plus ténues, qui rejoignent les trabécules voisines ou se perdent dans les parties environnantes.

L'acide acétique, en détruisant le tissu conjonctif ordinaire qui entoure ces éléments, les rend on ne peut plus évidents. En beaucoup de points, on trouve dans les mailles de ce réseau des cellules spéciales, allongées, à double contour, ou renfermant des noyaux de cellules, dont les prolongements ramifiés occupent la maille tout entière.

Ce réseau est plongé au sein d'une substance celluleuse, composée de tissu conjonctif ordinaire avec un grand nombre de cellules de tissu conjonctif ramifiées, et un peu de tissu élastique ordinaire; on y rencontre aussi quelques faisceaux de cette substance, qui, traitée par l'acide acétique, semble formée de cordons étranglés de distance en distance par un lien roulé en spirale autour d'eux.

Pour étudier avec fruit les rapports de ce tissu avec la paroi artérielle, d'une part, avec les valvules sigmoïdes et l'endocarde ventriculaire, d'autre part, il est nécessaire d'examiner au microscope des sections très fines faites avec soin sur des pièces sèches, après les avoir traitées par l'acide acétique. On voit alors que les éléments constitutifs des anneaux fibreux artériels procèdent de la paroi des vaisseaux; la chose est évidente pour le réseau dont il a été question plus haut; ce dernier n'est qu'une modification de la substance conjonctive qui entre dans la composition de la tunique moyenne des grosses artères; une grande partie des fibres élastiques longitudinales des artères s'irradient dans le tissu de l'anneau fibreux ou se perdent dans les trabécules de son réseau.

Non-seulement tous les éléments de la tunique interne, mais encore beaucoup d'éléments de la tunique moyenne passent dans le feuillet externe de la valvule sigmoïde, sans contribuer en rien à la formation de l'anneau fibreux. La plupart des éléments des cercles fibreux artériels servent à l'insertion des fibres musculaires du cœur; un certain nombre, cependant, se prolongent dans les valvules sigmoïdes ou dans l'endocarde ventriculaire.

Les valvules sigmoïdes sont composées de deux feuillets adossés, continus l'un avec l'autre au niveau de leur bord libre, et séparés par un certain nombre d'éléments de l'anneau fibreux. Il y a quelques différences entre celles de l'aorte et celles de l'artère pulmonaire. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont plus épaisses; on y distingue presque toujours deux portions d'épaisseur différente, dont la limite est marquée à la face interne de la valvule par deux saillies curvilignes, qui, parallèles d'abord au bord libre de la valvule, se confondent vers la ligne médiane pour gagner une petite crête très distincte qui, du tubercule d'Arantius, se dirige vers le milieu du bord adhérent. Tout ce qui est au-dessus de ces saillies est très mince. Les valvules de l'artère pulmonaire ne présentent point de saillies analogues, mais sont pourvues néanmoins d'un tubercule aplati d'avant en arrière, arrondi à sa partie supérieure. Les unes et les autres, vues à contre-jour, montrent des faisceaux fibreux obliques et transversaux, nettement délimités, dont l'origine est au bord adhérent de la valvule. On les a souvent prises, même dans ces derniers temps, pour des fibres musculaires. Voici ce qu'apprend l'observation microscopique sur la composition des valvules sigmoïdes. On y trouve :

1° *L'épithélium.* — Il revêt les deux faces de la valvule. Ses éléments sont les mêmes que ceux de l'épithélium vasculaire; ce sont, en général, des cellules finement granulées, oblongues ou lancéolées, et qui d'ordinaire n'ont qu'un noyau; quelquefois cependant elles en contiennent deux ou trois. Souvent on rencontre de ces cellules qui se sont allongées considérablement, en adoptant la forme de fuseaux, et qui sont munies de prolongements variés et même ramifiés.

2° *La continuation directe de certains éléments élastiques de la paroi vasculaire.* — On rencontre d'abord la tunique longitudinale à fibres très fines, qui a de la tendance à se rouler sur elle-même; cette tunique existe également sur les deux faces de la valvule. Plus en dedans se voient des fibres élastiques plus larges, isolées ou réunies en réseaux, à direction transversale ou longitudinale, et provenant de la tunique moyenne des artères. Entre ces fibres, on observe aussi çà et là des fragments d'une couche hyaline ou fenêtrée L'épaisseur totale, sur chaque face de la valvule, de ces prolongements de la paroi artérielle est d'environ 4 millimètres chez l'adulte; la transition entre ces couches et la suivante est tout à fait insensible.

3° *Les prolongements des éléments de l'anneau fibreux.* — Ils occupent la partie centrale de la valvule, et sont formés d'éléments conjonctifs, dont quelques-uns, après addition d'acide acétique, semblent entourés d'une fibre en spirale. On y découvre un nombre considérable de fibres élastiques onduleuses, en général transversales, amassées surtout dans les faisceaux transversaux et obliques qui ont été pris pour des fibres musculaires. On rencontre aussi, au milieu des éléments du tissu conjonctif, une grande quantité de cellules de tissu conjonctif, surtout dans les saillies linéaires qui ont été signalées plus haut, et dans les nodules d'Arantius; ces cellules varient en forme et en grandeur, et renferment toujours un noyau.

Du réseau particulier que renferme l'anneau fibreux partent toujours un certain nombre de prolongements qui s'étendent entre les deux feuillets de la valvule, pour se perdre graduellement au voisinage de son bord libre; souvent ils sont bornés à la moitié inférieure de la valvule, ainsi que l'avait déjà parfaitement vu M. Cruveilhier. (*Anat. descript.*, t. II, p. 537, 3e édit.)

4° *Les vaisseaux sanguins.* — Il n'est pas vrai que les vaisseaux fassent défaut dans les valvules sigmoïdes; ils s'injectent assez facilement, du moins en partie, chez l'homme. Mais le cœur du cochon convient surtout pour leur étude; il faut, pour les injecter, placer les tubes dans les artères coronaires, à travers leur ouverture dans l'aorte, car quelques-uns d'entre eux naissent des artères coronaires très près de leur origine.

Sur des pièces parfaitement injectées, on voit, à un faible grossissement, un nombre considérable de vaisseaux qui, de tous les points du bord adhérent, se dirigent vers le bord libre de la valvule, en cheminant entre les deux feuillets de la valvule, et émettant de nombreuses branches anastomosées fréquemment entre elles; les vaisseaux sont abondants surtout dans la moitié inférieure de ces replis.

La continuité entre l'endocarde ventriculaire et la [illegible] interne des valvules sigmoïdes est facile à démontrer; or, comme un grand nombre des éléments de la paroi des artères passent dans le feuillet externe de la valvule pour se réfléchir à son bord libre et se continuer dans le feuillet interne, il s'ensuit que les [illegible] artérielles ne contribuent pas moins à la formation de l'[illegible] qu'à celle des valvules. D'un autre côté, le réseau élastique des anneaux fibreux envoie du tissu conjonctif et des fibres [illegible] dans l'endocarde, dont il constitue ainsi la couche interne. (*[illegible] f. phys. Heilk.*, nov. 1856.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur la folie sympathique, par M. Ch. L[illegible], ex-interne des hôpitaux de Paris et de la maison nati[onale de] Charenton, etc. Paris, chez J.-B. Baillière, 19, rue Hau[tefeuille].

Depuis soixante ans, l'aliénation mentale a suscité de [nombreux] travaux. Quoique son horizon semble restreint, elle présente [néan]moins, encore plusieurs points intéressants, qui mériteraient [d'être] mieux explorés. Tout récemment un de nos élèves distingués, M. le docteur Le Paulmier, a, dans une thèse fort remarquable, essayé de combler un de ces vides en traitant des aberrations morales [et] particulièrement de la manie chez les enfants. La même étude, appliquée aux autres âges, aux sexes, aux climats, révèlerait [infailli]blement d'importantes distinctions. Quelles lumières surtout ne ferait pas jaillir un examen sérieux, approfondi de l'action [si] négligée et si puissante des conditions sociales sur les sentiments et les idées?

Le thème choisi par M. Loiseau rentre dans la catégorie [des] desiderata que nous venons de signaler Tous les ouvrages généraux parlent, il est vrai, de folie sympathique. Mais, à cet égard, on a plutôt suivi la coutume traditionnelle des nomenclatures nosographiques qu'on ne s'est attaché à déterminer l'exacte [valeur] et les signes formels de cette espèce mentale.

Aussi n'existe-t-il dans les esprits, comme dans les livres, que des notions confuses, incertaines. On a pu s'en convaincre dernièrement, dans une discussion à la Société médico-psychologique, [sur] le mémoire même de notre jeune confrère, la plupart des [membres] s'efforçant en vain d'évoquer à l'appui de leur croyance à la [réa]lité sympathique des faits d'une notoriété péremptoire.

S'emparer de ce terrain, entreprendre de dissiper un [état] fâcheux a donc été, de la part de M. Loiseau, une inspiration [heu]reuse. L'œuvre, d'ailleurs, outre son opportunité, présente [d]

...ités d'exécution qui, d'emblée, lui assignent un rang honorable parmi les meilleures productions mentalistes.

Que doit-on entendre par ce mot *sympathie?* Avant toute discussion, M. Loiseau était naturellement conduit à éclaircir cette demande. Malheureusement la démarcation est si difficile que, soit en physiologie ou en pathologie, les interprétations sont loin d'être claires et uniformes. Souvent on a confondu avec les actions sympathiques des phénomènes de continuité, de contiguïté ou de synergie. La douleur qui d'un point piqué se propage dans l'étendue du cordon nerveux, les vomissements dans la péritonite ou la fièvre cérébrale, la dysurie dont s'accompagne la turgescence hémorrhoïdaire, le gonflement des seins dans la menstruation et la grossesse : toutes ces particularités ne s'expliquent point par des rapports de sympathie.

L'auteur n'attribue ce caractère qu'aux manifestations accidentelles qui parfois en santé, plus communément dans l'état morbide avec ou sans idiosyncrasie, dérivent de l'influence d'un organe sur un autre, bien qu'aucun lien apparent et spécial ne justifie ce retentissement. Tels seraient, par exemple, les vomissements qu'occasionne la lésion de la sclérotique dans l'opération de la cataracte par abaissement, les convulsions que provoquent le chatouillement, la dentition, les vers, etc.

Du reste, en ce qui concerne la folie sympathique, la question, ainsi que nous l'avons exprimé dans les discussions citées plus haut, est purement de fait ; M. Loiseau l'a senti lui-même. Quel que soit le mode suivant lequel se produisent les symptômes, l'essentiel est d'apprécier si la souffrance d'une partie éloignée est de nature à amener et entretenir ce trouble dans les fonctions cérébrales, en sorte, par une conséquence nécessaire, que la cessation de cette souffrance crée, pour le rétablissement de l'équilibre nerveux, la condition la plus favorable.

On objecte que la folie a toujours son siége dans le cerveau. Nul doute. Mais qu'est-ce qui met en jeu ses molécules? Une cause du dedans ou du dehors? Cet argument, on le voit, laisse la solution intacte. La conductibilité des nerfs suffit, d'ailleurs, pour rendre compte des phénomènes. Si l'on ne nie pas qu'un sang chargé d'éléments impurs, puisés à une source morbide, soit capable de susciter le délire, serait-il moins rationnel d'admettre que d'un endroit lésé puissent émerger des courants modifiés susceptibles de causer de semblables perturbations?

La clarté devant surtout naître des faits, M. Loiseau a recueilli tous ceux qu'il a pu rencontrer dans les écrits anciens et modernes sur l'aliénation mentale. Son exposé résulte de leur analyse attentive. Voici la marche qu'il a suivie. Après quelques considérations sur la folie en général, vient un résumé succinct et critique des opinions aux diverses époques. Déroulant alors, dans autant de paragraphes successifs, les cas sympathiques appartenant à chacun des principaux organes, l'auteur s'efforce de différencier les variétés de forme vésanique d'après leur origine pulmonaire, cardiaque, hépatique, intestinale, péritonéale, cutanée, ovarique, utérine, etc. Puis, consacrant de courts chapitres au diagnostic, au pronostic et au traitement, il termine par une série de seize observations détaillées, qui s'ajoutent à celles plus ou moins brèves disséminées en grand nombre dans le corps du travail.

Nous n'insisterons ni sur les principes, toujours judicieux et mesurés, émis par M. Loiseau, ni sur les développements toujours savants et habiles dont il les appuie. Il nous paraît préférable de prouver, s'il est possible, par les faits eux-mêmes l'existence de la folie sympathique. Tous ne sont pas également explicites. La plupart manquent des particularités les plus nécessaires ; mais quelques-uns ont une incontestable signification. C'est à cette dernière catégorie que nous empruntons nos exemples.

Ici, toutefois, surgit une remarque essentielle, non entrevue par M. Loiseau, et que M. Buchez a fait habilement ressortir. La coexistence de la double lésion intra et extra-cérébrale n'implique pas absolument que l'une engendre l'autre. Les préoccupations hypocondriaques, notamment, sont moins souvent l'effet direct du dérangement intestinal qu'un produit de l'imagination qui s'ingénie à exagérer ridiculement la portée d'accidents parfois réels, ou à leur supposer des causes chimériques. Dans ces cas aussi le délire reste presque toujours partiel, tandis que d'ordinaire il affecte un caractère moins fixe dans ceux où l'action physique est immédiate et isolée.

Combien ne pourrions-nous pas multiplier les citations? Un pauvre boulanger est atteint de symptômes nerveux bizarres. Ses forces s'altèrent, l'appétit se perd ; il éprouve, avec des accès de suffocation, d'étranges sensations dans toute la poitrine. Quatre mois durant il se soumet aux soins de la médecine sans obtenir de soulagement. Se persuadant, dès lors, qu'un prêtre l'a ensorcelé, il n'est point de démarche qu'il ne tente pour conjurer le maléfice. Dans sa pensée, les curés, dont il a visité un grand nombre, le délivreraient s'ils le voulaient ; mais leur confrère les paralyse. Ils ne se trahissent point entre eux.

J'ai eu dans ma division, à Bicêtre, le pendant de cette observation : c'était un jeune coiffeur, qui depuis cinq à six mois se plaignait de souffrances analogues. Dans le principe, il subit un traitement à Paris. Plus tard, étant passé à Londres, et ses souffrances ayant augmenté, il consulte de nouveau, mais infructueusement. De là les conceptions fâcheuses qui motivèrent sa séquestration. *On lui envoyait des vapeurs délétères, on le brûlait, on remuait son corps à l'aide d'influences électriques, magnétiques*, etc.

La dame d'un de nos employés souffre cruellement d'une maladie chronique des entrailles, sujette à de violents paroxysmes. Ce sont des ennemis *qui la déchirent et la frappent sur la tête, dans le dos, au ventre*. Sa colère est en proportion de l'acuité des douleurs.

En guérissant, chez ces malades, l'affection corporelle, il est probable que, non-seulement on eût atténué le délire, mais qu'à la longue la raison, plus libre, eût triomphé des fausses croyances. Le médecin a là une indication capitale à remplir. Il est positif, néanmoins, que la nature sympathique des symptômes moraux n'est point avérée, puisqu'ils ne se rattachent à la lésion primitive que par l'intermédiaire d'une interprétation erronée.

Sous ce rapport, plusieurs des observations produites par M. Loiseau sont contestables peut-être. En voici de vraisemblables :

M. X..., âgé de cinquante ans, avait été guéri par Esquirol d'un accès de manie dans sa jeunesse. Plus tard, il éprouve des symptômes de mélancolie avec penchant au suicide. La tendance sinistre est constamment précédée de quelque sensation dans l'abdomen. Toutefois, l'individu s'étant coupé les veines jugulaires, l'autopsie ne révéla aucune lésion dans le cerveau ni dans les organes de la digestion.

M. G. T., âgé de trente-huit ans, souffrait de violentes douleurs paroxystiques dans les entrailles. Bientôt ses idées deviennent vagues et confuses, affectant une teinte mélancolique. On soupçonne des vers. Le calomel, uni au jalap, en fait rendre un grand nombre, et la maladie se dissipe. Les faits de ce genre abondent.

Madame B..., pendant quelques mois, est tourmentée par des inquiétudes vagues. Elle tombe ensuite dans la divagation avec prédominance d'idées religieuses et pensées de mort. Cette dame était sujette à des pertes utérines. Un jour elle rend une *môle charnue* et les accidents disparaissent.

Durant une première grossesse, une dame est atteinte d'aliénation ; dix ans après les accidents s'étant renouvelés, on crut qu'elle était encore enceinte. Boyer reconnut un polype utérin, dont l'enlèvement mit un terme au dérangement mental.

Chez une personne peu portée aux plaisirs de la volupté, tout à coup succèdent l'indifférence des mouvements et des préoccupations qui l'alarment. Lisfranc découvre une hypertrophie de la matrice. Le calme renaît par suite d'un traitement local.

Sauvages mentionne deux cas de manie causés par la présence de larves dans les cavités nasales. M. Duménil, médecin en chef de l'asile des aliénés de Quatremares près Rouen, a traité, conjointement avec M. Legrand du Saulle, une épilepsie due à de semblables parasites. Les accès cessèrent immédiatement après leur destruction par des vapeurs arsenicales.

M. Guislain a vu une personne qui, chaque fois qu'elle était constipée, avait des hallucinations auditives et visuelles.

Suivant Esquirol, une jeune fille devenue aliénée par la suppression des règles s'éveille un matin guérie. Ses menstrues avaient coulé abondamment dans la nuit.

Entre autres observations analogues, Véring en cite une très curieuse. Poussée par une propension au suicide, la malade allait se précipiter dans la Seine. L'écoulement mensuel se produit, elle rentre chez elle libre de toute obsession maladive.

Une femme en proie à des impulsions érotiques court les champs et provoque les hommes, jetant des pierres à ceux qui la refusent. Dès qu'elle est satisfaite, sa fureur s'apaise. (Dominique de Léon.)

Une autre éprouve une violente douleur, qui de la région cardiaque se propage à toute l'épaule gauche; chaque paroxysme s'accompagne d'une irrésistible propension à l'homicide ou au suicide. (Romberg.)

Chez un jeune homme, la folie se développe coïncidemment à une petite tumeur carcinomateuse du doigt annulaire. L'amputation conjure les symptômes cérébraux.

Évidemment, dans tous ces cas, si la subordination de la lésion mentale à la lésion matérielle n'est pas rigoureusement démontrée, on est du moins conduit à le présumer. Il y aurait donc, à l'égard des faits englobés jusqu'ici parmi les folies sympathiques, des distinctions à admettre : ceux que nous venons d'énoncer d'abord, puis ceux que fomente l'imagination excitée par la souffrance. Quant à une foule d'autres survenant comme complications d'états graves, fièvres puerpérales, grossesses, maladies du foie, du cœur, etc., n'y aurait-il pas lieu de se demander si le plus souvent ils ne seraient pas l'expression d'une altération sanguine ou d'une diathèse générale, plutôt que le résultat d'une action sympathique?

Quoi qu'il en soit, grâce à l'initiative de M. Loiseau, le sujet est à l'ordre du jour, et l'on doit s'en féliciter, car il touche aux bases mêmes de la thérapeutique mentale. Il tend, du reste, à favoriser une utile réaction qui s'opère depuis quelque temps Dans la folie, on envisage trop exclusivement les lésions encéphaliques, et c'est avec grande raison que d'éminents aliénistes, et en particulier notre savant ami le docteur Morel, pensent que l'on réaliserait plus de succès si l'on négligeait moins les diverses fonctions de l'économie. Ajoutons que la semence ne périra point. A l'affût de tous les problèmes, la Société médico-psychologique, qui s'est saisie de celui soulevé par M. Loiseau, saura l'étendre et le féconder.

DELASIAUVE.

VII.

VARIÉTÉS.

INAUGURATION DE LA STATUE DE BICHAT. — La cérémonie de l'inauguration de la statue de Bichat a lieu, au moment où nous mettons sous presse, dans la cour de la Faculté de médecine, recouverte d'une tente et convertie en un vaste salon par les soins de M. Gisors, architecte de la Faculté. Les ornements avaient été fournis par le mobilier de la couronne. M. le ministre de l'instruction publique est arrivé à deux heures. La musique de la gendarmerie impériale a joué l'air du *Salut impérial*, puis le voile recouvrant la statue de Bichat est tombé. Aussitôt les masses chorales, dirigées par M. Chevé ont entonné la cantate écrite par M. le docteur A.-L. Roux et mise en musique par M. Elwart. Après une allocution de M. le ministre, des discours ont été prononcés par MM. A. Latour, qui a lu le compte rendu des travaux de la *Commission permanente du congrès médical*; Serres, au nom du Congrès; Paul Dubois et Bouillaud, au nom de la Faculté de médecine; Larrey, au nom de la *Société médicale d'émulation*, fondée par Bichat.

La fête a été terminée par une reprise de la strophe finale de la cantate.

— Un décret impérial, en date du 12 juin 1846, détermine que le recrutement du corps de santé de l'armée de terre aura lieu par des élèves qui, après deux années de séjour à l'école instituée près la Faculté de Strasbourg, et leur réception au doctorat, sont appelés à devenir médecins aides-majors de 2e classe, en passant un an à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Pour l'exécution des dispositions de ce décret, un concours [illegible] nombre indéterminé d'emplois d'élève du service de santé [illegible] l'École de Strasbourg s'ouvrira : A Strasbourg, le 2 novembre [illegible] Lyon, le 10 du même mois; à Montpellier, le 16 du même [illegible] Toulouse, le 21 du même mois; et à Paris, le 27 dudit [illegible] vembre.

— On lit dans le *Courrier de Paris* :

« Les conseils d'arrondissement, dont la session s'ouvre le [illegible] seront consultés sur l'organisation d'un service médical dans les [illegible] gnes. »

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

Nous recevons la lettre suivante :

« La commission de la Société médico-pratique, inform[illegible] intentions ont été mal interprétées par quelques sociétés médic[illegible] presse de déclarer :

» 1° Qu'elle n'a nullement le projet de poursuivre une réform[illegible] de la législation qui régit la médecine, mais seulement de d[illegible] gouvernement les moyens de réprimer l'exercice illégal de l'art [illegible]

» 2° Que si elle a cru devoir s'abstenir, dans sa circulaire [illegible] plus explicitement son opinion, c'était pour ne point entraver la [illegible] la future commission générale.

» En conséquence, les sociétés médicales qui hésiteraient enco[illegible] mer des délégués, dans la crainte de s'engager dans une voie [illegible] sont priées de prendre acte de la déclaration formelle qui précè[illegible] limite assez nettement le but que se propose la Société médico-p[illegible]

» Pour la commission : *l'un de ses membres*,

» Ce 13 juillet 1857. Dr ALEX. MAYER. »

VIII.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE. — 1857. Mars et Avril. [illegible] dans le traitement de la gale, par *Merchie*. — Sur les calculs des anima[illegible] tiques, par *Verheyen*. — Clinique des hôpitaux militaires.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 7e livraison. [illegible] de l'aorte ascendante, par *C. Lauwers*. — Notice sur les [illegible] *Vanhengel*.

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE (Brux[illegible] — Du tétanos (fin), par *J. Gimelle*. — Tumeur à l'orifice externe [illegible] étranglement intestinal, par *Putégnat*. — Rapports de la civilisation [illegible] par *Parigot*. — Sur les cataractes artificielles, par *Valles*.

ALLGEMEINE MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG. — Nos 5 à 11. — [illegible] clusion des orifices des artères coronaires par les valvules sigmoïdes, par [illegible] seur *Wittich*. — 7. Absence totale de vagin, par *Neussel*.

DEUTSCHE KLINIK. — N° 21. Sur les cellules épithéliales et la terminaison [illegible] musculaires et nerveuses de la langue, par *Fh. Billroth*. — Sur l'amy[illegible] priétés et ses effets anesthésiques, par *Spiegelberg* et *Lohmeyer*. — [illegible] de M. Gustave Seydel; calculs vésicaux, taille.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT F. D. STAATSARZNEIKUNDE. — 10e vol., 1er cahier — [illegible] un mot sur la question de l'inoculation, par *B. Ritter*. — Contribution [illegible] la vraie valeur de la docimasie pulmonaire, par *J. Villeraud*.

MONATSSCHRIFT F. GEBURTSK. — Mai 1857. — Sur les causes, non enco[illegible] tement appréciées de l'hémorrhagie utérine dans les cas d'insertion [illegible] placenta, par *V. Ritgen*. — Hémicéphale du sexe masculin, qui vivait enc[illegible] huit heures après la naissance. — Grossesse extra-utérine avec rupture [illegible] terminaison heureuse, par *Bertrand*.

ŒSTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT FUER PRACTISCHE HEILKUNDE. — Nos 16 [illegible] 18. Écrasement linéaire dans un cas de prolapsus du rectum, par *Linhart*.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — Nos 20 et 21. — 20. Sur [illegible] de la pneumonie après la laryngotomie et la trachéotomie, par le professeur [illegible] Cas d'atrophie jaune aiguë du foie, par *H. Zimmermann*. — Leçons sur les [illegible] de l'utérus, par le professeur *Oppolzer*. — 21. Leçons du professeur Braun [illegible] gynécologie. — 22. Sur les maladies syphilitiques, par le professeur Sig[illegible] Leçons sur les maladies de l'utérus, par *Oppolzer*. — 23. Sur l'examen [illegible] légal des taches de sang, par le professeur *E. Brüche*.

WIENER MEDIZIN. WOCHENSCHR. — Nos 5 et 6. — 5. Sur le diagnostic [illegible] de l'hypérémie, par le professeur *Engel*. — Sur un cas de cloaque congén[illegible] *Kraus*. — Sur le nouvel institut pathologique de Berlin. — 6. Sur l'opéra[illegible] nécrose invaginée, par *Volkmann*.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. | PARIS, 24 JUILLET 1857. | N° 30.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

A BICHAT.

C'est bien : la France enfin a tenu sa parole ;
Jeune homme, sois content ! Voici le jour promis,
Voici le monument, humble et tardif symbole
Du piédestal de gloire où nos cœurs t'avaient mis !

Pardonne-nous, Bichat ; l'herbe inculte et touffue
Avait grandi sur toi ; le siècle t'oubliait
Dans la tourbe des morts, pâle et sombre cohue,
Entassement sans nom que le ver seul connaît.

Que songeais-tu là-bas, pensif dans ton suaire ?
Si tu nous accusais, fais taire ton courroux ;
Nous avons oublié ton corps à l'ossuaire,
Mais nous avions gardé ton âme parmi nous.

On dit que quelquefois, dans tes ardentes veilles,
Un génie inconnu se levait devant toi,
Et qu'une voix dans l'air parlant à tes oreilles,
Comme au duc de Cawdor, disait : *Tu seras roi* (1) !

L'oracle avait raison. Sur ta tête endormie
Le temps a feuille à feuille enroulé le laurier.
Salut à toi, Bichat, roi de l'Anatomie !
Maître, salut, au nom d'un peuple tout entier !

Car n'est-ce pas ton peuple ici qui t'environne ?
Il te sacre aujourd'hui d'un hommage nouveau,
Et de ses propres mains il refait la couronne
Que depuis cinquante ans enfermait le tombeau.

(1) On sait le mot de Bichat : *Je crois que j'irai loin !*

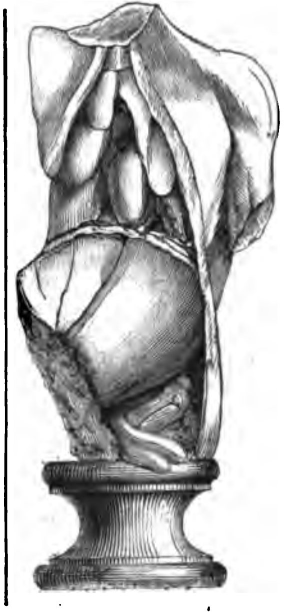
FEUILLETON.

De quelques marbres antiques concernant des études anatomiques.

(Suite et fin. — Voir les nos 25 et 27.)

Les deux morceaux qu'il nous reste à faire connaître appartiennent au musée du Vatican. Ce sont : 1° un squelette de thorax en marbre; 2° une image, également en marbre, des viscères thoraciques et abdominaux vus en place. Ces antiques ont un intérêt particulier pour la médecine. Quelle était leur destination ? Étaient-ce de simples œuvres de fantaisie échappées à la curiosité d'un artiste, ou bien de véritables pièces d'anatomie, une sorte d'*anatomie plastique*, à l'usage des médecins ? Ces questions, on le voit, se rattachent à celle (encore incertaine après tant de controverses) des moyens dont les anciens ont pu disposer pour l'étude de l'anatomie.





Voici d'abord les figures de ces deux marbres.

Si notre squelette a servi à des études anatomiques, c'est ce qu'il est difficile de déterminer. Indépendamment des doutes que peuvent inspirer plusieurs particularités historiques, et dont nous dirons un mot plus loin, il est une circonstance qui vient ici compliquer et dérouter l'interprétation. Le squelette était dans l'antiquité, comme aujourd'hui, une des formes emblématiques de la mort, et il se peut très bien que l'emblème ait été souvent réduit à la charpente du thorax, comme on le réduit maintenant, dans les sociétés chrétiennes, au crâne et aux fémurs. Or, c'était, chez les Grecs et les Romains, une coutume assez générale,

Oui, ce sont tes enfants, les fils de tes entrailles ;
Oui, ce sont les soldats que ton ombre conduit,
C'est ta garde d'honneur dans les rudes batailles
Où l'Esprit des vieux jours lutte avec ton Esprit.

Sous les tièdes baisers des vents de Thessalie,
Dans sa virginité la chair même enfantait ;
De l'époux de Pyrrha la race ensevelie
De la pierre semée à l'instant renaissait.

Ainsi, Bichat, ainsi sous ta féconde haleine
L'œil ne peut plus compter les bataillons éclos ;
Ainsi, plus abondant que le grain de la plaine,
Le grain de l'avenir a germé de tes os.

Quand le démolisseur des doctrines passées
Voulut faire une cendre encore du présent (1),
Il s'arma seulement d'une de tes pensées
Et, levant la massue avec son bras puissant,

Contre ces mêmes murs confiés à ta garde
Il la fit retomber en de terribles coups.
Le vieux temple en trembla ; même aujourd'hui, regarde,
Les stigmates du choc n'ont pas disparu tous.

Mais toi, foyer divin, dans ta course immortelle,
Sans foudre et sans éclairs sur nous tu rayonnas,
Dissipant, calme et pur, avec ton étincelle,
Les douteuses lueurs et les brumes d'en bas.

Aussi, tout plein d'amour pour ton œuvre savante,
Chacun veut sur ta tête enrouler le laurier.
Ta vérité subjugue et ton erreur enchante ;
Maître, salut, au nom d'un peuple tout entier !

A. DECHAMBRE.

Paris, 19 juillet 1857.

(1) Il est à peine utile de nommer Broussais, et de rappeler l'épigraphe de son EXAMEN DES DOCTRINES, empruntée à Bichat : *Qu'est l'observation, si l'on ignore là où siége le mal?*

I.

Paris, ce 23 juillet 1857.

La discussion sur la valeur des différents modes d'éthérisation a continué mercredi. Nous attendrons qu'elle touche à sa fin pour dire un dernier mot. Quant à présent, nous nous bornons à constater que la lutte entre les appareils et les moyens plus simples est devenue plus étroite et plus directe : car MM. Cazeaux et Cloquet, après avoir de nouveau fait le procès aux instruments, tant sous le rapport chirurgical que sous celui de la responsabilité médicale, ont déposé, chacun pour son compte, des propositions tendantes à déclarer que les instruments n'offrent pas plus de sécurité pour le malade que l'éponge, la charpie ou la compresse. MM. Robert et J. Guérin se sont vivement élevés contre les conséquences d'une telle déclaration, et nous croyons en effet qu'il n'y a pas lieu, dans les circonstances actuelles, à émettre un vote quelconque. Non qu'un vote sur une question de pratique ne soit du droit et souvent du devoir de l'Académie ; mais il pourrait avoir ici, au point de vue de la responsabilité que l'éthérisation peut engager si gravement, des inconvénients analogues à ceux que les mêmes orateurs signalent dans la proposition de M. Devergie. On pourrait condamner un médecin à cause de l'appareil, comme notre confrère craint qu'on ne le condamne à cause de l'éponge, et l'on verrait se réaliser ce que nous disions dans notre précédent article, ce qu'a dit M. Cazeaux dans son dernier discours, sur le danger des arrêts de justice basés, comme le dit M. Devergie, sur *les règles de l'art*.

A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRE SUR L'EXTIRPATION DU PANCRÉAS, par MM. BÉRARD, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, et COLIN, chef du service d'anatomie et de physiologie à l'École d'Alfort.

Messieurs, ce titre, je l'espère, ne trompera personne. La médecine opératoire n'a rien à voir dans ce que je vais dire. C'est d'une expérience physiologique que je me propose d'entretenir l'Académie, expérience à peine mentionnée de

---

de mêler des images sinistres aux plus vifs ébats du plaisir, et, par exemple, de placer des squelettes peints ou sculptés dans la salle du festin et dans d'autres lieux où la sagesse s'oubliait plus complétement encore. On en voit très probablement un exemple au musée du Louvre même, dans une femme assise qui tresse une guirlande et qui a près d'elle deux petites figures dont l'une représente un squelette humain. Cette coutume était, du reste, empruntée aux Égyptiens. Les plus riches d'entre eux faisaient assister à leurs banquets, non pas des squelettes au sens moderne (comme on l'a cru par une fausse interprétation du mot grec σκελετόν, qui signifiait simplement *corps mort*), mais bien de vrais cadavres, probablement des momies. Seulement, ce qui était sans doute destiné, dans la grave Égypte, à tempérer la joie par l'image de la fragilité humaine, ne fut chez les Grecs de Périclès, et surtout chez les Romains de la décadence, qu'une sorte de défi jeté à la mort. Un pieux et salutaire enseignement se transforma en une bravade impie.

Chose remarquable, et pourtant assez logique après tout, en même temps qu'ils assombrissaient leurs lieux de plaisir par des tableaux sinistres, ils égayaient souvent par des images riantes leur dernière demeure. S'il est vrai que le grand épouvantail des morts, le *gorgonium* de Proserpine, se voit dans beaucoup de sarcophages; s'il est vrai que le génie du mal y figure souvent, et que les hypogées étrusques renferment de grands génies noirs avec de redoutables marteaux, combien ne rencontre-t-on pas, soit dans les bas-reliefs du sarcophage lui-même, soit sur les urnes funéraires, des scènes empruntées aux épisodes les plus gracieux de la mythologie ou rappelant les joies de la vie terrestre, le vin, les fêtes, l'amour ? Ici c'est l'histoire de Diane et d'Endymion, le jugement de Pâris, l'enlèvement d'Hélène, etc.; là ce sont les jeux du cirque, la troupe presque inévitable des *tibicines*, des coupes, des guirlandes, des banquets funéraires, qui par eux-mêmes n'impliqueraient aucun oubli de la vie future, mais où l'on voit parfois les époux dans des attitudes presque lascives. Le terrible et le lugubre n'ont pris pleine possession de la tombe que sous l'empire du christianisme.

nos jours, mais célèbre au XVIIe siècle. On ne se préoccupait guère, alors, du rôle que pouvait jouer le suc pancréatique dans la digestion et l'absorption des matières grasses. Il s'agissait de bien autre chose, vraiment. Quand Brunner, une des bonnes têtes de l'époque, imagina et exécuta cette hardie vivisection, il se proposait de vérifier si, comme l'avait dit le chef de la secte des chimiatres, le suc pancréatique était prochainement nécessaire au développement de cette fameuse effervescence qui, commencée dans le duodénum, lors du mélange des humeurs que la digestion y appelle, se continuait dans le cœur, mettait le sang en mouvement et suscitait les actes les plus importants de la vie!

Nous ne prenons plus d'intérêt à cette hypothèse surannée; mais nous en trouvons beaucoup dans les résultats des expériences qu'on avait entreprises pour l'appuyer ou la combattre. Ces résultats, nous les invoquons dans la discussion des idées modernes; nous les invoquons avec d'autant plus de confiance qu'ils ne peuvent être entachés de partialité, puisqu'on ignorait alors les questions qu'on devait agiter de nos jours. Il manquait, toutefois, à Brunner la notion de certains détails anatomiques auxquels nous aurons égard dans les expériences que nous allons faire connaître à l'Académie. Ces expériences, nous les avons pratiquées sur les animaux que nous mettons sous les yeux de la Compagnie et sur d'autres animaux encore que nous n'avons osé admettre aux honneurs de la séance. Si les Sociétés savantes n'interdisent pas d'introduire dans leur enceinte des opérés de l'espèce de ceux que je vous présente, elles n'ont pas, que je sache, indéfiniment étendu le privilége dont nous usons aujourd'hui. Nous nous garderons donc bien de montrer ici certains animaux dont la voix pourrait couvrir la nôtre. Je sais bien que Galien avait trouvé le moyen de les rendre muets, aux applaudissements des Romains, et que nous eussions pu l'imiter; mais nous n'avons pas voulu compliquer des expériences assez difficiles par elles-mêmes, et nous ne nous sommes point adressés au nerf laryngé de nos bruyantes et disgracieuses bêtes.

L'Académie, avant de prendre connaissance de nos expériences, nous saura gré, je pense, de lui rappeler ce qu'on doit à Brunner; de le rappeler, dis-je, plus complétement que ne l'ont fait les expérimentateurs qui l'ont cité dans ces derniers temps. Pourquoi donc ne prendre d'un auteur que ce qui peut se concilier avec la doctrine que l'on professe et passer le reste sous silence?

La destruction du pancréas, nous dit-on, occasionne des selles graisseuses, une émaciation rapide, la mort enfin; mais la plupart des chiens opérés par Brunner ont conservé l'apparence d'une santé parfaite. On se débarrasse de l'objection en déclarant que ces expériences sont incomplètes, et l'on passe outre. Nous pensons qu'elles méritent qu'on s'y arrête davantage.

Cette excellente figure, qu'un élève d'Alfort a exécutée à notre prière, va faciliter l'intelligence de la discussion très courte, d'ailleurs, à laquelle je vais me livrer. Elle représente le duodénum et le pancréas du chien. Le pancréas, chez cet animal, se compose de deux parties distinctes, l'une parallèle, l'autre perpendiculaire à l'intestin (*caudex inferior* et *caudex superior*). Ces deux queues convergent et elles se réunissent en un corps unique adhérent au duodénum; chaque partie du pancréas, chaque queue a son conduit excréteur: de ces deux canaux anastomosés résulte un seul canal qui s'ouvre isolément dans l'intestin, deux centimètres et demi, environ, plus bas que le canal cholédoque. A cet appareil excréteur s'ajoute un petit conduit qui naît tantôt du canal supérieur, tantôt de l'inférieur, plus souvent des deux, et va se terminer dans le duodénum à côté du canal cholédoque. Ceci posé, disons ce qui s'est passé chez les animaux sur lesquels a expérimenté Brunner, et jusqu'à quel point il s'est approché du but qu'il s'efforçait d'atteindre.

On s'occupait beaucoup, avons-nous dit, d'expériences sur le pancréas, lorsque cet anatomiste vint à Paris, en 1673. Il paraît qu'on y consacrait des séances publiques et entourées d'une sorte de solennité: « *Nec enim conventus publici atque solemnes hâc in re otiabantur.* » (*Experimenta nova circa pancreas*. Amsterdam, 1783, page 3.) C'est que cet organe, auquel on n'avait attribué jusqu'alors que des fonctions de second ordre, venait d'acquérir dans l'opinion une si grande importance, qu'on faisait en quelque sorte de l'étude de ses fonctions une introduction indispensable à l'étude même de la médecine. Voici dans quels termes Brunner a peint cet engouement: « *Invenit nostro quoque ævo » pancreas viros in arte celebres, qui abditum illud » diuque abjectum et ad servile a priscis anatomicis dam- » natum munus atque officium in lucem revocârunt, ad » majorem dignitatem, quin maximam, extulerunt, ut » medicinam nonnisi sub hujus auspiciis ordiendam non- » nulli sibi imaginati fuerint.* » (*Op. cit.* p. 2.)

Brunner, qui ne s'était pas encore affranchi des croyances nouvelles touchant les fonctions du pancréas, s'attendait à voir succomber promptement le premier chien, sujet de son expérience. Il n'en fut rien pourtant. « Vous vous étonnerez,

---

Donc, comme nous le disions, il n'est pas impossible que notre squelette ne soit qu'un produit et un témoin de ces usages antiques et ne se rattache aucunement à l'étude de l'anatomie. Ajoutons que, selon les indications qu'a bien voulu nous donner le chevalier Visconti (de Rome), ce fragment a été trouvé dans un lieu de débauche (*vico Alexandrino*, près de la porte Saint-Paul, *via Æstensis*). Mais en même temps, il faut dire qu'on a déterré dans cet endroit beaucoup d'inscriptions d'affranchis ayant qualification de médecins. On voit que, au milieu de toutes ces circonstances, il serait difficile d'émettre un avis suffisamment motivé.

Du reste, ce morceau, qui porte, au musée du Vatican, le [n°] 806, et que M. Visconti fait remonter, pour le moins, au siècle [d'Au]guste, est d'un faire assez grossier, bien qu'anatomiquement [...]. La direction des côtes y est bien indiquée; mais elle n'est [...] que jusque sur le côté du thorax, la partie postérieure du [...]e étant plane (1).

Le second fragment nous paraît avoir une signification mieux accentuée. D'abord il a été trouvé (et nous devons encore ce renseignement au savant antiquaire de Rome) dans le même lieu où, il y a cent ans, on a découvert une villa qu'on dit avoir appartenu au médecin A. Musa, entre la voie Labicane et la voie Prænestine. Nous ne garantissons pas le nom du propriétaire; mais on comprend que, s'il n'y avait pas erreur, ce serait, dans l'espèce, une indication de quelque importance. En second lieu, aucun monument de l'art plastique, aucun document historique, n'autorise à supposer que l'image, peinte ou sculptée, des organes internes de l'homme, ait jamais figuré symboliquement à côté du squelette. Dès lors, un pareil travail ne peut avoir été entrepris que dans l'une de ces deux intentions: ou de satisfaire une simple curiosité d'ar-

(1) [N]ous avons vu, également au Vatican, sous le n° 382, un autre squelette thoracique en marbre; mais nous n'en n'avons pas pris le dessin, et nous ne possédons aucun renseignement sur son origine. Il nous a paru inférieur au précédent pour l'exactitude, principalement en ce que la première côte décrirait une courbe trop forte et serait séparée de la clavicule par un espace trop considérable. Ce n'est, du reste, qu'un souvenir.

» dit-il (d'autres s'indigneront peut-être), du spectacle que » m'offrit pendant trois mois ce chien privé de pancréas. » Je demande la permission de compléter la citation en latin : « ..... *Salvus ille atque sospes ad stuporem usquè, ut » antea, comedit, bibit, excrementa rite constituta dejecit, » urinam reddidit : reliqua vitæ munia vegetè obiit; » excurrit alacris, et, ut verbo dicam, nihil novi nec im- » mutati animadvertere licuit.* » (*Op. cit.*, p. 12 et 13.)

Brunner avait donné l'hospitalité à son opéré, et, quoique celui-ci fût à bonne table sans doute, il s'échappa au bout de trois mois.

Un second chien en fit autant un mois après l'opération.

Les autres furent soumis à une surveillance plus exacte, et l'on put, comme je le dirai plus loin, compléter les observations. Parmi ces derniers s'en trouvait un qui avait été acheté d'un boucher. L'opération qu'il avait subie l'avait mis en appétit, à ce qu'il paraît ; car il allait assez régulièrement dérober de la viande à l'étal de son ancien maître, qui l'eût puni de mort si Brunner n'eût intercédé pour lui. Je ne cite ce fait que pour donner une idée de l'appétit du chien. Vous savez qu'on a parlé, depuis Brunner, de la voracité des animaux privés de pancréas.

Sur un autre chien que cet anatomiste avait anciennement opéré à Paris, et qu'il retrouva chez un chirurgien auquel on l'avait confié, ce résultat (c'est-à-dire la voracité de l'animal) était plus marqué encore. Pour satisfaire son appétit il donnait la chasse aux poules, et comme il en avait pris un assez grand nombre, cette nourriture succulente l'avait fait engraisser : « *Gallinas venatus earum aliquot prædâ captas » devoravit, ut tandem lauto hoc victu impinguesceret.* » (*Op. cit.*, p. 41.) Ainsi le chien a engraissé. Certes, voilà un témoignage bien désintéressé.

Vous attendez que je m'explique sur la valeur des expériences de Brunner. Il semble qu'on ne les ait rappelées dans ces derniers temps que pour les déclarer incomplètes et insuffisantes, et les rejeter dans l'oubli. Brunner, dit-on, n'a pas extirpé la totalité du pancréas. Sans doute, il ne l'a pas extirpé en entier ; il a soin de nous en avertir : « *Abstuli, » inquam, maximam ac potissimam pancreatis partem : » profundiùs autem latet, quàm ut vel omne cultello » attingere et exscindere liceat.* » (*Op. cit.*, p. 11.) Essayer l'extirpation complète, c'eût été faire preuve de peu d'intelligence, et compromettre, sans aucune compensation, la vie de l'animal.

Les autopsies des chiens sur lesquels ont été faites les expériences de Brunner paraissent avoir été pratiquées avec beaucoup de soin. Dans quelques cas, l'air poussé dans la portion du conduit qui n'a pas été détruite pendant l'expérience passe encore avec facilité dans l'intestin. Il est évident qu'alors l'expérience a été manquée. Mais ailleurs il en est autrement. Par exemple, chez le chien qui dérobait des volailles, les deux portions du pancréas étaient converties, au voisinage de l'intestin, en un noyau calleux dans lequel on ne pouvait plus suivre ni le canal commun, ni les deux conduits excréteurs qui lui donnent naissance. Toutefois, Brunner ayant poussé avec force du mercure dans l'un de ces deux conduits, là où il n'était pas encore oblitéré, vit quelques gouttelettes du métal sourdre dans le duodénum, au niveau de l'insertion du canal cholédoque. Ce fait parut très extraordinaire à Brunner, qui crut que, dans ce cas, la nature avait créé un nouveau canal excréteur. Pour vous, messieurs, qui connaissez le petit conduit, vous avez une explication plus simple. Mais je prends la liberté de vous faire remarquer que vous ne l'avez pas inventée. On lit, en effet, dans Haller « ..... ***Aut novus nasci visus est ductus, quem ego credam » esse secundum, canibus familiarem ductum.*** » (Haller, ***Elementa physiologiæ***, t. VI, p. 451.)

Je laisse à l'Académie le soin de décider si ce petit conduit, réduit qu'il était à un simple pertuis que le mercure fortement pressé franchissait à peine, si, dis-je, ce pertuis amenait d'une glande à moitié atrophiée assez de suc pancréatique dans l'intestin pour expliquer l'embonpoint de notre ravisseur de poules.

Dans la cinquième expérience (sur le chien du boucher), la réussite paraît complète. Il n'y avait plus le moindre commerce (c'est l'expression de Brunner) entre le pancréas et l'intestin. La pièce, préparée avec soin, avait été déposée chez l'opérateur : Je la conserve, dit Brunner, pour que les curieux puissent l'examiner, « ***ut cuivis curioso monstrari queat.*** » (Brunner, ***op. cit.***, p. 33.)

Haller parle de la réussite d'une huitième expérience dont je n'ai pas trouvé la relation dans l'édition du livre de Brunner que j'ai consultée.

Voilà, messieurs, ce que je connais de plus positif sur l'extirpation du pancréas. M. Bernard, qui n'a pu réussir à enlever cette glande, croit qu'il faut abandonner les expériences de ce genre dans l'étude des fonctions du pancréas. « J'ai, à plusieurs reprises, dit-il, tenté sans succès sur des » chiens l'ablation totale du pancréas. Les animaux mou- » raient constamment de péritonite, à cause de la plaie con-

---

tiste, ou de produire un modèle qui pût servir à l'étude de l'anatomie. Mais on remarquera que, quelle qu'ait été l'intention, le résultat a dû être le même ; car, au temps, même le moins éloigné, où il est permis de placer la date de ce fragment, une splanchnologie en marbre, fût-elle issue de la fantaisie du ciseau, ne pouvait manquer d'être mise à profit pour l'étude.

Mais une particularité importante de la pièce accuse manifestement une intention scientifique, en même temps qu'elle apporte un document curieux à la question des ressources anatomiques dont pouvaient disposer les médecins de l'antiquité. Les viscères représentés, bien que placés dans un thorax et un abdomen humains, n'appartiennent pas à l'homme, mais bien au singe. Le cœur, dirigé verticalement, occupant la ligne médiane du thorax, et touchant à peine par sa pointe le diaphragme, est bien le cœur qu'a décrit Galien, ce cœur « qui n'est pas situé en totalité du côté gauche, mais qui occupe précisément le centre. » Encore n'est-ce pas là le cœur de l'orang, qui est oblique et touche le diaphragme dans une bonne partie de sa surface, mais bien celui de singes moins élevés dans l'espèce. Le poumon gauche ne paraît avoir que deux lobes, comme chez l'homme ; car la dépression assez inexplicable qu'on remarque au lobe supérieur, et qui n'atteint pas le bord tranchant du poumon, ne saurait représenter une scissure ; mais il ne faut pas s'étonner de cette analogie avec l'appareil pulmonaire de l'homme, puisqu'il n'y a dans le genre Singe que le patas et le macaque qui aient trois lobes gauches. Quant au lobe droit, l'artiste lui a donné trois lobes, encore comme chez l'homme ; et comme l'immense majorité des singes en a quatre, cette particularité permet presque de déterminer sur quelle espèce a été prise la figure. Ce n'est pas sur le chimpanzé, qui n'a bien que trois lobes à droite et deux à gauche, mais dont le cœur est oblique et couché en partie sur le diaphragme ; ce ne peut être que sur le magot, l'ouistiti commun ou le tamarin, qui seuls présentent tout à la fois un cœur vertical, un poumon droit à trois lobes et un poumon gauche à deux lobes.

Dans l'abdomen, la représentation des viscères ne s'adapte nullement à l'anatomie humaine ; elle est même défectueuse à tous

» sidérable qu'entraînait la dissection complète du pancréas » et des ligatures nombreuses qu'il fallait apposer pour » arrêter le sang. » (Bernard, *Mémoire sur le pancréas*, p. 96.)

Je suis véritablement étonné que M. Bernard ait pu croire qu'on ne pourrait atteindre chez les chiens le but physiologique auquel on visait qu'aux dépens d'une opération si compliquée et si dangereuse. Que doit-on se proposer, en effet? Non pas d'opérer une extirpation du pancréas, mais d'en détruire une assez grande portion pour qu'il n'existe plus le moindre rapport fonctionnel entre la glande et l'intestin. Si vous voulez, messieurs, jeter de nouveau les yeux sur ce dessin, vous saisirez facilement comment on peut isoler les deux organes l'un de l'autre. Vous voyez que les deux queues du pancréas n'ont de connexion avec l'intestin que par cette partie commune ou corps que traversent tous les conduits excréteurs. Enlevez ce corps, et tous les conduits qu'il recèle, tout commerce entre le duodénum et la glande, suivant l'expression de Brunner, aura disparu. C'est de cette manière qu'ont été opérés les petits chiens que vous avez vus. Mais, ou je suis bien trompé, ou les détails de ces expériences vont vous inspirer quelque intérêt.

Une chienne épagneule mit bas six petits. Ils furent destinés à la vivisection dont nous parlons. Quinze jours après la couche, on en opéra trois dans une seule séance. Huit jours plus tard, on en opéra deux autres. On garda le sixième intact comme point de comparaison.

Sur de si petits animaux, l'expérience offre des difficultés d'un certain genre. Mais je ne sais pas s'il existe des opérations difficiles pour M. Colin. Une de ses qualités surtout serait hautement prisée dans la pratique de la chirurgie humaine, c'est que M. Colin est heureux : il sauve tous ses opérés. C'est pour ne pas prolonger hors de propos cet éloge que j'attribue *au bonheur* les succès de M. Colin.

Je reviens à nos petits chiens.

Si les rapports du duodénum et du pancréas avec le péritoine étaient dans l'espèce canine ce qu'ils sont chez l'homme, l'opération serait à peu près impraticable, car on ne pourrait attirer au dehors ni l'intestin ni la glande. Mais le duodénum est flottant chez le chien; et c'est dans le repli péritonéal qui le suspend, en quelque sorte, qu'est logée la portion du pancréas qu'il s'agit d'attaquer. Il faut, pour opérer l'excision, faire sortir les parties, comme je l'ai dit, par la petite ouverture pratiquée à la paroi abdominale. Ceux qui répéteront cette expérience sur des chiens âgés seulement de deux à trois semaines, sauront quelles difficultés on rencontre parfois dans ce temps de l'opération.

Vient ensuite la résection de la partie qu'on veut retrancher. D'après ce qu'en ont écrit les expérimentateurs qui ont tenté l'extirpation du pancréas, vous vous attendez à une dissection sanglante, à des ligatures de vaisseaux, et aussi à toutes les chances de péritonite qu'entraîne à sa suite une opération si savante. Rien de tout cela, messieurs. Pas de division avec l'instrument tranchant, pas de vaisseaux versant du sang, pas de ligatures. Il suffit, chez nos jeunes animaux, de racler avec le manche du scapel l'organe si tendre que l'on veut détruire. On commence là où le pancréas adhère au duodénum; on rencontre presque tout de suite le conduit pancréatique : on le divise avec des ciseaux et on le renverse sur la petite masse qu'on veut extraire. On agit de même à l'égard du petit conduit : si étroit qu'il soit, on le voit très bien (quand on est familiarisé avec la dissection de ces parties) passer du pancréas dans la paroi intestinale. Le canal cholédoque, d'ailleurs, sert de point de repère. J'ai dit que cette opération n'était pas sanglante. En effet, les vaisseaux sanguins qui entrent dans le pancréas ou qui en émergent subissent une sorte d'arrachement par l'action du manche du scapel et ne répandent pas de sang. Telle est du moins la règle. La partie du pancréas que l'on extrait est traversée par une veine volumineuse qu'il faudrait couper en deux endroits et lier si l'on faisait la résection avec l'instrument tranchant. Par notre procédé, au contraire, on laisse la veine en place et l'on en sépare par le raclage tous les grains glanduleux qui y adhèrent. Toutes les veinules qui, de la glande, entrent dans cette veine, sont pendant ce temps, et par le fait du raclage, chiffonnées, arrachées, et ne répandent pas de sang. Cela fait, le duodénum est repoussé dans le ventre; un ou deux points de suture ferment la plaie abdominale.

Je dirai, incidemment, que cette méthode du raclage a été mise en usage par M. Colin avec le plus grand succès pour remplacer l'extirpation de la rate et éviter les ligatures dangereuses que cette opération nécessite. J'ai vu, l'année dernière, à Alfort, une douzaine de petits chiens privés de rate, et parfaitement remis. On s'était borné à leur racler la boue splénique, et nulle ligature n'avait été nécessaire.

J'exposerai plus loin ce qui a été observé sur nos petits chiens. Vous venez de les voir, et, provisoirement, vous êtes rassurés sur les suites de l'opération.

Deux animaux beaucoup plus volumineux que ceux-ci ont

---

les points de vue, et assez étrange. La ligne de démarcation qui, partie du milieu du diaphragme, se dirige vers le côté droit de l'abdomen, indique la séparation du foie et de l'estomac ; mais ni dans le singe, ni dans aucun mammifère, l'estomac n'a ce volume proportionnel. L'estomac du chimpanzé, quoique relativement plus grand que celui de l'homme, ne l'est pas dans cette proportion, à moins qu'il n'ait été représenté dans un état de ballonnement. Ce qu'on aperçoit du foie n'est pas très conforme à la nature, sur quelque animal qu'on l'étudie. On en peut dire autant des intestins grêles, qui sont refoulés en bas comme par une tumeur, et ne donne pas l'idée du *paquet intestinal*.

Tout cela nous paraît démontrer : premièrement, que la figure ne se rapporte pas à l'homme, mais bien au singe (du moins pour le thorax) ; secondement, qu'une partie des viscères (les abdominaux), sinon tous, ont été représentés, soit de souvenir, soit d'après des descriptions défectueuses ou mal comprises ; troisièmement, enfin, comme conséquence de cette proposition, qu'il ne s'agit pas ici d'une étude purement artistique (laquelle aurait été faite sur nature), mais bien d'un travail réfléchi, calculé, appelant à son aide tant bien que mal les notions acquises en anatomie, et qui se concevrait difficilement sans un but d'utilité scientifique.

Cela admis, il est évident que, si l'on pouvait déterminer la date approximative du fragment, il serait permis d'en tirer une induction assez précieuse relativement à la science anatomique du temps et aux moyens d'étude dont elle disposait. Ce serait aux archéologues à fournir ce complément. Malheureusement la chose ne nous paraît pas aisée. Mais si les archéologues ne peuvent aider les médecins à conclure de la date du fragment à la science du temps, les médecins peuvent aider les archéologues à conclure de données certaines de l'histoire à la date du fragment ; et c'est là encore un service que peut rendre le genre d'études auquel nous nous livrons par intervalles. En effet, la valeur de la sculpture, comme étude anatomique, doit représenter assez exactement le degré d'avancement de la science anatomique à l'époque où elle a été exécutée. Or, pour prendre une date célèbre, il est admis à peu près généralement que Galien a fait ses descriptions uniquement sur le singe,

été soumis à l'ablation de la partie fondamentale du pancréas. J'ai dit pourquoi nous ne les avions pas amenés ici. Vous avez certainement compris qu'il s'agissait de deux cochons : l'un d'eux était âgé de quatre mois; l'autre, beaucoup plus gros, avait six mois environ. Chez le cochon, le canal pancréatique est simple et accompagné d'une partie bien circonscrite de la glande. Cette condition anatomique permet d'apporter beaucoup de précision et de netteté dans l'expérience. On a eu recours au simple grattage. Chez le second cochon, cependant, on éprouva quelque peine à amener le duodénum au dehors. L'anse intestinale qui se présentait incessamment à la place du duodénum avait été si souvent et alternativement attirée au dehors et réduite avant que nous eussions pu voir le pancréas, qu'une péritonite nous paraissait imminente. Cependant, à notre grande satisfaction, la cure de ce cochon eut lieu sans le moindre accident.

Enfin, messieurs, viennent des animaux d'une troisième catégorie. Ici l'extirpation est complète : ce canard et cette oie ne conservent pas la plus petite parcelle de pancréas. Telle est, chez ces animaux, la disposition de cette glande, qu'il est aussi facile de l'extirper en totalité qu'en partie.

Le moment est venu de dire ce que nous avons observé sur nos trois catégories d'opérés.

Commençons par les petits chiens.

Nous n'avons point vérifié sur eux le grave pronostic que l'on a porté de la non-intervention du suc pancréatique dans les phénomènes digestifs. Nous n'avons observé ni selles graisseuses, ni émaciation progressive, ni perte des forces. Quelques jours après l'opération, ils étaient déjà très gais, fort vifs, et ils le sont restés depuis cette époque. Nous ne saurions dire s'ils ont montré plus de voracité que les chiens de leur âge : il ne nous a pas semblé que celui d'entre eux qui n'avait pas été opéré, et que nous avons gardé comme point de comparaison, ait été moins avide que les autres. Les modifications que nous avons constatées dans les phénomènes digestifs étant étrangères à la digestion et à l'absorption des graisses, nous n'en parlerons pas ici.

Une autre fonction que la digestion devait être étudiée encore chez les animaux privés du fluide pancréatique : je veux parler de la nutrition.

Nos petits animaux se prêtaient à ces recherches; car, à moins d'une altération grave, ils devaient, non-seulement s'entretenir, mais s'accroître. L'emploi de la balance offrait un excellent moyen de se renseigner à cet égard. Nous en avons fait usage tous les huit jours pour chaque individu en particulier; mais le récit de ces pesées partielles serait peut-être un peu fastidieux : nous pensons que des pesées en masse ne seront pas moins instructives.

Mis dans la même balance, les cinq chiens destinés à subir la résection du pancréas, laquelle a été pratiquée comme il a été dit les 20 et 27 mai, pèsent en bloc 4,692 grammes.

Le 10 juin, ils ont gagné, *in globo*, 1,845 grammes.

Huit jours plus tard, c'est-à-dire le 17 juin, nous constatons une augmentation nouvelle de 2,770 grammes.

Le 24 juin, ils ont gagné encore 2,210 grammes.

Dans la semaine suivante, l'augmentation de poids n'est que de 1,270 grammes; mais il faut noter que les chiens ont été séparés de leur mère, et que leur ration n'a pas été suffisamment augmentée.

Un régime plus substantiel fait constater, au 8 juillet, un accroissement de 2,320 grammes.

Enfin, l'augmentation de la dernière semaine, constatée le 15 juillet, s'élève à 2,670 grammes.

Il résulte de ces observations que les chiens, qui ne pesaient au commencement de l'expérience que 4 kilogrammes 692 grammes, c'est-à-dire un peu plus de 9 livres, pèsent au 15 juillet, 18 kilogrammes 140 grammes, c'est-à-dire un peu plus de 36 livres. Ils ont donc augmenté de 13 kilogrammes 448 grammes, c'est-à-dire qu'ils ont à peu près quadruplé de poids.

Les deux cochons, dont l'examen sera sans doute d'un grand intérêt le jour où on les ouvrira, sont d'abord restés stationnaires; mais depuis quelque temps ils augmentent sensiblement de poids; leur appétit est très développé, leur santé paraît complétement remise.

Nous devons expliquer à l'Académie pourquoi nous avons étendu nos expériences jusqu'aux oiseaux. Nous ne nous proposions certainement pas de rechercher s'ils auraient ou non un chyle émulsionné après l'extirpation du pancréas. Nous savons, et l'un de nous l'a depuis longtemps fait imprimer, qu'on ne trouve point de chyle chez les oiseaux. Mais nous voulions voir si cette opération serait aussi funeste à ces animaux qu'on l'a annoncé. « Chez les canards, dit M. Bernard, la digestion de la viande est troublée par la soustraction du suc pancréatique ou du pancréas, et ces animaux finissent par mourir dans le marasme par un défaut de nutrition. » (*Mémoire sur le pancréas*, p. 157.

Nous ne savons si ce pronostic doit se réaliser; mais notre oie et notre canard ont passé depuis longtemps la limite de

---

et M. Daremberg promet de le démontrer péremptoirement dans son INTRODUCTION GÉNÉRALE AUX ŒUVRES DE GALIEN; mais on sait aussi qu'à cette époque, et bien des siècles avant, les cadavres des ennemis, des gladiateurs, des suppliciés, à l'égard desquels on s'était un peu relâché de la protection accordée aux autres morts, avaient fourni à l'anatomie des viscères humains des notions assez positives, sinon quant à la structure, du moins quant à la position et quant à la configuration externe. Que Galien ait ou non tiré parti de ces notions, il n'en est pas moins certain que son anatomie des viscères abdominaux est sensiblement plus avancée que celle de notre fragment. On en pourrait donc conclure que celui-ci est antérieur à Galien, ce qui s'accorderait avec l'opinion qu'il a pu appartenir à Antonius Musa; et nous croyons de plus que ce ne serait forcer l'induction, que de le faire remonter à plusieurs siècles au delà de Galien. Quoi qu'on en puisse penser, il nous a paru que c'était là un monument d'art et d'histoire scientifique tout ensemble, dont les médecins prendraient connaissance avec intérêt.

J.-M. CHARCOT et A. DECHAMBRE.

— M. Jeannel, ex-pharmacien en chef de l'armée d'Orient, adresse au Journal de médecine de Bordeaux ses *Souvenirs*, d'où nous extrayons ce qui suit :

« La nuit dernière, on est venu me chercher en toute hâte pour voir un malade chez mes nouveaux amis (une famille juive de Gallipoli). J'ai trouvé le grand salon de réception et toutes les chambres de la maison convertis en dortoirs. Les vieux parents dorment sur les divans, la jeunesse et l'enfance reposent pêle-mêle sur les matelas dont le plancher est couvert. Toutes ces literies disparaissent pendant le jour, dans des cabinets qui en sont remplis jusqu'au plafond. On comprend assez que les mariages entre consanguins soient fréquents et prématurés dans une famille organisée de la sorte.

» Ayant formulé des prescriptions, je me suis enquis du pharmacien qui devait les exécuter. J'ai vu l'officine, et je me demande ce que peut être l'art médical dans une ville où la pharmacie est représentée par un individu qui vend du raki (1) au petit verre sur le comptoir, qui vend des œufs et des harengs saurs, qui ne possède qu'une vieille balance romaine dont le plateau, couvert de crasse, reçoit à nu successivement des onguents, des épiceries, des sels et du tabac. »

(1) Eau-de-vie blanche anisée, très forte en grand usage parmi les Ottomans.

vie qu'on assigne à leurs pareils après la soustraction du pancréas. Leur opération date déjà d'un mois.

La communication que nous venons de vous faire, messieurs, ne ressemble guère à celles auxquelles on vous a accoutumés.

Le plus souvent on se prévient, on se passionne même pour telle ou telle opinion. On imagine quelque expérience qui ne laissera aucun doute; car il semble qu'on n'expérimente pas pour étudier une question, mais pour faire prévaloir une doctrine. C'est du récit d'expérimentations de ce genre qu'on entretient les corps savants.

Telle n'est point la marche que nous avons suivie. Nous venons de vous montrer des expériences *en voie d'exécution*. Ce qu'elles vont prouver, nous l'ignorons; mais elles paraissent instituées de manière à prouver quelque chose.

Quelle imprudence, dira-t-on, faire connaître une expérience avant de savoir à qui elle donnera raison!

Imprudence! dites-vous? Et pourquoi donc? Est-ce que nous nous intéressons plus à une manière de voir qu'à une autre? Une seule chose nous préoccupe dans ce moment: c'est de savoir si chez le chien, chez le cochon, le suc pancréatique est indispensable pour que des matières grasses soient admises dans les vaisseaux chylifères. Nos expériences, nous l'espérons, répondront publiquement à cette question. Que la réponse soit négative, qu'elle soit affirmative, peu nous importe! notre but aura été atteint.

Nous n'avons parlé que du chien et des pachydermes, et non des mammifères en général, la question étant jugée pour les ruminants depuis la publication du mémoire que j'ai lu à l'Académie.

Messieurs, nous ne connaissons pas parfaitement les usages de l'Académie, bien que l'un de nous ait eu l'honneur de la présider pendant une année. Nous ignorons si les règlements ou le décorum s'opposent à ce qu'elle intervienne dans la vérification de la nouvelle série de faits qui vont servir de complément à ce travail: mais nous serions très heureux de voir quelques membres de la savante Compagnie assister aux opérations auxquelles nous nous proposons de soumettre encore prochainement nos animaux, et dont voici le programme:

Quelques heures après un bon repas, un de nos petits chiens sera sacrifié par la section du bulbe rachidien. On examinera tout de suite le contenu des vaisseaux lactés et du canal thoracique. On procédera à la dissection de ce qui reste du pancréas. Si le liquide des chylifères est blanc, et si cependant toute communication entre les canaux de la glande et l'intestin a disparu, il paraîtra bien difficile qu'on se refuse à admettre que le suc pancréatique n'est pas indispensable à la formation d'un chyle émulsionné. Dans le cas, peu probable, où les voies pancréatiques se seraient rétablies, l'expérience devrait être considérée comme non avenue.

Que si, enfin, avec une oblitération complète des canaux pancréatiques, il ne se formait plus de chyle blanc (ce qui, dans les croyances singulières que certaines personnes se font aujourd'hui de la nature du chyle, voudrait dire qu'il n'y aurait plus de chylification); si, disons-nous, il ne se formait plus de chyle blanc, ce serait une grande présomption en faveur de la doctrine d'Éberle et de M. Bernard sur les fonctions du pancréas. Nous aurions alors donné à cette doctrine une démonstration qui lui a manqué jusqu'à ce jour.

Mais, franchement, nous n'espérons guère qu'un tel honneur soit réservé à notre travail. Nos observations sur le chyle de vaches et de taureaux, dont on avait détourné le suc pancréatique, les résultats encore inédits d'une quarantaine d'expériences pratiquées sur des chiens adultes, les faits rassemblés par M. Longet dans son dernier fascicule, nous font penser, avec la majorité des physiologistes actuels, qu'on a avancé une idée trop exclusive quand on a prétendu que les matières grasses ne pouvaient pénétrer dans les chylifères qu'avec le concours du fluide pancréatique.

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

SUR L'INFARCTUS HÉMOPTOÏQUE DU POUMON, à l'occasion d'un travail de M. le docteur HESCHL.

L'histoire de cette variété d'hémorrhagie intra-pulmonaire qui produit dans le poumon l'altération qu'on désigne sous les noms d'engorgement, d'infarctus hémoptoïques, et qui survient habituellement dans les phases ultimes des maladies organiques du cœur, principalement lorsqu'il s'agit d'un rétrécissement de la valvule mitrale; cette histoire est restée jusqu'à ces derniers temps telle ou à peu près telle que l'ont faite les travaux de Laënnec, de MM. Cruveilhier, Andral et Rokitansky; et, en particulier, la belle description anatomique que Laënnec a donnée de l'engorgement hémoptoïque du poumon a été reproduite sans avoir subi de modification importante, ou même dans son intégrité la plus parfaite, par tous les auteurs qui ont eu à s'occuper du sujet. Cependant cette description, si remarquable pour l'époque à laquelle elle a été tracée, laisse dans l'ombre bon nombre de points importants dont l'étude ne pouvait pas manquer d'être abordée de nos jours où le goût des investigations anatomiques minutieuses est si universellement répandu.

On s'accorde assez généralement à reconnaître que, dans l'engorgement hémoptoïque du poumon, le sang est épanché dans la cavité même des vésicules ou alvéoles pulmonaires; c'est même à cette particularité que les noyaux indurés doivent l'aspect granuleux qu'ils ont en commun avec les fragments du poumon frappés d'hépatisation rouge. On sait aussi que les vaisseaux capillaires qui traversent ces noyaux, les veines qui en partent et les artères qui s'y rendent sont habituellement gorgés de sang ou même remplis de caillots plus ou moins volumineux, plus ou moins décolorés, et parfois très adhérents à la paroi vasculaire. Les tuyaux bronchiques eux-mêmes sont souvent obstrués par du sang coagulé. Mais quelle est la signification de ces diverses altérations? Dans quel ordre, suivant quelles lois, par quel mécanisme s'opèrent-elles? Quelles sont les modifications qui surviennent dans la nutrition des diverses parties constituantes du parenchyme pour en modifier la texture intime, avant que le sang ne se soit répandu au dehors de ses voies naturelles, et qui seules peuvent expliquer pourquoi l'hémorrhagie s'effectue dans tel point du poumon plutôt que dans tel autre? Ce sont là des questions de quelque intérêt, parmi tant d'autres du même genre qui ressortissent encore à l'anatomie et à la physiologie pathologiques de l'apoplexie pulmonaire. Elles sont loin d'être résolues: à peine ont-elles été sérieusement abordées. C'est à l'étude des questions de cet ordre qu'est consacré le travail du docteur Heschl sur l'infarctus hémoptoïque du poumon. Les conclusions auxquelles l'auteur est arrivé ne sont certes pas le dernier mot de la science; mais elles pourront tout au moins, nous l'espérons, servir de point de départ pour les recherches ultérieures.

Parmi les travaux qui ont été écrits sur le même sujet, et

que l'auteur passe en revue avant d'exposer ses propres recherches, il en est deux qui ont joui d'une certaine faveur, du moins en Allemagne ; nous les croyons peu connus en France : aussi jugeons nous utile d'en rapporter l'exposé, du moins sommairement.

C'est d'abord un mémoire publié en 1846, dans le *Journal de Prague*, par le professeur Bochdalek (*Prager Vierteljahrs.*, 9 Bd., 1846, S. 1), et ensuite un article qui fait partie d'un ouvrage publié à Erlangen, en 1850, par le docteur Dittrich (*Beiträge zur Path. Anat. der Lungenkrankheit.*, S. 1). D'après Bochdalek, les caillots qu'on rencontre, ainsi que l'a démontré M. Cruveilhier, dans celles des ramifications de l'artère pulmonaire qui se rendent au noyau hémoptoïque, sont l'indice d'une inflammation de ces vaisseaux. Ils existent non-seulement dans les ramifications qui ont 1 demi-millimètre, 1 millimètre ou même 3 millimètres de diamètre, mais on les trouve encore parfois dans les branches principales. Ils existent aussi dans les capillaires qui font suite aux dernières ramifications artérielles. C'est même là que l'inflammation se manifesterait probablement tout d'abord, pour se propager ensuite, par voie de continuité, jusque dans les troncs vasculaires du plus fort calibre. Les caillots sont plus ou moins pâles et décolorés, plus ou moins ramollis et friables, plus ou moins adhérents aux parois artérielles ; on les voit parfois creusés de petits foyers contenant un liquide verdâtre et d'aspect purulent. Quant aux parois du vaisseau, elles sont plus pâles que de coutume, ou, au contraire, d'une teinte rouge foncé, et en tout cas opaques et friables. Ces altérations diverses, qui, suivant l'auteur, mettent hors de doute l'existence de l'inflammation des ramifications de l'artère pulmonaire et des capillaires auxquels elles aboutissent, sont d'autant plus manifestes que l'infarctus hémoptoïque est de date plus ancienne. Malheureusement pour la théorie, elles sont loin d'avoir la valeur que le docteur Bochdalek leur prête. Il paraît en effet bien démontré aujourd'hui, et les expériences de Virchow n'ont pas peu contribué à établir cette démonstration, que toutes ces modifications que subissent les caillots fibrineux dans les artères, comme aussi dans les cavités du cœur et quelquefois même dans les veines, sont loin d'être une conséquence nécessaire de l'inflammation. Bien plus, elles se manifestent le plus souvent dans des circonstances où la coagulation du sang dans les vaisseaux est évidemment la conséquence du retard que ce liquide a subi dans son cours, par suite de la présence d'un obstacle purement mécanique. La substance d'aspect purulent que renferment les cavités qui existent parfois au centre des caillots n'est généralement pas du pus, au moins dans les artères et dans les cavités cardiaques ; elle consiste en un amas de granulations moléculaires ou manifestement graisseuses qui sont le résultat de la désagrégation de la fibrine (1). L'altération des parois vasculaires, enfin, est en général consécutive à la formation des caillots ; elle est parfois l'expression de l'inflammation des tuniques artérielles ; mais, le plus souvent, elle est simplement due à des phénomènes d'imbibition. On comprend d'ailleurs difficilement, dans la théorie de Bochdalek, la relation qui existerait entre l'artérite, qu'il a cru constater, et l'hémorrhagie qui s'effectue dans les alvéoles du poumon pour constituer l'infarctus hémorrhagique.

(1) Voir sur ce point spécial les travaux de MM. Gulliver, *Med. Chir. Trans.*, 1839, p. 144 ; Virchow, *Zeitsch. für ration. Med.*, Bd. V, S. 226, et *Gesam. Abhandl.*, *passim* ; Donders et Jansen, *Nederland. Lancet*, Bd. I, p. 232, 305 ; Rokitansky, *Path. Anat.*, Bd. II, p. 477 ; Charcot, *Mémoires de la Soc. de biologie*, 1851, p. 189, et 1854, p. 301 ; Robin et Verdeil, *Traité de chimie anat.*, t. III, art. FIBRINE.

Dittrich paraît surtout guidé, dans son étude de l'apoplexie pulmonaire, par le travail bien connu de Paget sur l'apoplexie du cerveau. On sait que, d'après ce dernier auteur, bon nombre d'hémorrhagies intra-encéphaliques seraient en grande partie la conséquence de l'altération graisseuse que subit parfois la paroi des vaisseaux sanguins de petit calibre qui traversent la substance du cerveau. Dittrich a constaté que, dans les cas où il existe dans les poumons des indurations hémoptoïques, les parois des artères pulmonaires présentent très fréquemment, à un degré plus ou moins prononcé, l'altération athéromateuse. Il a rencontré surtout, en pareil cas, la métamorphose graisseuse et la friabilité des tuniques vasculaires qui en est habituellement la conséquence, sur des branches de deuxième, troisième et quatrième ordre. Mais il ne paraît pas l'avoir directement observée sur des vaisseaux ayant moins d'un demi-millimètre de diamètre, et c'est par analogie seulement qu'il est conduit à admettre, du même coup, que cette modification de texture existe également dans les plus petits vaisseaux, et qu'elle peut rendre compte de l'hémorrhagie qui s'opère dans les points des poumons où les vaisseaux présentent le plus haut degré d'altération.

Le professeur Heschl, dans un récent travail (*Prager Vierteljahrschrift*, 1857, Bd. 2, p. 21), fait remarquer, après d'autres auteurs, que l'on rencontre habituellement dans le tissu pulmonaire, conjointement avec l'induration hémoptoïque, des altérations dont les unes sont pour ainsi dire générales et portent, bien qu'à des degrés divers, sur toute ou presque toute l'étendue des deux poumons, et dont les autres sont locales et s'observent dans les points mêmes où l'apoplexie s'est effectuée ou doit s'effectuer. Ces altérations représentent autant de degrés préparatoires de l'épanchement. Les premières constituent une sorte d'induration de carnification du parenchyme, que Skoda a désignée sous le nom d'hypertrophie du poumon, Virchow et Rokitansky sous celui d'induration pigmentaire (*Pigment-Induration*). Voici, en deux mots, quels sont les caractères essentiels de cette espèce anatomique que MM. Ch. Robin et Isambert ont étudiée à nouveau dans un mémoire lu à la Société de biologie en 1855 (t. II, 2e série, p. 163) : une matière amorphe de nouvelle formation est interposée aux éléments normaux, aux fibres élastiques du tissu pulmonaire. Cette matière est semée d'abondantes granulations d'hématoïdine, qui tantôt l'infiltrent d'une manière générale, tantôt, au contraire, sont rassemblées en amas ou mamelons séparés par des intervalles d'étendue variable. Souvent des grains d'hématoïdine se rencontrent également dans les alvéoles pulmonaires et les cellules épithéliales qui tapissent les canalicules respiratoires en renferment elles-mêmes un certain nombre. Cette induration spéciale du parenchyme pulmonaire, qui paraît dépendre à la fois d'un travail d'exsudation et d'une tendance générale aux hémorrhagies interstitielles, est, pour ainsi dire, exclusivement propre aux affections organiques du cœur, de longue durée. Elle paraît exister constamment dans les cas où l'on rencontre l'infarctus hémoptoïque.

Quant à celles des lésions préparatoires de l'hémorrhagie qui sont circonscrites, elles se présentent sous plusieurs aspects, qui correspondent toutefois à des degrés divers d'une même altération.

Ce sont d'abord des noyaux dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette, à contours nets comme ceux de l'infarctus proprement dit, à aspect granuleux. Leur nombre varie de un à cinq. Ils sont d'une couleur d'un gris rougeâtre, ou d'une couleur gris jaune, dans les

-as où l'induration pigmentaire du poumon est très prononcée. Ils sont friables et laissent s'écouler, quand on les presse, un liquide visqueux. L'examen microscopique y fait reconnaître les particularités suivantes : les cellules épithéliales paraissent très volumineuses ; elles renferment habituellement d'abondantes granulations graisseuses, et quelquefois, en outre, des corpuscules colorés (hématoïdine). On observe des cellules épithéliales à deux noyaux, des globules de pus, mais en petite quantité. Quant aux parois même des alvéoles, elles ne présentent pas d'autres modifications que celles qui appartiennent à l'induration du poumon. C'est ainsi que les fibres élastiques ont conservé leur structure normale ; les vaisseaux seuls paraissent quelquefois fortement distendus par le sang. A ces caractères on ne saurait méconnaître, suivant le docteur Heschl, qu'il s'agit là de *noyaux pneumoniques*. Ces noyaux siégent, en général, surtout au voisinage du hile du poumon, entre les ramifications des bronches d'un certain volume. Il est rare qu'ils n'existent pas en certain nombre, concurremment avec les infarctus hémoptoïques, et il est étonnant que les auteurs qui ont écrit sur l'apoplexie pulmonaire n'en aient pas fait mention et n'aient pas signalé cette coïncidence.

A un degré plus avancé, les alvéoles sont, comme ci-dessus, remplies de cellules épithéliales dégénérées ; mais la dégénération de ces cellules est plus prononcée. Leurs parois sont moins distinctes, les amas de granulations ont une teinte moins foncée, etc. Quant aux parois des alvéoles, la seule particularité nouvelle qu'il y ait à y noter, c'est que les vaisseaux sanguins du réseau capillaire sont dans un état de plénitude extrême. Cependant, malgré cette extrême injection des capillaires, il peut ne pas exister un seul globule sanguin dans la cavité même de l'alvéole.

Mais souvent aussi, au centre des noyaux qui ont passé par cette deuxième phase de l'altération préparatoire, on rencontre quelques alvéoles au sein desquelles l'extravasation s'est effectuée. Dès lors, aux éléments qui remplissaient les vésicules pulmonaires, il s'est mêlé un nombre plus ou moins grand de globules sanguins. L'hémorrhagie vésiculaire est dès lors constituée. Elle peut envahir toute ou à peu près toute l'étendue du noyau pneumonique, qui présente ainsi les caractères de l'*infarctus hémoptoïque* proprement dit. D'où cette conséquence, que l'hémorrhagie n'est ici, pour ainsi dire, qu'un accident qui a lieu dans le cours du deuxième stade d'une variété particulière d'inflammation parenchymateuse.

Quelques-uns des noyaux pneumoniques arrivés au deuxième degré de l'altération, au lieu de se transformer directement comme on l'a vu en infarctus hémoptoïques, peuvent avoir subi une autre métamorphose. Le tissu malade a pris une coloration jaune-brun sale ; il est devenu plus mou, plus friable encore. L'examen microscopique y fait reconnaître que les différents éléments du parenchyme ont perdu leurs contours nets : ils sont tous devenus éminemment granuleux et sont dans un état de véritable dissolution. Dans certains points même, on ne rencontre plus rien autre chose que des globules de graisse et des granulations pigmentaires. Ces altérations correspondent au premier degré de la gangrène. La nécrose des tissus qui n'ont pas encore subi la fermentation putride n'est appréciable qu'à l'aide de l'investigation microscopique ; mais elle peut atteindre un plus haut degré, et la fétidité qu'exhalent les parties désagrégées ne laisse bientôt plus aucun doute sur son existence.

La pneumonie qui prépare la formation des noyaux hémoptoïques est donc d'une nature spéciale. Elle ne tend pas à la suppuration, mais bien à l'hémorrhagie et à la gangrène. Cette dernière terminaison est le cas le plus rare ; mais il n'est pas improbable que les modifications de texture qui y conduisent, à savoir la désagrégation, la dissolution proprement dite des tissus, existent toujours à un moment donné, et que c'est en vertu de cette dissolution que les parois vasculaires et les trabécules du poumon donnent issue, en se rompant, à l'extravasation hémorrhagique. On peut d'ailleurs rencontrer, comme on sait, l'hémorrhagie et la gangrène dans un même point du parenchyme du poumon.

Pour ce qui est des conditions particulières qui impriment à la pneumonie préparatoire de l'apoplexie ces allures toutes spéciales, l'auteur les trouve principalement dans l'existence préalable de cette altération, qui porte sur l'ensemble des éléments du poumon, et qui dérive de l'obstacle prolongé qu'éprouve la colonne sanguine dans son passage au travers des voies respiratoires. Nous voulons parler de l'induration ou carnification congestive (induration pigmentaire de Virchow, hypertrophie pulmonaire de Skoda) dont il a été fait mention plus haut.

Il faut, suivant le docteur Heschl, bien distinguer l'infarctus hémoptoïque proprement dit de l'*obstruction sanguine des vésicules pulmonaires*. Dans le cas où un gros vaisseau s'est ouvert dans les bronches, le sang pénètre sous l'influence des lois de la pesanteur, ou mieux encore par suite de l'espèce d'aspiration, de succion qui s'opère pendant l'acte de l'inspiration, jusque dans les plus petits tuyaux bronchiques et dans les vésicules pulmonaires elles-mêmes. Il en résulte des noyaux indurés, de couleur noire, grenus, bien circonscrits, et ayant en un mot tout l'aspect de l'infarctus hémoptoïque véritable. La confusion entre ces deux états anatomiques, si différents au fond, sera cependant impossible, pour peu qu'on y regarde de près. En effet, dans l'infarctus, ainsi qu'on l'a vu, les globules du sang sont mêlés à des cellules épithéliales granuleuses, dégénérées, etc. ; tandis que, dans l'obstruction pure et simple, ces cellules conservent leurs caractères normaux, et en même temps les vaisseaux des trabécules pulmonaires, ne présentent dans leur texture aucune modification.

Tel est, en résumé, le travail du docteur Heschl. Nous le répétons, nous ne croyons pas que ce travail soit appelé à fixer définitivement la science relativement à la pathogénie de l'infarctus hémoptoïque du poumon ; mais il paraît être du moins le fruit d'études consciencieuses, et il ne peut, par conséquent, manquer d'être utile aux médecins qui seraient conduits à reprendre ce sujet. Docteur J. C.

IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Siége des rétrécissements de l'urèthre.

Monsieur le Rédacteur,

Voulez-vous bien m'accorder un court espace dans vos colonnes pour quelques réflexions relatives à un article de M. Marc Sée inséré dans votre numéro du 9 janvier 1857, mais qui vient seulement de tomber sous mes yeux?

La question discutée récemment par M. Sée a, depuis quelques années, été l'objet de mes travaux. Le but que j'ai atteint a été

depuis lors corroboré par les savantes recherches de MM. A. Guérin et Verneuil, dont j'ai lu les ouvrages. Je n'hésite pas à penser que mes données personnelles étant beaucoup plus nombreuses que celles de ces messieurs, elles pourront offrir quelque intérêt à vos lecteurs.

Dans un ouvrage que j'ai publié sur les rétrécissements de l'urèthre, couronné par le Collége royal des chirurgiens de Londres en 1853, j'ai donné les résultats de mes propres investigations sur 270 pièces pathologiques, investigations faites avec le plus grand soin, dans le but de déterminer le siége du rétrécissement.

Ces pièces sont, pour la plupart, déposées dans dix musées de Londres et d'Édimbourg, y compris celui du célèbre Hunter, qui en est le premier. J'ai visité Paris en 1852, dans l'espoir d'augmenter le nombre de ces résultats ; mais je n'ai trouvé que cinq ou six pièces au musée Dupuytren.

Il est nécessaire de faire remarquer que plusieurs de ces pièces-spécimens trouvés dans les musées ne sont pas décrites correctement, et qu'en conséquence tout compte rendu basé sur ces descriptions peut être entaché d'erreur. Ce fait m'explique la différence d'opinion qui existe entre le rapport de M. Pro, publié par M. Marc Sée, et les mémoires de MM. Guérin et Verneuil, qui sont conformes à mes propres observations.

Permettez-moi de vous adresser, sur les résultats en question, un extrait de mon livre auquel vous avez bien voulu accorder la faveur d'un compte rendu dans votre excellent journal, le 10 mars 1854.

Ayant examiné les différentes opinions des auteurs français et anglais les plus célèbres, et ayant démontré que la divergence de leurs opinions vient de ce que les uns ont fait leurs recherches sur le malade, tandis que les autres ont dirigé leurs études sur le cadavre, j'ai adopté la classification suivante.

J'ai divisé le canal de l'urèthre en trois régions, qui m'ont servi de règle pour classer les siéges des rétrécissements.

Première région. — Rétrécissements situés à la partie courbe, c'est-à-dire à la jonction de la partie spongieuse avec la partie membraneuse et dans son voisinage : cette dernière expression signifie 1 pouce du canal en avant, et 3 quarts de pouce en arrière de la jonction, c'est-à-dire dans la totalité de la partie membraneuse.

La jonction elle-même est un point où le rétrécissement se rencontre très fréquemment. Vient ensuite l'extrême limite en avant de la région, point presque aussi souvent affecté que le précédent. Dans l'intervalle qui sépare ces deux points, on rencontre six exemples de rétrécissements sur un seul resté en arrière de la jonction, où *il se trouve très rarement*. Le rétrécissement n'a presque jamais lieu à la *partie postérieure* de la portion membraneuse (1).

Deuxième région. — Rétrécissements situés à la portion moyenne de la partie spongieuse, c'est-à-dire de la région qui s'étend de la limite en avant de la précédente jusqu'à 2 pouces et demi de l'orifice externe de l'urèthre (*meatus externus*), et mesurant en conséquence une longueur d'environ 2 pouces et demi à 3 pouces.

Troisième région. — Rétrécissements situés à l'orifice externe et jusqu'à 2 pouces et demi de cet orifice.

Le tableau suivant présente une analyse des 270 pièces dont j'ai parlé ; elles comprennent 320 rétrécissements distincts.

Dans la 1re région	215, ou 67 pour 100.
Dans la 2e région	51, ou 16 pour 100.
Dans la 3e région	54, ou 17 pour 100.
	320

185 exemples présentent le cas d'un *seul rétrécissement* situé dans la 1re région.
17 id. dans la 2e région.
24 id. dans la 3e région.
8 cas présentent un rétrécissement dans chacune des trois régions.
10 id. dans la 1re et la 2e seulement.
10 id. dans la 1re et la 3e seulement.
13 id. dans la 2e et la 3e seulement.

(1) Londres n'en renferme qu'un seul exemple qui se trouve au Musée de l'hôpital Saint-Thomas. — Le Musée Hunter n'a que deux exemples incontestables de rétrécissements à la portion membraneuse. Ce sont ceux des nos 2553 et 2500.

Enfin, je puis affirmer en toute confiance qu'il n'y a pas dans les musées de Londres, d'Édimbourg ou de Paris, un seul cas de rétrécissement situé à la portion prostatique de l'urèthre. Dans mon opinion, leur existence supposée ne peut provenir que d'études faites sur le malade, ce qui ne peut entraîner l'évidence dans cette matière (1).

Il est sans doute très agréable de reconnaître que ceux qui se sont dévoués à l'élucidation de ce sujet sont enfin ou à peu près arrivés à une conclusion ; mais je ne puis m'empêcher d'appeler l'attention sur ce fait, que mes recherches sur cette question étaient connues il y a quatre ans, et que leurs résultats reposent sur un plus grand nombre de données que ceux de toutes les investigations ultérieures.

Dans l'espoir que vous voudrez bien accueillir favorablement cette réclamation, j'ai l'honneur d'être, etc.

HENRY THOMPSON.

20 juin 1857.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 13 JUILLET 1857.—PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFF. SAINT-HILAIRE.

PHYSIOLOGIE. — M. *Combes* lit un mémoire sur la *Circulation nerveuse*. Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres et Andral.

MÉDECINE. — M. *J. Cloquet* présente au nom de l'auteur, M. *Négrier*, directeur de l'École de médecine d'Angers, un travail ayant pour titre : *Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hystériques chez la femme.* (*Comm.* : MM. Serres, Velpeau et J. Cloquet.)

HYGIÈNE. — M. *C.-A. Dandraut* présente un mémoire sur la *conservation des substances alimentaires.* — L'Amérique du Sud fournissant plus de nourriture animale qu'elle n'en consomme, l'auteur croit qu'on pourrait transporter cet excédant en Europe en entourant la *viande cuite* d'nne couche de résine plus ou moins épaisse, qu'on formerait en plongeant à plusieurs reprises les morceaux, convenablement découpés, dans un bain de résine liquide. (*Renvoi à la Commission du prix dit des arts insalubres.*)

ANATOMIE COMPARÉE. — *De la coalescence des têtes du radius et du cubitus pour former le chapiteau du tibia dans les mammifères monodelphes*, par M. Ch. *Martins* (Lettre à M. *Flourens*). — Les auteurs qui comparent entre eux les membres pelviens et thoraciques sont actuellement à peu près unanimes pour assimiler le radius au tibia. La rotule est la répétition de l'olécrâne : or, l'olécrâne fait partie du cubitus, et la loi des connexions organiques serait violée si l'on admettait qu'au membre abdominal, la rotule, homologue de l'olécrâne, puisse s'insérer au tibia, os homologue du radius. M. Martins résout cette difficulté par des considérations qu'il emprunte à l'anatomie humaine et à l'anatomie comparée, et il conclut que la rotule, homologue de l'olécrâne, s'insère, il est vrai, au tibia, mais que la portion du tibia où se fixe le ligament rotulien correspond à la portion olécrânienne du cubitus réunie au radius pour former le chapiteau du tibia.

ETHNOGRAPHIE. — *De l'embaumement chez les Indiens américains*, par M. *Alvaro Reynoso*. — Voici comment Las Casas nous

(1) *Pathologie et traitement des rétrécissements de l'urèthre*, ouvrage qui a obtenu le prix de Jackson pour l'année 1852.

décrit l'opération : « Après avoir pleuré le défunt, on enveloppait le corps dans des couvertures de coton, et on l'attachait avec des cordes. Ensuite on le mettait sur une grille sur laquelle on allumait un petit feu pour évaporer toute l'humidité contenue dans le cadavre, et de cette manière on finissait par le dessécher complétement. Ces grilles étaient faites avec de grosses cannes. Dans le royaume de Popayan, au lieu de placer le cadavre sur une grille, on le tenait suspendu, au moyen d'un hamac, au-dessus du feu pendant le temps nécessaire à la dessiccation. »

M. Alvaro Reynoso croit que ces procédés pourraient être appliqués si l'on avait besoin de conserver un grand nombre de cadavres sans les embaumer. On pourrait les dessécher rapidement en les plaçant dans une étuve chauffée, et faisant arriver sur eux un courant d'air chaud au moyen d'un ventilateur.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 21 JUILLET 1857. — PRÉSID. DE M. MICHEL LÉVY (1).

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. *Depaul*, après cette lecture, fait observer que c'est à tort que quelques journaux ont placé dans sa bouche des paroles d'éloge pour le forceps et le céphalotribe de M. Vallette, qu'il a mis sous les yeux de l'Académie dans la dernière séance. M. le secrétaire annuel rappelle qu'il s'est contenté de présenter et de décrire ces instruments, mais qu'il s'est abstenu de toute appréciation.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Un mémoire de M. le docteur *Jobert*, de Guyonvelle (Haute-Marne), sur les effets obtenus par l'emploi de l'éther iodhydrique dans certains accouchements laborieux. (*M. Depaul, rapporteur.*) — *b*. Un rapport final de M. *Dehée* (d'Arras), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Saint-Nicolas. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Les rapports de MM. les docteurs *Rousselle*, *Goyrand* et *Versaière*, sur le service médical des établissements thermaux de la Chaldette, d'Aix-en-Provence et de Saint-Nectaire pour l'année 1855. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : — *a*. Une lettre de M. *Gubler* et une lettre de M. *Léon Soubeiran*, qui prient l'Académie de les comprendre au nombre des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. (*Renvoi à la section.*) — *b*. Une lettre de M. le docteur *Massol* (de Paris), qui revendique la priorité de l'invention de la lunette pupillaire, présentée récemment à l'Académie sous le nom de *lunette panoptique*, par M. *Serre* (d'Alais). — *c*. Une note de M. le docteur *Armieux*, médecin-major au 25e de ligne, intitulée : *Essai sur la nature et la classification des maladies générales par intoxication*. (Comm. : MM. Jolly et Bousquet.) — *d* Une note de M. le docteur *Devilliers*, relative à l'efficacité d'une modification qu'il a apportée à la méthode des douches utérines dans l'avortement provoqué.

M le *Président* annonce que M. *Holst*, membre correspondant à Christiana, assiste à la séance.

Lectures et Rapports.

MÉDECINE. — M. le docteur *Churchill* lit les conclusions d'un mémoire intitulé : *De la cause immédiate et du remède spécifique de la tuberculose.*

La cause immédiate, ou tout au moins une condition essentielle de la diathèse tuberculeuse, c'est la diminution dans l'économie du phosphore qui s'y trouve à l'état oxygénable.

Le remède spécifique de cette maladie consiste dans une préparation de phosphore qui présente le double caractère d'être immédiatement assimilable et de se trouver en même temps au *minimum* possible d'oxydation.

Les hypophosphites de chaux et de soude sont les préparations qui semblent jusqu'ici le mieux réunir ces deux conditions. Cette médication a une action immédiate sur la diathèse proprement dite, et fait disparaître avec une rapidité vraiment merveilleuse tous les symptômes qui en sont l'expression générale. Lorsque le dépôt morbide, qui est le résultat spécial de la dyscrasie, est récent, lorsque le ramollissement n'a fait que commencer, les tubercules sont résorbés et disparaissent sans laisser de traces.

(1) C'est par erreur que la présidence de la séance précédente a été attribuée à M. Bussy. C'est M. Michel Lévy qui occupait le fauteuil.

Lorsque le dépôt est d'une date plus ancienne et que le ramollissement atteint un certain degré, il se continue quelquefois malgré le traitement, et l'issue de la maladie dépend de l'état anatomique de la lésion, et surtout de son étendue et de l'existence des complications. (*Comm.*, MM. Louis, Trousseau et Bouillaud.)

PHYSIOLOGIE. — M. le professeur *Bérard* lit en son nom et au nom de M. Colin un *Mémoire sur l'extirpation du pancréas*. (Voyez TRAVAUX ORIGINAUX.)

M. le *Président*. Vu l'article 20 du règlement de l'Académie, et conformément au vœu exprimé par M *Bérard* dans son mémoire, une commission composée de MM. *J. Cloquet*, *Longet*, *Jobert*, *Renault*, *Duméril* et *Ségalas*, est invitée à assister aux expériences instituées par MM. Bérard et Colin sur des animaux privés artificiellement de pancréas.

Discussion sur les anesthésiques.

M. *Gibert* : Messieurs, je serai très concis ; car c'est moins une argumentation qu'une protestation que je viens faire à cette tribune. Le point fondamental de ce débat, c'est la question de la mort subite dans l'éthérisation. M. Devergie l'explique par la stupeur du tissu pulmonaire et des nerfs pneumogastriques. Sur quoi est fondée son opinion ? N'est-ce pas une pure hypothèse ? Je crois que la mort subite est tout aussi difficile à expliquer dans l'éthérisation que dans tous les autres cas où l'on ne trouve pas de lésion bien sensible qui rende parfaitement compte de la cessation brusque de la vie. D'ailleurs, je ne comprends guère qu'un agent soit ainsi foudroyant pour les uns et inoffensifs pour les autres.

Je trouve dans la syncope l'explication la plus rationnelle de la mort par les anesthésiques. Et cette syncope n'est pas aussi effrayante qu'on l'a prétendu. M. Ricord vous a dit qu'il avait rappelé à la vie une jeune et jolie femme en pratiquant la respiration artificielle par l'insufflation bouche à bouche. J'ai tiré aussi d'un état syncopal grave un vieillard que j'avais soumis à l'inhalation du chloroforme : ça été, je l'avoue, par un autre procédé que celui de M. Ricord ; mais je ne sais si, à ma place, notre collègue, aurait songé à pratiquer l'insufflation bouche à bouche.

Malgré les accidents auxquels exposent les anesthésiques, faut-il renoncer à leur emploi ou en restreindre l'usage ? Écoutez à ce sujet l'enseignement du sens commun : suivez les croyances vulgaires ; elles ne méritent pas toujours cette répugnance instinctive qu'elles inspirent d'ordinaire aux savants. Quelque légère que soit une opération, quelle est la première prière que vous adresse le patient ? C'est de l'endormir, c'est de l'empêcher de souffrir. Faites ce qu'il vous demande ; et ne s'agirait-il que de la ponction d'un abcès ou de l'avulsion d'une dent, s'il veut être éthérisé, ayez recours à l'anesthésique.

Je ne discuterai pas la dernière argumentation de M. Devergie. Je le renvoie à l'article de M. Guérin dans la *Gazette médicale*.

M. le *Président* fait observer à l'orateur que cette manière d'argumenter est peu conforme aux usages académiques.

M. *Cazeaux* : Malgré les rectifications que M. Devergie nous a fait connaître dans la dernière séance, il n'en demeure pas moins constant qu'il fait jouer un très grand rôle à l'asphyxie dans la production de la mort : les appareils à inhalation que préconise M. Devergie seront-ils capables de la prévenir ? Mais, nullement : car ils ne laissent pas pénétrer dans la poitrine une quantité suffisante d'air. Je me suis assuré que celui de M. Duroy même n'était pas plus parfait que les autres à cet égard.

On l'a répété à satiété, la règle fondamentale dans l'éthérisation c'est de laisser respirer largement le malade et de permettre à l'air de s'introduire librement dans les voies aériennes. A cette condition, on pourra administrer des doses considérables de chloroforme ; j'avoue que je ne comprends guère comment on peut soumettre à un dosage exact cet agent volatil. A mon avis, le seul mode de dosage des anesthésiques, c'est leur influence sur l'organisme vivant, c'est le degré d'insensibilité qu'ils produisent. Voilà,

selon moi, pour les anesthésiques, le meilleur et le plus rationnel des thermomètres.

C'est à tort que M. Devergie, pour justifier sa théorie de la responsabilité médicale, a choisi l'exemple de l'avortement provoqué : car, dans ce cas, le magistrat fait porter son enquête sur le fait en lui-même et non sur les procédés employés, tandis que pour la mort par les anesthésiques, l'enquête, suivant M. Devergie, devrait uniquement porter sur les procédés où les appareils employés.

En conséquence, j'ai l'honneur de proposer à l'Académie de voter la conclusion suivante qui résume en quelques mots toute ma pensée :

« Rien ne prouve que, dans les cas très rares où la mort est survenue pendant l'emploi des anesthésiques, elle ait été produite par asphyxie.

» En supposant ce genre de mort possible, rien ne démontre l'utilité des appareils proposés jusqu'ici pour le prévenir.

» On pourra donc se servir, avec autant, sinon plus d'avantages, de l'éponge, de la charpie, de la compresse et des moyens les plus simples ordinairement usités. »

M. *Cloquet :* La question scientifique a été savamment débattue, et je la crois à peu près épuisée aujourd'hui. Reste donc la question de pratique, la question de responsabilité.

Qu'a reconnu à ce sujet la majeure partie des chirurgiens? C'est que les appareils à inhalation sont plus propres à produire des accidents qu'à les prévenir. Aussi, tous ceux qui employaient des instruments, au début, ont-ils fini par y renoncer, et se servent-ils aujourd'hui d'une éponge, d'une compresse ou d'un peu de charpie.

La question est portée devant l'Académie ; le monde savant attend la sanction de ce tribunal suprême. Que devons-nous faire, messieurs, dans cette occurrence? Nous ne pouvons assurément que ratifier le jugement porté par la majorité des chirurgiens. Ils ont condamné les appareils à inhalation dans la pratique; je propose donc que l'Académie les proscrive à son tour.

M. *Robert :* Mais, messieurs, une pareille proposition ne peut pas être adoptée. Si l'Académie condamne l'emploi des appareils à inhalation, elle condamne en même temps tous les praticiens qui en feraient usage. Elle les rend responsables devant la loi des accidents qui pourront survenir. Et sur quoi serait basée cette proscription?

Les appareils ne méritent pas tous les reproches qu'on vient encore de leur adresser. Quoi qu'on en ait dit, ils laissent pénétrer dans les poumons une très suffisante quantité d'air ; ils ne masquent pas entièrement le visage, ils laissent voir les yeux. Eh! qu'importe qu'ils couvrent le nez et la bouche! A-t-on besoin de voir ces deux parties du visage pour juger de l'effet de l'anesthésique? Ne suffit-il pas qu'on veille attentivement sur le thorax et sur le pouls?

On prétend que les appareils exposent à plus de dangers que la charpie, les éponges ou la compresse. Mais on oublie donc que tous les accidents graves, tous les cas de mort, ont été produits par ces moyens que l'on préconise tant?

M. *Cazeaux :* C'est une erreur.

M. *Robert :* J'en appelle aux faits rapportés par M. de Confermon et par MM. Vallette et Barrier, de Lyon!

J'ai déjà insisté sur les inconvénients qui résultaient de l'étendue de la surface d'évaporation : on n'a pas répondu à cet argument. Pourtant c'est, à mon avis, une des causes les plus certaines de mort dans l'emploi de l'éponge, des compresses et de la charpie.

On dit qu'aujourd'hui les appareils sont généralement abandonnés ; mais on se trompe, car on en fabrique tous les ans des milliers qui trouvent sans peine des acquéreurs.

Enfin, contestera-t-on qu'un appareil ne soit de la plus haute utilité à un praticien de la campagne qui n'aura autour de lui aucun aide intelligent pour manier convenablement le simple cornet ou la compresse imbibée de chloroforme?

Je déclare, messieurs, que l'Académie aurait beau proscrire les appareils, je n'en continuerai pas moins à les trouver utiles et à m'en servir dans ma pratique.

M. le *président* donne lecture d'une proposition que M. J. Guérin vient de déposer sur le bureau. Elle est ainsi conçue :

« L'Académie, éclairée par la discussion qui vient d'avoir lieu dans son sein, ne peut donner son approbation à l'emploi des appareils spéciaux d'inhalation dans l'application des anesthésiques. »

M. le *Président* ajoute que cette proposition pourra être discutée après celle de M. Cazeaux.

M. *J. Guérin :* Je considère comme très dangereuse la doctrine professée par M. Cazeaux sur l'innocuité du chloroforme administré longtemps et à haute dose. Le chloroforme est un poison très actif. Avec l'éponge, la compresse ou la charpie, on agit un peu à l'aventure et sans se rendre un compte exact de la quantité d'anesthésique inhalée par le malade. Je soutiens, encore une fois, que l'emploi des appareils n'expose pas à ces périlleuses incertitudes, et qu'il est possible, quoi qu'on en dise, d'arriver à un dosage très approximatif au moyen d'un instrument spécial bien exécuté. Ce que j'avance là n'est pas une pure assertion, mon opinion à cet égard est fondée sur de nombreuses expériences que j'ai déjà fait connaître succinctement à l'Académie.

Je crois donc qu'il serait injuste de condamner l'emploi des appareils, et l'Académie ne saurait d'ailleurs les proscrire sans exposer aux poursuites de la justice ceux qui continuent à en faire usage.

M. *Cazeaux* persiste à soutenir que les appareils, même ceux dont les tubes d'aspiration mesurent le calibre de la trachée, ne laissent pas pénétrer une quantité d'air suffisante pour prémunir contre les dangers d'une inhalation concentrée.

L'orateur ne pense pas que l'Académie doive proscrire les appareils; mais il croit que le mieux est de laisser chaque praticien libre d'agir selon sa conscience.

M. *Larrey* : J'estime que M. Robert a été trop loin quand il a affirmé que tous les accidents graves produits par le chloroforme sont arrivés entre les mains de chirurgiens qui faisaient usage de l'éponge ou de la compresse. La plupart du temps les chirurgiens qui ont rapporté les cas malheureux n'ont pas dit à quel procédé ils avaient eu recours. Enfin, on sait que M. Snow s'était servi d'un appareil d'inhalation pour le malade qui lui est mort récemment entre les mains.

Je pense, Messieurs, que nous ne devons ni proscrire les appareils, ni imposer l'éponge ou la compresse : il faut laisser le chirurgien libre de se servir du procédé qui lui conviendra le mieux. Je me rallie à l'opinion formulée par M. Cazeaux.

M. *Cloquet :* Moi aussi.

M. *Ricord* : M. Devergie a éloquemment disserté en faveur des appareils, et parmi les arguments qu'il a développés, j'ai été particulièrement frappé de celui-ci : « Au début de l'emploi des anesthésiques, on ne se servait que d'appareils spéciaux : aujourd'hui même beaucoup de chirurgiens en font usage. » Or, qu'a déclaré encore M. Devergie? C'est qu'il n'y avait qu'un bon appareil, celui de M. Duroy. Je ferai remarquer à M. Devergie que l'appareil de M. Duroy n'était pas inventé dans les premiers temps où l'on a employé les éthers comme anesthésiques, et qu'aujourd'hui encore ce n'est pas de cet appareil que se servent les chirurgiens qui repoussent l'emploi de l'éponge ou de la compresse. L'argument de M. Devergie est donc sans valeur, puisque, d'après son propre aveu, tous les appareils, sauf celui de M. Duroy, sont défectueux.

On a demandé pourquoi le chloroforme ne serait pas soumis à un dosage exact, comme les autres médicaments? Mais cela est-il bien possible? Comment a-t-on seulement songé à assimiler aux médicaments dont le dosage est direct des agents volatils comme le chloroforme et l'éther, dont le dosage ne peut être qu'approximatif et indirect. Je suis de l'avis de M. Cazeaux : un anesthésique se dose suivant les effets qu'il produit. Mon dosage, à moi, c'est

l'insensibilité, c'est le degré d'anesthésie obtenue ; et je soutiens qu'en tenant la main fixée sur le pouls du malade et les yeux sur sa poitrine, on peut impunément se servir de l'éponge ou de la compresse, administrer des quantités assez considérables de chloroforme et pendant plusieurs heures, sans danger. Tous les chirurgiens savent que, pendant le cours d'une éthérisation, on est souvent obligé de faire varier l'intensité de l'inhalation. Je prétends qu'il est bien plus facile d'obtenir ce résultat avec une éponge ou une compresse qu'avec les appareils.

Que si le malade est menacé de quelque accident, on pourra souvent enrayer le danger par la position déclive de la tête, et surtout par la respiration artificielle pratiquée bouche à bouche. C'est, à mon avis, le moyen le plus efficace, et, n'en déplaise à M. Gibert, j'y aurai recours dans toutes les circonstances, quels que soient l'âge ou le sexe des sujets.

Quant au parti que doit prendre l'Académie dans cette question, je crois plus sage de laisser chacun libre d'agir selon ses goûts.

Présentation. — M. *Devergie* soumet à l'examen de l'Académie une femme d'une soixantaine d'années, qui est atteinte depuis longtemps, à la face dorsale des mains, d'un *coup de soleil* présentant une certaine ressemblance avec l'érythème de la pellagre.

La séance est levée à cinq heures un quart.

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

De la prostitution dans la ville de Paris, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration, par Parent-Duchatelet. Troisième édition, complétée par des documents nouveaux et des notes, par MM. Trébuchet et Poirat-Duval, suivie d'un Précis hygiénique, statistique et administratif sur la prostitution dans les principales villes de l'Europe, avec cartes et tableaux. — Deux forts volumes in-8. Paris, 1857 ; chez J.-B. Baillière et fils.

Nous nous rappelons l'époque où parut la première édition du livre de Parent-Duchâtelet (1836). Ce fut une sorte de fête pour les observateurs sérieux, d'apprendre qu'un homme d'une honnêteté éprouvée, dont les sentiments pieux étaient connus de tout le monde, dont les œuvres se distinguaient toujours par un cachet de précision et d'exactitude rigoureuse, que cet homme avait pénétré dans les mystères les plus obscurs et les plus repoussants de la prostitution, et en rapportait le fidèle tableau. Ce fut aussi une bonne fortune pour les oisifs, qui étaient assurés de trouver dans une pareille étude, fût-elle la plus décolorée du monde, un drame vivant, plein de passion, de misères, de surprises et d'enseignements. L'effet fut général et profond ; il ne fut pas au-dessus de la valeur du livre.

Le premier mérite de l'auteur, avec les sentiments qu'il professait et la manière scrupuleuse dont il y conformait sa vie, c'était d'avoir quitté les égouts et les voieries où la science l'appelait si souvent, pour descendre plus bas encore, dans le cloaque du vice et de l'amour vénal ; pour observer, pour entretenir, pour confesser ces créatures abjectes que Martial même n'ose appeler de leur nom, *quales in media sedent Suburra ;* c'était encore de braver l'opinion, aux yeux de laquelle l'intention pourrait ne pas absoudre ce commerce compromettant. L'auteur s'en préoccupait vivement, et plus il y songeait, plus il faut le louer de sa persévérance. Ce sont des pages touchantes que celles où il raconte l'origine de ce livre, comment il ne voulait d'abord que seconder, par l'apport de documents positifs, les vues d'un *homme de bien* qui voulait entreprendre de « ramener à des sentiments meilleurs celles des prostituées dont le cœur n'était pas encore entièrement perverti ; » comment, cet anonyme mort, il s'était fait un devoir de poursuivre une tâche commencée par complaisance, mais qui laissait entrevoir des résultats d'une haute importance. « Je demande, dit-il, à tout être intelligent, si, dans l'intérêt des générations présentes et futures, il est utile ou non d'étudier et d'observer les prostituées, et si l'homme qui se dévoue à ces recherches, qui en affronte les dégoûts, qui y sacrifie son temps, sa fortune et ses peines, mérite bien le mépris que les préjugés enfantés par l'ignorance ont entretenu jusqu'à ce jour. Quant à moi, qui crois voir les choses sous leur véritable aspect, et qui sais que la considération attachée aux travaux n'est pas toujours proportionnée aux services qu'ils peuvent offrir, *je m'en remets au jugement des hommes sensés qui voient et apprécient les intentions ; et tout en respectant les préjugés des autres, je déplore leur aveuglement.* » Cette dignité de langage, cette pudeur grave et sévère, sont des exemples qu'on ne saurait trop recommander à ceux que leur position met ainsi en contact avec la débauche et avec les infirmités qu'elle engendre.

Un autre mérite de Parent-Duchâtelet, qui était d'ailleurs dans la nature de son esprit, c'est d'avoir apporté dans l'accomplissement de sa tâche une extrême simplicité de forme. Le drame, nous l'avons dit, était dans le sujet même. Il importait essentiellement, pour ne pas attirer une curiosité oisive et déréglée, de ne pas trop animer le fond par la couleur du style ou la vivacité des peintures. Le livre est resté froid d'un bout à l'autre. C'est la monographie d'une maladie sociale écrite par un clinicien expert. On sent que ce sage n'a ressenti, même de loin, aucun des feux qui brûlent dans ces régions inférieures ; comme aussi, exempt de ces colères stériles dans lesquelles n'eût pas manqué de tomber un déclamateur, il ne laisse percer d'autres sentiments que celui de la compassion et le désir de voir la société venir au secours de malheureuses qui l'accusent elle-même bien souvent de leur déchéance.

Ceci nous conduit à une remarque générale. Parent-Duchâtelet se montre certainement très préoccupé de l'influence des conditions actuelles de la société, et plus particulièrement de la condition de la femme, sur le développement de la prostitution. Il insiste sur les effets du mauvais exemple donné par les parents ou reçu dans les manufactures, de la cessation des travaux dans les fabriques, de l'insuffisance des salaires, etc. Il établit, par exemple, que sur un total de 5,183 cas de prostitution, 1,441 paraissent avoir eu pour cause déterminante l'*excès de la misère ;* 1,255 la *perte des père et mère*, l'*expulsion de la maison paternelle*, l'*abandon*. Il écrit au sujet de la modicité des salaires ce passage expressif : « Que gagnent nos couturières, nos lingères, nos ravaudeuses, et en général toutes celles qui s'occupent à l'aiguille ?... Que l'on compare le prix de leur travail avec celui de leur déshonneur, et l'on cessera d'être surpris d'en voir un si grand nombre tomber dans un désordre pour ainsi dire inévitable... N'est-il pas honteux de voir à Paris des milliers d'hommes dans la vigueur de l'âge, mener dans des cafés, dans des boutiques, dans des magasins, la vie molle et efféminée qui ne peut convenir qu'à des femmes, et n'y être occupés qu'à essuyer de la vaisselle ou à manier des chiffons ? » Ce sont des questions qu'il ne nous est pas permis d'agiter ici ; mais il nous a toujours paru que l'auteur n'avait pas sondé assez profondément le côté social du sujet, ni au point de vue de l'étiologie, ni au point de vue de la prophylaxie. Son chapitre sur les causes *premières* de la prostitution, c'est-à-dire sur les vraies causes, celles qu'il faudrait pouvoir extirper (*principiis obsta*), ne renferme qu'une dizaine de pages. De vues prophylactiques, point ; nous parlons de vues corrélatives aux conditions dont l'auteur a reconnu la funeste influence. On ne peut prendre pour de sérieuses mesures prophylactiques certaines ordonnances contre les logeurs et les débitants de liqueurs, accusés, non sans motif, de favoriser la prostitution. Hâtons-nous de dire que nous ne faisons pas à MM. Trébuchet et Poirat-Duval, qui ont donné leurs soins à cette nouvelle édition et l'ont enrichie d'additions précieuses, le reproche de n'avoir pas comblé la lacune laissée par Parent-Duchâtelet. Leur position administrative ne le leur permettait pas sans doute, et la tâche qu'ils ont bien voulu accepter ne les y obligeait pas.

Nous n'avons pas intention de rendre un compte détaillé d'un ouvrage qui a vingt ans de date et qui est parvenu à sa troisième édition. Nous nous bornons donc à ces quelques remarques générales en ce qui concerne l'œuvre personnelle de Parent-Duchâtelet. Mais il nous reste à dire ce qui distingue cette édition des précé-

dentes, et en fait, pour une part notable, un ouvrage entièrement nouveau.

Parent-Duchâtelet est mort en mars 1836, au moment où son ouvrage était à peine sous presse. Il n'a donc pu y mettre, à parler rigoureusement, la dernière main. Dans un travail de cette étendue, accompli au prix de tant de recherches, embrassant tant de points divers, il était impossible qu'il ne se glissât pas quelque erreur. De plus, l'auteur n'avait observé et raconté que la prostitution parisienne. Ce n'était qu'une partie, — considérable, il est vrai, — de cet immense tableau. Or, dans un pareil sujet, les questions qui intéressent la médecine, la société et la morale, se posent dans le monde entier et ne peuvent se résoudre sûrement qu'avec les données universelles. L'étiologie de la prostitution, par exemple, ne peut être solidement établie que si l'on connaît bien l'influence relative des divers milieux où vivent les femmes, du degré de civilisation, des mœurs et habitudes locales, du climat, etc. Déjà plusieurs publications importantes, parmi lesquelles nous distinguerons, pour la France, celle de M. Potton (*De la prostitution et de ses conséquences dans les grandes villes, dans la ville de Lyon en particulier*, 1842), sont venues montrer que la voie ouverte par Parent-Duchâtelet pouvait être prolongée et élargie avec avantage. C'est ce qu'a compris l'éditeur, qui, pour mettre l'œuvre au niveau du temps présent, a invoqué le concours d'une vingtaine de collaborateurs, les uns médecins, les autres occupant une position distinguée dans les bureaux de la préfecture de police. Ces derniers, MM. Trébuchet et Poirat-Duval, ont eu particulièrement mission de reviser le texte original et d'y introduire les corrections ou additions jugées nécessaires. Les autres ont tracé, avec plus ou moins d'étendue, dans un SUPPLÉMENT, l'histoire de la *prostitution dans les principales villes d'Europe*. Ce sont MM. Venot, pour Bordeaux; J. Rochard, pour Brest; Potton, pour Lyon; Melchior Robert, pour Marseille; Baré, pour Nantes; Ströhl, pour Strasbourg; Bertherand, pour Alger et les autres villes de l'Algérie; Richelot, pour les principales villes d'Angleterre; Behrend, pour Berlin; d'Erlach, pour Berne; Marinus, pour Bruxelles; Boeck, pour Christiania; Braestrup, pour Copenhague; Guardia, pour les villes espagnoles; H. Lippert, pour Hambourg; Groschneevoogt et van Oordt, pour la Hollande; F. Jacquot, pour Rome; et Sperino, pour Turin.

Toutes ces notices n'ont pas la même valeur; mais cette différence tient, non en totalité, mais en partie, à la plus ou moins grande difficulté de se procurer des renseignements et à la manière plus ou moins patente dont s'exerce la prostitution. L'une des plus attrayantes est celle de M. Jacquot. La plus complète et la plus instructive (nous plaçons immédiatement après le travail de M. Marinus) est celle de M. Richelot, que nous louons surtout d'avoir pénétré fort avant dans l'étude des causes de la démoralisation, et d'avoir discerné avec sagacité les différences que présente la prostitution observée dans des cités différentes: par exemple, à Londres, à Édimbourg et à Manchester. Il ne manque à l'ensemble de ces articles que l'harmonie, une inspiration commune, un interprète commun qui en fasse sortir des conclusions générales; mais il faut reconnaître que, dans les conditions où a été élaboré le Supplément, la chose n'était guère praticable. Ce sont au moins des documents positifs, que l'avenir se chargera bien de vivifier; c'est un complément indispensable qui rehausse beaucoup la valeur de cette nouvelle édition.

A. DECHAMBRE.

VII.

VARIÉTÉS.

Inauguration de la statue de Bichat.

Nous mettions sous presse au moment où se terminait la cérémonie d'inauguration de la statue de Bichat; il nous a donc été impossible de reproduire aucun discours. Aujourd'hui, il en est encore plusieurs auxquels nous ne pouvons donner place, soit en raison de leur étendue, soit parce qu'ils sont consacrés à des appréciations scientifiques ou à des détails biographiques qui ne se rattachaient pas aux préoccupations du moment. Nous donnons seulement le discours de M. le ministre, celui de M. le doyen, et une partie de celui de M. A. Latour. Ce dernier a habilement profité de l'occasion solennelle qui lui était offerte de porter devant le chef de l'instruction publique les vœux du corps médical, et il l'a fait dans les termes les plus heureux. Est-ce, dans les circonstances présentes, un bien ou un mal? L'avenir le dira. Mais après cette manifestation, qu'explique l'à-propos, nous insistons plus que jamais pour qu'on fasse trêve à l'agitation inopportune qu'on cherche à soulever dans les Sociétés de médecine. Si quelque tentative d'organisation doit avoir lieu, c'est de la cérémonie d'inauguration qu'elle doit partir. A. D.

Nous publions aussi la Cantate de M. Roux.

Discours de M. le ministre.

« Messieurs, le Congrès médical avait obéi à une bonne et juste pensée en décernant l'hommage d'une statue à la mémoire de Bichat. Il l'a poursuivie et réalisée avec cette constance qui caractérise les résolutions honorables, et qui ne se laisse distraire ni par le temps ni par les événements. Tel est le privilége de la science glorifiant ceux qui l'ont cultivée, suivant partout l'intelligence et le travail, et n'oubliant jamais leurs œuvres et leur nom. Aussi, messieurs, je tiens en grand honneur le droit de présider cette solennité, qui rassemble autour de la statue de Bichat toutes les célébrités de l'art médical, toutes les notabilités de la science et des lettres, — et je suis heureux d'exprimer ainsi l'adhésion empressée du gouvernement de l'Empereur à un acte généreux et national. (Applaudissements.)

» Toutefois, messieurs, ne craignez pas que j'abuse du droit que je viens d'estimer si haut. Je comprends qu'il ne m'appartient pas de faire l'éloge de notre illustre médecin français, et que je dois laisser cette pieuse tâche à ceux de ses confrères qui l'ont tant étudié et tant admiré, pour devenir eux-mêmes les princes de la science et la gloire du pays. Seulement, je ne saurais fuir les impressions qui seront celles de toute cette assemblée, et vous me permettrez de les manifester comme elles viennent à mon cœur et à ma raison.

» Bichat, si largement doué qu'il fût des plus vastes facultés, a dû ses succès à l'étude la plus opiniâtre, à une foi profonde dans la puissance du travail, et à l'alliance des recherches positives de l'observation avec tout ce qui développe l'esprit et le goût. Il me semble qu'en inaugurant la statue de ce physiologiste éminent et de ce hardi et intelligent anatomiste qui, dans sa part si courte de la vie, a pourtant fondé tant de découvertes et de progrès, — il me semble, dis-je, que nous adressons un appel aux espérances et aux efforts de tous ceux qui se destinent à la carrière difficile, mais si utile et si honorée, de l'art de guérir. — Qu'ils méditent ces grands exemples du passé!

» A ceux qui se lasseraient des rudes épreuves du labeur, et qui, s'arrêtant en chemin, douteraient du succès couronnant toujours le dévouement studieux;

» A ceux qui croient que la science médicale est tout entière dans le réalisme des observations matérielles, et qu'elle peut se passer pour être large et féconde, du secours des études générales et littéraires;

» A ceux, enfin, qui manqueraient de confiance dans les résultats sociaux de la profession la plus belle parmi les plus enviées, il semble encore que nous pouvons répondre: « Lisez les œuvres » de Bichat et regardez sa statue! Il est mort à l'âge où d'autres » commencent à peine à vivre, et pourtant, avec le courage, le » travail, l'amour ardent de la science et le goût pur des belles- » lettres, il s'est fait immortel, et déjà la postérité vient à lui et salue » ses images. » (Applaudissements.)

» Oui, messieurs, c'est là un magnifique exemple, une puissante révélation pour tous les jeunes hommes qui se pressent à vos savantes leçons et se préparent à l'avenir. C'est ainsi que les morts glorieux enseignent et encouragent les vivants!

» Je m'arrête, messieurs, car je viens de dire la grande et consolante pensée qui surgit, pour tous, de cette solennité. Je laisse maintenant au savoir, à la renommée, le soin de vous raconter la vie et les travaux de l'homme dont la renommée et le savoir sont, pour la France, un noble et impérissable héritage. »

Des applaudissements unanimes accueillent cette allocution.

Discours de M. P. Dubois.

« Monsieur le ministre, interprète naturel des sentiments de la Faculté de médecine dans ces circonstances solennelles, je viens remercier Votre Excellence de l'honneur qu'elle nous a fait spontanément en présidant au nom de l'Empereur, et en plaçant ainsi sous son puissant patronage, cette grande et généreuse manifestation du corps médical. Après cette première expression de notre gratitude, permettez-moi d'en adresser une autre, en quelques mots seulement, à messieurs les représentants du Congrès médical de 1845.

» Monsieur le président, messieurs les membres de la commission du Congrès,

» Vous avez, il y a douze ans, pieusement recueilli les cendres de Bichat, trop longtemps délaissées, et vous leur avez donné une dernière et glorieuse demeure. Pour ces dépouilles mortelles vous avez demandé et obtenu une sépulture assurée contre les vicissitudes des temps, le silence et le repos éternels. Afin de compléter aujourd'hui cette œuvre de justice et de reconnaissance, vous venez offrir à la Faculté de médecine de Paris, et placer ici même, au milieu de ses nombreux élèves, l'image de cette illustre personnalité scientifique. Mais, au lieu du silence et du repos, vous voulez autour de ce bronze, symbole durable, mais, hélas ! périssable encore, d'une mémoire immortelle, vous voulez le mouvement et la vie, cette émotion intellectuelle des écoles, compagne fidèle et féconde des luttes pacifiques et des progrès de l'esprit humain. Vous voulez entretenir ces nobles aspirations inséparables du souvenir toujours présent d'une haute et légitime renommée.

» Ces vœux sont maintenant accomplis. Bichat sera désormais l'hôte et l'ornement de cette grande école, et, s'il plaît à Dieu, l'inspiration constante de ses élèves. Grâces vous en soient rendues !

» C'est le privilége des initiatives généreuses d'honorer tout à la fois ceux qui en ont l'heureuse pensée et ceux qui en sont l'objet. Aussi la Faculté de médecine de Paris est-elle profondément touchée de la part que vous lui avez libéralement faite dans ces honneurs rendus à l'une des gloires les plus pures de notre noble profession. Je n'ai pris la parole que pour vous en témoigner, en son nom, une vive et éternelle reconnaissance. »

(Applaudissements et bravos.)

Discours de M. Amédée Latour.

.... Dans cette circonstance solennelle, devant cette brillante assemblée, alors que le Congrès médical vient d'accomplir son pieux et dernier vœu, sera-t-il défendu à celui qui eut le bonheur de provoquer, il y a douze ans, la grande manifestation de la famille médicale, d'exprimer un respectueux regret que l'acte que nous accomplissons aujourd'hui, que ce vœu ultime du corps médical, soit aussi le premier et le seul dont le Congrès ait eu le bonheur de voir la réalisation? Devant le magistrat illustre qui préside aujourd'hui aux destinées de l'instruction publique, ne puis-je pas rappeler que l'un de ses prédécesseurs, illustre aussi, comme lui esprit généreux et magnanime, comme lui ardent à donner satisfaction à tous les vœux légitimes, fit au Congrès médical l'honneur de venir officiellement et au nom du gouvernement écouter et recevoir ses vœux, qu'il y fit entendre un magnifique langage qui remplit nos cœurs de gratitude et d'espérance, que bientôt il présenta à la Chambre des pairs, qui l'adopta, un projet de loi qui leur donnait satisfaction dans la mesure, hélas ! des exigences du gouvernement de cette époque?

La révolution de 1848 emporta le projet de M. de Salvandy. Depuis lors, la famille médicale française n'a pas voulu s'isoler des graves préoccupations de la patrie ; ses souffrances ne se sont pas amoindries, au contraire, mais discrètement elle les a tues ; elle a trouvé digne d'elle de ne pas distraire les pouvoirs publics de soins plus généraux et de réorganisations plus urgentes. Tous les sacrifices que les circonstances lui imposaient elle les a faits, même celui de ses plaintes et de ses doléances. Cependant partout, et comme si ses plus pressants désirs eussent été satisfaits dans les austères études de la science, dans les pénibles exigences de la pratique, dans les longues et cruelles épidémies qui ont ravagé la France, et qui sont les champs de bataille des médecins civils, dans les guerres glorieuses de Crimée et d'Afrique, sur la Baltique comme sur la mer Noire, partout elle a fait bravement, simplement son devoir, partout elle s'est montrée la digne héritière de cette grande génération médicale, à laquelle Bichat appartenait, de ces illustres bienfaiteurs de l'humanité, Dupuytren, Boyer, Desgenettes, Larrey, Corvisart, Broussais, Laënnec, et tant d'autres, qui ont élevé si haut la médecine française dans l'estime et le respect des hommes. (Marques bruyantes d'approbation.)

Et c'est parce que, dans les grandes circonstances qu'il vient de traverser, rien n'a pu éloigner le médecin de ses devoirs, c'est parce qu'il se montre patient, noble et digne dans ses souffrances, qu'il possède tous les droits à l'intérêt et à la sympathie d'un pouvoir généreux. Ce pouvoir a donné à la France la sécurité, la gloire des champs de bataille, et une paix non moins glorieuse. Il est digne de lui de reprendre aujourd'hui, dans le calme actuel des esprits, l'œuvre de 1845. Cette œuvre, tous les travaux antérieurs l'ont rendue facile. Et, d'ailleurs, c'est une œuvre sociale plus encore que professionnelle. Le corps médical, comme toute la société française, est attaché de cœur et d'esprit aux grands principes de 1789 (applaudissements répétés) ; il ne demande pour lui ni priviléges, ni retour impossible à l'esprit étroit et aux passions mesquines des corporations. Il demande, au contraire, chose étrange et rare assurément dans l'histoire des professions, que la société prenne contre lui des garanties plus sérieuses encore d'études générales et spéciales. Il demande à ne plus être séparé de la grande famille des lettres, à laquelle il a toujours appartenu, à laquelle, depuis Hippocrate, qui est un maître aussi en l'art d'écrire, il a donné des membres éminents, et dont l'illustre Faculté devant laquelle j'ai l'honneur de porter la parole a déclaré qu'il ne pourrait plus rester éloigné sans grand dommage pour la dignité de la science et la sécurité de l'art. (Applaudissements unanimes.) Il demande que la société prenne, pour elle-même et à son seul bénéfice, des mesures plus efficaces contre l'indigne exploitation qu'une pseudo-science fait impunément de la santé publique. Il demande l'égalité des épreuves probatoires pour ceux qui aspirent à devenir les ministres de notre art humain par excellence ; et ce n'est pas auprès d'un gouvernement qui prend en si légitime souci le sort des classes pauvres et laborieuses que pourrait trouver quelque faveur cet argument si souvent invoqué et si souvent détruit, cet argument antipolitique, et, j'ose le dire, antichrétien, qui revient à dire aux pauvres et laborieux habitants des campagnes, que pour leurs maladies toujours si graves, il suffit de demi-savants, de demi-praticiens. (Marques unanimes d'approbation auxquelles M. le ministre s'associe lui-même.)

Le Congrès médical de 1845 a donné la solution raisonnable, prudente et pratique de ces grandes questions, comme de toutes celles qui se rapportent à l'organisation de l'enseignement et de l'exercice de la médecine, de la pharmacie et de la vétérinaire en France.

Cette solution, le corps médical ne l'a demandée ni à une intervention onéreuse et importune de l'État, ni à l'abandon imprudent de son indépendance professionnelle, indépendance qui fait sa dignité, qui fait son dévouement, car il n'y a dévouement que lorsqu'il y a sacrifice, et il n'y a sacrifice que lorsqu'il y a liberté (applaudissements), mais il l'a fondée sur l'obtention de quelques articles additionnels aux lois réglementaires de nos professions ; sur une interprétation juridique plus large, et, on peut le dire, plus sociale des droits et des devoirs du médecin envers la science, envers la société, envers lui-même ; il l'a demandée surtout au principe moral et fécond de l'association, ce principe qui s'étend aujourd'hui sur toute la société, dont le gouvernement favorise partout la propagation, et qu'il encouragera de même assurément parmi les professions médicales, qui, sans une déplorable et mortelle incurie, ne pourraient plus longtemps se soustraire à son action bienfaisante....

Cantate, par M. Louis Roux.

Réveille-toi, Bichat, sors de la tombe !
Parmi les dieux jadis on t'eût fait un autel :
Car après des travaux pareils aux tiens, s'il tombe,
L'homme se relève immortel.

Tu parais, et notre art, grâce à toi, s'élargit ;
Sous tes doigts, chaque jour, surgit
Quelque découverte nouvelle.
L'étude de la mort offre enfin des attraits ;
Notre œil pénètre ses secrets,
Et la vie à lui se révèle.

Réveille-toi, etc.

Et, selon le destin de ceux qui comme toi
Viennent, l'âme pleine de foi,
Remplir sur la terre un message,
Météore brillant, tu meurs en demi-dieu,
Laissant dans des pages de feu
Le souvenir de ton passage.

Réveille-toi, etc.

Sur l'aile de l'Histoire au loin ton nom porté,
Par la Science est répété,
Bichat, avec idolâtrie ;
Esprit sublime ! un nom aussi grand que le tien
A tous les pays appartient :
Le monde entier est sa patrie.

Réveille-toi, etc.

Honneur et gloire à toi, créateur, dont la main
Traça largement le chemin
Qui mène aux sources de la vie !
Va, sur ton piédestal les siècles passeront
Sans pouvoir toucher à ton front,
Vainqueur du temps et de l'envie.

Réveille-toi, Bichat, sors de la tombe !
Parmi les dieux jadis on t'eût fait un autel :
Car après des travaux pareils aux tiens, s'il tombe,
L'homme se relève immortel.

La séance annuelle qui réunit la Société de médecine de Strasbourg et l'Association de médecine du Bas-Rhin est une fête de famille qui attire les médecins de toutes les parties du département. Cette année, la réunion a été encore plus nombreuse que précédemment. Elle a eu lieu le jeudi 2 juillet, et s'est terminée par un charmant banquet où l'on ne comptait pas moins de soixante-trois convives.

VIII.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 30 mai. Valeur des eaux minérales dans le traitement des paralysies, par *Durand-Fardel*. — 15 juin. Influence de l'opium et des huiles essentielles sur la tolérance des antimoniaux, par *Delioux*. — Compression par les appareils élastiques, par *Bourjeaurd*. — Saignée des ranines dans l'angine, par *Charrier*.

ÉCHO MÉDICAL DE PARIS. — T. Ier, nos 19 et 20. Relations médico-chirurgicales sur l'armée d'Orient (suite). — Fièvres d'Algérie, etc. (suite). — 21. *Idem*. — 22. Relations, etc. (suite). — 23. *Idem*.

ÉCHO MÉDICAL (Suisse). — 1857. N° 5. Du sang au point de vue de la chimie légale, par *Bonjean*. — Statistique mortuaire du canton de Genève, par *Marc d'Espine*.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — N° 23. Le sang dans l'état physiologique et pathologique, par *Parchappe*. — Diagnostic et traitement des ulcérations du col utérin, par *Mascarel*. — 24. Altération des plaques de Peyer et des follicules chez les enfants, par *Hervieux*. — Sur les paralysies dynamiques, par *Macario*. — 25. Influence de l'âge sur la capacité vitale du poumon, par *Schnepf*. — Anatomie pathologique de l'éléphantiasis des Arabes, par *Vulpian*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 10. Des diathèses morbides, par *Teissier*. — Cas de maladie bronzée, par *Gubian*. — 11. Unicité de la syphilis, par *Rodet*. — Des diathèses (suite).

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 6. Typhus de l'armée d'Orient, par *Netter*. — Étiologie de la pneumonie et pneumonie rhumatismale, par *Schützenberger*. — Sur la pourriture d'hôpital, par *Marmy*.

GAZETTE MÉDICALE D'ORIENT. — 1857. N° 3. Cas de grossesse extra-utérine, par *Diamandopulos*. — Cas d'imperforation de l'anus, par *Fenerly*. — Préparation de l'acide phosphorique médicinal, par *Della-Sudda*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — 1857. Mai. Observation de fièvre typhoïde (suite), par *Ticier*. — Hypospadias ; perforation du gland à l'aide d'un trocart, par *Ripoll*.

JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DU DÉPARTEMENT DE LA LOIRE-INFÉRIEURE. — 33e volume, 169e livraison. — Sur les luxations : revue clinique, par *Letenneur*. — Cas d'anasarque suite d'albuminurie, par *Malherbe*.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE. — 1857. Juin. Constitution chimique et préparation de l'iodure de chlorure mercureux, par *Perrens*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 15 juin. La scrofule dans ses rapports avec la syphilis, par *Bazin*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 10 (30 mai). Observations médico pratiques, par *Barjavel*. — Panaris et son traitement, par *Mourgue*. — Eau de Velleron (Vaucluse), dans le traitement des plaies, par *Cade*. — 11. Pathogénie du pied bot congénital, par *Jaumes*. — Diabète avec hypertrophie du foie, par *Cade*. — [illegible] d'uréthralgie intermittente, par *Bruchon*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 8e livraison. Épidémie de variole et varioloïde à Dunkerque, par *Zandyck*.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — 1856-57 [illegible] Traitement préservatif et curatif de la phthisie, par *Fossion*. — Trois observations de désarticulation coxo-fémorale, par *J.-F. Heyfelder*.

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE (Bruxelles). — [illegible] Civilisation et folie, par *Parigot*. — Pustule maligne ; fer rouge ; tétanos, [illegible] du chloroforme, par *Putégnat*. — Valeur de quelques agents contre les [illegible] l'éthérisation, par *Plouviez*. — Causes d'erreurs de diagnostic, surtout chez les femmes, par *Delahaye*.

ARCHIV F. PATHOLOGISCHE ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE, de Virchow. — Mai 1857. Recherches physiologiques et pathologiques sur le curare, par le professeur *E. Pelikan*. — L'*antre cardiaque* de l'estomac humain, par le professeur *Luschka*. — Sur l'orthographe du mot *épithélium*, par *R. Virchow*. — Kyste avec épithélium vibratile, par *Friedreich*.

ARCHIV F. PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE, 1857. — 1er et 2e cahiers. La thermométrie auprès du malade, par *Wunderlich*. — Essais sur les rapports de durée du phénomène de l'accommodation dans l'œil, par *Vierordt*. — Sur l'action des muscles intercostaux, par *Budge*. — Sur la pyohémie spontanée et primitive, par *Wunderlich*. — Sur la production des luxations du fémur, par *B. Schmidt*. — Sur l'importance des corpuscules du tissu conjonctif dans le développement, et en particulier l'accroissement des tumeurs cancéreuses, par *E. Wagner*.

ARCHIV F. DIE HOLLÆNDISCHEN BEITRÆGE, de Donders et Berlin. — T. I, cahiers 1 et 2. Sur la digestion des corps albumineux tirés du règne végétal, par [illegible] *Koopmans*. — Sur les rapports de l'artère sous-clavière dans les cas de côtes cervicales chez l'homme, par *Halbertsma*. — Sur la coloration noire des tissus [illegible] l'usage du nitrate d'argent, par *V. Geuns*. — Deux cas de désarticulation [illegible] par la méthode de Riagoff, par le professeur *V. Goudoever*.

DEUTSCHE KLINIK. — Nos 24 à 26. — 24. Sur les recherches anatomo-pathologiques de l'organe de l'ouïe, par *W. Kramer*. — Casuistique de l'évolution spontanée dans la position transversale avec face thoracique tournée en avant, par [illegible] — 25 et 26. Sur la fragilité des os et sur les fractures par simple action [illegible] par *Gurlt*. — Sur l'ophthalmie granuleuse, par *H.-Chr. Möller*. — 26. Recherches expérimentales sur les effets de l'alcool, envisagés surtout au point de vue de [illegible] tion plus ou moins grande, par *W. Jacobi* (suite).

ŒSTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT FUER PRACTISCHE HEILKUNDE. — Nos 21 à 25. — 21. Contribution à la cardiorhénie, par *Chrastina*. — 22. Sur les rétrécissements cicatriciels du vagin, par *Scholtz*. — 24. Sur la maladie appelée *melancolia attonita* ou stupide, par *L. Schlager*. — 25. Sur la guérison de l'héméralopie par [illegible] du foie de bœuf cuit, par *Allé*.

SCHWEIZERISCHE ZEITSCHRIFT. — 1856. 5e et 6e cahiers. Un cas de rétroversion utérine, pendant la grossesse, terminé par la mort, par *Delaharpe*.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — Nos 24 et 25. — 25. Cas de guérison par réunion immédiate, après la taille vésicale, par *Reyer*.

Livres.

ÉPIDÉMIE DE VARIOLE arrêtée dans sa marche par des vaccinations et des revaccinations générales, par le docteur *Henri Gintrac*. In-8 de 17 p. Bordeaux, impr. Genouilhou.

MÉMOIRE SUR LA CONSTITUTION DU GROUPE THÉRAPEUTIQUE DES STUPÉFIANTS [illegible] et sur la nécessité d'y faire entrer toutes les substances dites antispasmodiques, par le docteur *J.-B. Fonssagrives*. In-8 de 40 pages. Paris, impr. de Rignoux.

NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET DE SÉMÉIOLOGIE, par *E. Bouchut*. In-8 de 1060 pages avec figures. Paris, 1857, chez J.-B. Baillière et fils. 11 fr.

DAS FÆLSCHE DOGMA VON DER IMPFUNG UND SEINE RUECKWIRKUNG AUF WISSENSCHAFT UND STAAT (Le faux dogme de la vaccine et sa réaction sur la science et [illegible] par le docteur *C.-G.-G. Nittinger*. In-8 avec planches. Munich, chez G. Franz. 3 fr. [illegible]

DER GYPSVERBAND, MIT BESONDERER BERUECKSICHTIGUNG DER MILITAIR-CHIRURGIE (Le bandage plâtré, particulièrement dans ses rapports avec la chirurgie militaire, par *Szymanowski*. In-8. Saint-Pétersbourg. [illegible]

DIE INDUCTIONS-ELEKTRICITÆT IN PHYSIOLOGISCH-THERAPEUTISCHER BEZIEHUNG (L'électricité d'induction au point de vue physiologico-thérapeutique), par *E. Kronlacher*. In-8. Nurnberg, chez Schmid. [illegible]

UNTERSUCHUNGEN UEBER DEN EINFLUSS INNERLICHEN GEBRAUCHES VERSCHIEDENER QUANTITÆTEN VON GEWŒHNLICHEM TRINKWASSER AUF DEN STOFFWECHSEL DES MENSCHLICHEN KŒRPERS (Recherches sur l'influence de l'usage interne de différentes quantités d'eau ordinaire sur le changement de matière du corps humain). Mémoire couronné. In-8. Gœttingue, chez Vandenhoeck et Ruprecht. 2 fr.

UEBER DAS EINDRINGEN DER SPERMATOZOIDEN IN DAS EI (Sur la pénétration des spermatozoïdes dans l'œuf), par *Mayer*. In-8. Bonn, chez Henry et Cohen. 1 fr. [illegible]

CANSTATT'S JAHRESBERICHT, etc. 1856. In-4. T. Ier. Sciences physiologiques, [illegible] p. — T. IIe. Pathologie générale, 184 p. — T. VIe. Médecine vétérinaire, 70 pages. Würzburg, 1857. Stahel.

THE USE OF THE MICROSCOPE IN CLINICAL MEDICINE (L'usage du microscope dans la médecine clinique). N° 1. Dépôts urinaires. In-8. Londres, chez Churchill. 5 fr. [illegible]

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'Ecole-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 31 JUILLET 1857. — N° 31.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 30 juillet 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : FIN DE LA DISCUSSION SUR LES ANESTHÉSIQUES. — RAPPORT DE LA COMMISSION DES LOGEMENTS INSALUBRES.

Décidément, nous n'avons plus rien à dire sur la question des différents modes de chloroformisation. Nous n'avons rien trouvé, dans la séance de mardi, qui nous obligeât à modifier, ni à ajouter quoi que ce fût, à nos précédentes appréciations. M. Velpeau a résumé avec son bon sens et sa clarté connue les éléments essentiels de la discussion ; mais s'il a fait ressortir quelques points moins nettement indiqués par les autres orateurs, comme l'absence d'une connexité étroite entre la question spéciale de la nature des accidents produits par le chloroforme et cette autre question spéciale du meilleur mode d'inhalation, la GAZETTE HEBDOMADAIRE est dispensée de le suivre, ayant eu soin de prendre les devants.

La lutte s'est terminée d'une façon assez étrange. On a voulu voter absolument quelque chose, sous le prétexte (mal fondé, comme M. Devergie n'a pas eu de peine à l'établir) qu'on avait voulu *imposer* l'emploi des appareils, et par ce motif aussi que les confrères des départements, effrayés du fantôme de responsabilité qu'on avait invoqué, hésitaient dans leur pratique et demandaient à être rassurés. M. Velpeau est mieux en position que nous de savoir ce que pensent, loin de Paris, les chirurgiens qui ont si souvent recours à ses lumières; mais, sans sa parole, nous n'aurions pas soupçonné cette panique, et nous aurions cru le corps médical de la province, particulièrement les chirurgiens, plus disposé à ne pas tenir assez de compte des discussions académiques qu'à s'en préoccuper à l'excès. Quoi qu'il en soit, puisqu'on éprouvait le besoin de lever la main, il était souhaitable au moins que ce fût pour quelque chose de net, de significatif, et qui fû surtout en harmonie avec le sens si tranché de la discussion. Qu'est-il arrivé, au contraire ? M. Devergie affirmant et répétant qu'il ne voulait imposer les appareils à personne, ses adversaires ont cru devoir se défendre plus vivement encore de vouloir imposer le mouchoir ou l'éponge, et, chaque parti cherchant une proposition où il n'y eût pas ombre de la prétention dont on l'accusait, on est arrivé des deux côtés à une formule du genre neutre. La preuve, c'est qu'on a voté à la presque unanimité la proposition.... de qui ? De M. Devergie ! Oui, de M. Devergie, qui, dans tout le cours du débat, n'avait trouvé que deux appuis, et encore bien conditionnels, parmi les orateurs de l'Académie.

On lira cette proposition, et l'on pourra se convaincre que, si elle est de nature à calmer l'émoi des médecins de province, elle n'est pas susceptible de les éclairer beaucoup. Avec M. Malgaigne, soutenu par M. Larrey, nous croyons que ce vote contraste d'une manière fâcheuse avec les discours de ceux-là même qui l'ont émis; à moins que, comme M. Velpeau (qui l'a dit assez ouvertement), on l'accueille comme une plaisanterie à l'adresse de M. Devergie. La formule proposée par M. Malgaigne était bien radicale ; mais il y en avait sur le bureau une autre qui, en repoussant les reproches faits aux modes d'éthérisation les plus simples, attribuait à ceux-ci, par une phrase incidente, une certaine supériorité sur les appareils fabriqués ; c'est celle-là qui eût le mieux rendu l'opinion générale, et nous regrettons que M. Cazeaux l'ait retirée. Mais, nous le disons encore, l'absence de tout vote eût mieux valu qu'un vote ingénieusement insignifiant.

Quant à ce qui concerne en particulier la responsabilité des chirurgiens, il s'est élevé une controverse entre M. Adelon et d'autres membres, qui ne peut être que le résultat d'un malentendu. Que la responsabilité médicale ne soit pas mise nominativement en cause par le Code, ou qu'elle dérive seulement des dispositions générales de l'article 319, il importe peu. Ce qu'il y a d'incontestable, c'est que les chirurgiens peuvent être et sont quelquefois poursuivis pour accidents graves survenus pendant l'éthérisation; que le témoignage des médecins experts désignés ne gouverne pas absolument,

quoi qu'on en ait dit, le jugement des magistrats, et enfin que l'expertise médicale ne fait qu'éclairer l'application du principe de la responsabilité, et ne détruit pas ce principe lui-même.

— Divers soins nous ont empêché jusqu'ici de signaler à nos lecteurs le RAPPORT GÉNÉRAL que la *Commission des logements insalubres* a présenté, il y a quelques mois, à M. le préfet du département de la Seine, sur les travaux de la Commission pendant les années 1852, 1853, 1854, 1855 et 1856. Cette Commission, on le sait, est née de la loi du 13 avril 1850 sur l'assainissement des logements insalubres, et a été nommée par la *Commission municipale de la ville de Paris*, en conformité de l'article 1er de cette loi.

C'est un pas sérieux dans la voie du progrès de l'hygiène publique que l'institution de cette Commission spéciale des logements, avec la mission étendue et bien définie que la loi lui confère. Les seize membres qui la composent sont en mesure d'exercer une surveillance beaucoup plus étendue, plus active, plus suivie, que celle des deux ou trois délégués que le Conseil de salubrité chargeait autrefois de lui faire un rapport sur la question. Ils ont aussi les moyens de provoquer plus vite, et plus efficacement, la réparation du mal. En effet, en vertu de l'article 1er, ils peuvent pénétrer dans diverses parties des maisons habitées dont la surveillance est plus particulièrement confiée à la police; en vertu de l'article 3, ils indiquent, pour chaque habitation, pour chaque partie d'habitation, les moyens de remédier aux causes d'insalubrité qu'ils auront déterminées, fût-ce même la démolition des constructions; en vertu des articles 4 et 5, ils peuvent prescrire directement aux propriétaires les améliorations à réaliser, le recours au conseil municipal n'ayant lieu qu'en cas de refus; en vertu de l'article 9, ils fixent des délais pour l'exécution des travaux prescrits, délais toujours adoptés par le Conseil municipal, et dont la transgression est punie d'une amende. « Si les travaux n'ont pas été exécutés dans l'année qui aura suivi la condamnation (à une première amende), et si le logement insalubre a continué d'être habité par un tiers, le propriétaire ou l'usufruitier sera passible d'une amende *égale à la valeur des travaux, et pouvant être élevée au double.* » La Commission, dans son rapport, juge même cette disposition insuffisante et demande que les travaux soient exigibles immédiatement après la condamnation prononcée.

C'est, comme nous le disons, par la puissance d'action dont elle dispose, que cette Commission est surtout appelée à rendre de grands services; car, au fond, elle ne peut guère que continuer, sur une plus grande échelle, l'œuvre du Conseil de salubrité. Les conditions qui rendent les logements insalubres sont connues, et les moyens d'y remédier sont presque traditionnels: ceux-ci sont d'ailleurs spécifiés, pour la plupart, dans les ordonnances de police. La Commission résume ainsi les travaux qu'elle a fait exécuter pour ce qu'elle appelle les causes *intérieures* d'insalubrité.

Pour le défaut de propreté : des nettoiements de tous genres, tels que récrépissage des murs et plafonds; renouvellement des papiers; peintures à la chaux ou à l'huile, avec matières inaltérables par les vapeurs sulfurées, etc.

Pour le défaut de lumière, on a fait ouvrir de nouvelles fenêtres et de nouvelles portes; on a supprimé des croisées à petits carreaux, des barreaux ou des grillages; on a remplacé des plafonds par des châssis vitrés, etc.

Pour le défaut d'air ou de ventilation, on a eu recours à des vasistas, à des portes ouvrant à moitié, et surtout à des cheminées établissant un courant d'air dans la saison pendant laquelle on tient les appartements fermés, etc.

Pour le défaut de capacité des lieux habités, la Commission a prescrit la suppression des cloisons, plafonds, soupentes et autres obstacles qui rétrécissaient les locaux ou les divisaient. Bien souvent, lorsque des changements de cette nature ne pouvaient pas donner une capacité indispensable, la Commission a proposé l'interdiction absolue comme habitation de nuit, et le Conseil municipal a sanctionné ces propositions.

L'excès d'humidité a été combattu par la réparation des murs anciens et salpêtrés; la surélévation des planchers en contre-bas du sol; la suppression des conduites susceptibles de laisser fuir les eaux quelconques; le renouvellement des carrelages et dallages; l'établissement de planchers ou parquets; l'enduit des murs en ciment romain ou en bitume; des boiseries écartées des murs de quelques centimètres; enfin, une meilleure aération des lieux par l'ouverture de cheminées, fenêtres, vasistas et portes. A cette occasion, la Commission croit pouvoir conclure qu'en principe, la *propreté sèche*, est de beaucoup préférable à la *propreté humide*. Elle entend par là exprimer l'opinion qu'il vaut mieux balayer la poussière sèche, que de laver, même à grande eau, les lieux habités et leurs dépendances, si on n'a pas soin de bien sécher après le lavage; car alors les lavages produisent un excès d'humidité toujours nuisible. Il est bon également, dans le cas d'infection ou de malpropreté ancienne, d'ajouter à l'eau un pour cent d'eau de Javel ou chlorure d'oxyde de sodium.

Nous ne voulions que signaler le caractère particulier et nouveau de la Commission des logements insalubres, sans entrer dans le détail de ses travaux. Disons seulement, et ce sera encore un témoignage de son influence, que de 1852 à 1856 elle a mené à fin 1,645 affaires; que sur ce nombre, le Conseil municipal n'a eu à intervenir que 344 fois, et le Conseil de préfecture, 77 fois. Le recours au Conseil d'État n'a jamais été invoqué. Ce sont donc 1,301 affaires terminées à l'amiable, par la seule intervention de la Commission.

A. DECHAMBRE.

On lit dans un journal de médecine de Londres, au sujet de la discussion qui vient de se terminer à l'Académie de médecine :

Aucun des savants membres qui ont pris la parole n'a en[illegible] la question dans son véritable sens. Aucun d'eux n'a montré la cause des difficultés qu'elle présente. L'action d'une substance énergique comme le chloroforme ne peut pas être étudiée isolément. Elle doit être comparée à celle d'autres agents [illegible]naux analogues. Il faut pour entreprendre une pareille étude un certain nombre d'observations originales et bien faites. Or, rien de cela n'a été entrepris. Les faits sur lesquels la discussion a porté ne sont pas en nombre suffisant, et ne sont pas raisonnablement observés. Les orateurs ont réuni sous un seul chef toutes les observations; ils les ont prisés à la même valeur; ils n'ont pas fait cette réflexion importante, que la plupart des médecins qui ont été témoins de ces accidents, de ces morts subites, sont des personnes qui ne sont pas en position de donner une relation scientifique de ce qui est arrivé.

— A la place de ce jugement sommaire, nous aurions préféré trouver une appréciation exempte des défauts qu'il reproche aux orateurs de l'Académie.

La critique est aisée et l'art est difficile.

A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Applications physiologiques et pathologiques de l'ophthalmoscopie, par M. De La Calle.

(Suite et fin. — Voir les numéros 27 et 29.)

IV. — Maladies de la rétine.

Les affections que présente cette membrane regardant notre sujet sont : l'hypérémie, l'anémie, l'œdème, les décollements, l'apoplexie.

Hypérémie rétinienne.

Cette maladie est caractérisée par une injection considérable des vaisseaux de la rétine; c'est le premier degré de la phlegmasie de cette membrane. Nous la désignerons du nom placé en tête de ce paragraphe, parce qu'elle se présente en général à l'observation dans cet état hypérémique.

Cette affection est très fréquente. Nous en observons nombre de cas par semaine à la clinique de M. Desmarres: elle se produit souvent dans certaines maladies, à la suite des efforts que font les individus pour accommoder leur vue à une petite distance.

Dans cette affection, comme dans l'hypérémie papillaire qui l'accompagne souvent, on développe les pulsations des vaisseaux rétiniens avec une pression très modérée du globe oculaire. Comme les symptômes physiologiques qui accompagnent l'hypérémie rétinienne ne sont nullement caractéristiques, le diagnostic ne peut être établi sans l'examen du fond de l'œil.....

Anémie de la rétine.

La rétine se trouve quelquefois dans un état d'anémie qui consiste, comme son nom l'indique, dans un défaut de sang plus ou moins notable : l'affection peut être générale ou bien être limitée à une seule partie de la rétine. Cette membrane présente une décoloration qui est en rapport avec le degré de l'anémie. Les signes qui accompagnent cette maladie, et qui consistent dans un affaiblissement plus ou moins prononcé de la vue, la font confondre avec toutes les amblyopies ou amauroses. L'ophthalmoscope fait voir le véritable état anatomique de la membrane.

D'après M. Desmarres, l'anémie partielle de la rétine coïnciderait fréquemment avec le balancement des yeux, qui porte le nom de *nystagmus*.

OEdème de la rétine.

Cette affection consiste dans une infiltration séreuse rétinienne qui reconnaît pour cause un obstacle quelconque à la circulation. On aperçoit en général, tout autour de la papille du nerf optique, une zone plus ou moins étendue, un peu plus élevée que le reste de la membrane, d'une couleur blanchâtre avec un fin piqueté rouge. Il faut voir cette zone; la description la plus minutieuse ne saurait en donner une idée suffisamment exacte. Chacun des vaisseaux qui sillonnent la rétine est accompagné d'un filet blanc très fin; la réunion de tous les filets blancs forme cette zone blanchâtre.....

Décollement de la rétine.

En recherchant dans les livres classiques des renseignements sur cette maladie, je n'y ai trouvé qu'une description assez incomplète, ayant trait seulement à l'hydropisie sous-rétinienne. Quelques auteurs n'en parlent même pas; Mackenzie (1) ne fait presque que l'indiquer. M. le professeur Nélaton (2) décrit cette affection seulement alors qu'elle est arrivée à un degré de développemement tel, que la tumeur formée par la suffusion séreuse vient flotter assez près du cristallin pour devenir perceptible, si bien qu'il propose de faire une ponction exploratrice, à l'exemple de Ware, pour dissiper les doutes dans les cas où l'on pourrait confondre cette tumeur avec une cataracte. M. Desmarres (3), dans sa première édition, a donné une description plus détaillée de cette maladie; mais, comme le savant professeur de l'hôpital des Cliniques, il ne considère que le cas de décollement assez développé pour pouvoir être observé convenablement sans éclairer l'œil à l'aide de la lumière artificielle. Or, cette affection n'est pas toujours, tant s'en faut, portée à ce degré extrême de développement, quand les troubles visuels forcent les malades à consulter le chirurgien; et, dans le plus grand nombre des cas, comme j'ai eu occasion de l'observer nombre de fois, sous les yeux mêmes de M. Desmarres, il est indispensable de se servir de l'ophthalmoscope pour reconnaître cette affection.

La découverte de cet instrument nous a permis de reconnaître cette maladie à son commencement, et avec une précision telle, que la confusion d'un décollement rétinien avec tout autre état pathologique est dorénavant impossible pour ceux qui ont l'habitude de cet instrument.....

Il y a deux espèces de décollements rétiniens, comme nous l'avons déjà dit plus haut, correspondant aux deux causes qui peuvent les déterminer: 1° décollement rétinien par épanchement séreux; 2° décollement de la rétine par épanchement sanguin.

Signes ophthalmoscopiques. — Pour constater ces signes, il n'est pas toujours indispensable d'employer la lentille grossissante; avec le miroir tout seul on peut, dans le plus grand nombre des cas, acquérir des notions complètes sur la situation et l'étendue du décollement. Il est nécessaire de faire exécuter à l'œil que l'on examine des mouvements dans toutes les directions: quand on a bien vu le fond de l'œil, on se maintient dans la position qu'on a prise, et l'on engage le malade à regarder rapidement en haut, en bas et sur les côtés. On aperçoit alors une sorte de tumeur blanchâtre, bleuâtre ou grise, ou même rougeâtre, de forme et de dimensions variables, parfois bilobée, comme elle se présentait chez un malade dont je rapporte l'observation plus loin: cette tumeur présente çà et là quelques lignes rouges ondulées formées par les vaisseaux rétiniens qui accompagnent la membrane dans sa projection en avant; quelquefois la rétine décollée se présente sous la forme d'un petit morceau de linge; elle a tout l'aspect d'une pseudo-membrane, et l'on pourrait confondre ces deux choses si l'on n'était pas prévenu. La présence des vaisseaux qui la sillonnent, sa formation souvent subite, sont de nature à différencier, d'une manière très nette, ces deux états pathologiques.

Dans les différents mouvements que l'on fait exécuter à

(1) *Traité prat. des mal. des yeux*, trad. par Laugier et Richelot, p. 476.
(2) *Éléments de patholog. chirurg.*, t. III, p. 212.
(3) *Traité théor. et prat. des mal. des yeux*, p. 710.

l'œil, on voit flotter la partie de la rétine qui s'est décollée. Ces déplacements s'aperçoivent facilement quand on fixe les vaisseaux de la membrane; on les voit aussi se mouvoir de manière à se placer dans le champ pupillaire dans quelques mouvements et à disparaître dans d'autres; on les voit aussi traverser complétement le fond de l'œil.

Pour étudier d'une manière plus détaillée, plus complète, cette affection, il est utile de se servir de la lentille grossissante. On peut alors fréquemment suivre la ligne qui sépare la portion décollée de la rétine de celle qui est restée à sa place; le nombre des vaisseaux qui sont devenus flottants se voit avec plus de netteté. Ces deux parties de la membrane ont un aspect très différent: l'une, celle qui forme la tumeur, est moins transparente ou même complétement opaque, tandis que celle qui est à l'état normal conserve toute sa transparence et ses caractères normaux déjà connus. De plus, on peut voir, dans quelques cas, les vaisseaux de la rétine abandonner leur direction normale et s'incurver brusquement pour accompagner dans un nouveau plan la membrane à laquelle ils appartiennent. Pour compléter l'étude du décollement rétinien, état pathologique souvent compliqué, on recherchera les lésions que présenteront les diverses parties du fond de l'œil.

La portion de la rétine formant tumeur s'anesthésie, si le décollement est considérable et dure un certain temps. On comprend sans peine l'utilité d'un traitement opportun.

Récidives. — La maladie récidive assez souvent: si elles passent inaperçues, c'est que ces récidives ont lieu sur des yeux plus ou moins perdus pour la vision, et qu'elles ne produisent par conséquent aucun symptôme sur lequel le malade puisse appeler l'attention du praticien. Je possède une observation recueillie à la clinique de M. Desmarres, qui offre un exemple de cette récidive.....

Dans le cas de *décollement rétinien par épanchement séreux*, la rétine est quelquefois décollée dans une si grande étendue, qu'on peut facilement la voir, sans éclairer le fond de l'œil au moyen de l'ophthalmoscope, venir flotter presque au niveau de l'ouverture pupillaire; c'est ce que l'on a occasion d'observer après l'extraction des cataractes que cette maladie complique.....

Dans le cas de *décollement rétinien par épanchement sanguin*, comme dans les épanchements séreux, on aperçoit dans le fond de l'œil une tumeur formée par la rétine; mais au lieu de présenter une couleur blanche, bleuâtre ou grisâtre, cette tumeur est rouge foncé, et l'on aperçoit, à travers la rétine, le sang lui-même qui ne peut être confondu avec rien : la surface de la tumeur est sillonnée par les vaisseaux de la rétine; on les voit flotter en suivant le tremblement que communiquent à la rétine décollée les mouvements des yeux.

Les choses ne restent pas toujours dans cet état; bien souvent, au contraire, l'épanchement venant à augmenter considérablement, ou bien la nutrition de la rétine venant à souffrir profondément, cette membrane s'amincit et se crève ; le sang s'épanche alors dans l'humeur vitrée, où il forme quelquefois, mais plus tard, ces corps flottants dont nous avons déjà parlé; on aperçoit dans certains cas, d'une manière très nette, le sang réuni en foyer dans ce milieu.

Quelquefois les épanchements sanguins sous-rétiniens ne forment pas tumeur, ils s'étendent au contraire en nappe, et de prime abord on les croirait dans le corps vitré lui-même; ils sont placés en général derrière le cristallin, à la partie inférieure, et forment une couche concave qui reste fixe pendant les mouvements que l'on fait exécuter à l'œil. Ces caractères sont de nature à faire rejeter l'idée d'un épanchement dans le corps vitré, car dans cette hypothèse on ne s'expliquerait ni la fixité, ni la disposition en couche. Tout porte à penser, quoiqu'on ne puisse donner une preuve péremptoire, que ces épanchements sont placés entre la choroïde et la rétine.

Nous avons pu observer pendant longtemps, à la clinique de M. Desmarres, un malade de Versailles qui présentait un très bel exemple de cette affection.

Dans ces cas d'épanchements sanguins, que nous placerons jusqu'à nouvel ordre parmi les apoplexies sous-rétiniennes, il survient, au bout de quelques jours, un phénomène curieux dont la présence peut suffire pour faire reconnaître un épanchement de sang dans l'intérieur de l'œil: je veux parler de la coloration verte de l'iris, symptôme qui a été observé chez le malade de Versailles. L'iris conserve toute sa mobilité, et comme la compression exercée par le sang épanché sur la rétine est faible ou même nulle en raison de l'absence de toute tumeur rétinienne, la rétine garde toute sa vitalité, ce que démontre d'une façon palpable l'existence des phosphènes. Ce sang épanché se résorbe avec le temps, au moins en partie, et l'on aperçoit, au bout d'un certain temps, des caillots en nombre et de grandeur variables.

Obscurité de l'œil.

M. Desmarres a donné ce nom à un état particulier de l'œil, qui consiste en ce que, malgré la transparence de la cornée et du cristallin, on ne peut pas éclairer le fond de l'organe même en employant la plus vive lumière. M. Desmarres pense que cette obscurité de l'œil est liée à un épanchement sanguin sous-rétinien assez étendu pour occuper toute l'étendue de la rétine; la lumière arrivant sur la rétine doublée de cette couche sanguine de couleur noirâtre serait absorbée en totalité, et le fond de l'œil ne pourrait pas être éclairé.

Le malade de Versailles que nous avons cité plus haut, dans une récidive de l'épanchement sanguin sous-rétinien, a présenté un cas de cette obscurité de l'œil.

Les épanchements sanguins sous-rétiniens se présentent souvent sous la forme de petits foyers en nombre variable et de volume inégal.

Quand ces foyers apoplectiques sont récents, ils se présentent à l'ophthalmoscope avec une couleur rouge qui peu à peu passe au jaune et devient grisâtre à la fin. Ces plaques grisâtres peuvent persister longtemps ou disparaître d'une manière complète et rapide. Dans les cas de non-résorption ou de résorption incomplète, une inflammation se développe tout autour des foyers, des exsudations se produisent sous forme de plaques de la grandeur d'un grain de millet à celle d'une lentille; une choroïdite se développe et est suivie de la macération du pigmentum, le plus fâcheux des symptômes de cette maladie, et dès lors les fonctions de l'œil se trouvent sérieusement compromises.....

Apoplexie de la rétine.

Cette maladie est caractérisée, comme son nom l'indique, par l'épanchement du sang dans la substance même de la rétine. De même que pour la plus grande partie des affections des organes profondément placés dans l'œil, on n'en trouve pas de description dans les auteurs qui ont écrit avant la découverte de l'ophthalmoscope.....

Signes ophthalmoscopiques. — La description de l'apo-

plexie rétinienne, sous le point de vue ophthalmoscopique, n'est pas encore faite, que je sache, par les chirurgiens, à cause sans doute de la rareté relative de la maladie, et de la date encore trop récente de la découverte de l'ophthalmoscope. Je me bornerai, par conséquent à rapporter une observation dont j'ai connaissance; elle appartient à M. Liebrich. L'observation du chirurgien allemand, qu'il a choisie parmi un nombre assez considérable d'autres qui se sont présentées à la clinique de M. Graefe (de Berlin), est très instructive, parce que la malade a pu être examinée au début même de l'affection et pendant toute sa marche, dans le cours de laquelle il survint plusieurs récidives.

Obs. — Une femme de quarante-trois ans, qui souffrait depuis plusieurs années de congestions céphaliques, éprouva, à la suite d'un accès très violent de colère, un éblouissement, après lequel elle perdit complétement, disait-elle, la faculté de voir de l'œil gauche. Elle se rendit immédiatement à la clinique.

L'observation à l'œil nu ne permit de rien voir de pathologique. La pupille était tout à fait identique avec celle de l'autre œil, et pour la dilatation et pour la mobilité; la vision était perdue dans toute l'étendue du champ de vision, excepté toutefois à la partie inférieure, au niveau de laquelle elle pouvait reconnaître les doigts, à une distance de quelques pieds; dans le reste du champ de la vision, elle ne pouvait pas même apercevoir les gros objets, et elle ne voyait la lampe très rapprochée de son œil que comme on la voit, suivant l'expression de la malade, avec les yeux fermés.

L'examen, au moyen de l'ophthalmoscope, permit de voir une transparence parfaite des milieux réfringents de l'œil; le fond de cet organe était très décoloré, le nerf optique avait complétement disparu, et sa place ne pouvait être reconnue que par les vaisseaux de la rétine. L'artère centrale, très fine, et paraissant complétement vide de sang, ne pouvait être suivie dans ses ramifications qu'avec beaucoup de peine, et seulement sur quelques points de leur trajet; par contre, les veines, très altérées, étaient parfaitement visibles; elles présentaient des incurvations exagérées, et un aspect variqueux; ces varices alternaient assez régulièrement avec des parties très fines et pâles, à peine visibles; quelques-unes de ces dilatations semblaient déchirées et recouvertes par des caillots sanguins de différentes grandeurs. Un grand nombre de taches irrégulières, rondes, d'un rouge foncé, accompagnaient les vaisseaux tout le long de leur trajet visible, et se montraient aussi par groupes sur le reste du fond de l'œil. La partie placée immédiatement au-dessus de la *macula lutea* était à peu près normale, tandis que, au-dessous d'elle, on voyait une série linéaire de petites taches rondes, et d'une couleur rouge.

Le lendemain, le champ de la vision s'était complétement obscurci, et l'ophthalmoscope démontra une grande tache rhomboïde, rouge foncé, au-dessus de la *macula lutea*, qu'elle entourait par son bord inférieur et externe.

Pendant un traitement antiphlogistique dérivatif très énergique, la faculté visuelle s'est modifiée favorablement, de même que les altérations du fond de l'œil; les grandes taches, qui avaient d'abord la même couleur partout, présentaient, surtout à côté des vaisseaux, des taches oblongues, jaunâtres, comme des stries.....

Pendant les six semaines suivantes, le nerf optique s'éclaircit complétement, reprit son brillant normal et ses contours nets; les artères, quoique minces encore, pouvaient être cependant vues. Les taches rouges et les stries jaunâtres survenues pendant et après la résorption disparurent; celles qui étaient les plus rapprochées du nerf optique disparurent les premières.

A la partie équatoriale du globe, on voyait encore trois mois plus tard quelques taches sanguines qu'on avait remarquées depuis le commencement. Ni les exsudations laiteuses, ni les amas de vaisseaux que M. Graefe a vus nombre de fois coïncider avec les extravasations sanguines, ne se montrèrent dans ce cas.

La faculté visuelle se rétablit peu à peu, de telle façon que la malade, dont le champ de la vision n'était qu'un peu restreint vers sa partie interne, reconnaissait tous les gros objets, comptait les doigts à 10 pieds de distance pendant que l'axe optique se dirigeait un peu en dedans et en haut; elle pouvait reconnaître les plus gros caractères du livre de Jæger. Quand elle dirigeait l'axe optique vers les objets, ceux-ci lui paraissaient beaucoup moins distincts.

Cet état de la fonction visuelle se conserva pendant un mois, époque à laquelle, après une violente céphalalgie, la malade remarqua soudainement une aggravation. L'ophthalmoscope en fit voir la cause: c'était une nouvelle extravasation de sang se présentant sous forme d'une grande tache triangulaire placée en dedans et en haut du nerf optique. Sur cette tache on put reconnaître les jours suivants les mêmes changements observés pendant la résorption des autres dont nous avons parlé; mais avant la résorption complète de celle-ci, un épanchement de sang dans le corps vitré enleva presque complétement à la malade la faculté de voir. Le nuage sombre flottant dans le corps vitré s'éclaircit un peu et se divisa en de petits flocons, la vue s'est améliorée à la suite de cette division à un degré presque égal à celui indiqué plus haut.

V. — Maladies de la papille du nerf optique.

Cet organe peut présenter à notre observation les maladies suivantes: l'hypérémie, l'anémie, l'atrophie.

1° *Hypérémie papillaire.*

Dans cet état pathologique, la papille a perdu sa belle couleur blanche éclatante; elle est devenue rouge par suite du développement de ses vaisseaux et des vaisseaux de la rétine. Cette affection offre tous les degrés intermédiaires, depuis la coloration rosée jusqu'au rouge écarlate. Dans le premier cas, la papille se dessine assez bien pour être reconnaissable, et on la voit comme à travers une gaze rose; mais il n'en est pas de même dans le second cas. Elle devient alors invisible et se trouve comme noyée sous les innombrables vaisseaux qui la sillonnent; on ne peut alors arriver à reconnaître la place qu'elle occupe que par l'émergence des vaisseaux qui, comme nous l'avons vu, s'échappent d'un point de sa surface plus ou moins rapproché du centre. Dans d'autres cas, on peut apercevoir une portion très petite de la papille. Quelquefois sa circonférence est cachée tout entière par les vaisseaux qui la font paraître échancrée, comme la cornée envahie par les vaisseaux de la conjonctive. Ces vaisseaux de la papille présentent parfois des renflements variqueux, et leurs pulsations deviennent apparentes lorsqu'on comprime légèrement le globe de l'œil, compression qu'il faut rendre d'autant moins forte que la turgescence sanguine est plus considérable.

L'hypérémie de la papille compromet la vue par les exsudations qu'elle produit: un diagnostic exact et un traitement rationnel appliqué à temps pourront sauver la vue du malade...

2° *Anémie de la papille du nerf optique.*

Cet état est caractérisé par la diminution du calibre des vaisseaux propres à ce petit organe: il présente des degrés variables, depuis la simple décoloration jusqu'à l'absence complète de ces vaisseaux. L'observation de mademoiselle Sanson, citée à l'article *Choroïdite*, est un type de cette anémie portée à son maximum de développement. Dans ce cas, les vaisseaux, au lieu de naître d'un point de la surface de la papille, émergeaient tous de sa circonférence, et la papille s'offrait à nos regards complétement blanche, avec son éclat très affaibli.....

3° *Atrophie de la papille du nerf optique.*

La papille du nerf optique, dans cette maladie, se trouve notablement diminuée de volume. Cette diminution sera facilement appréciée par ceux qui se servent habituellement d'une même lentille grossissante comme le recommande M. Desmarres; dans le cas contraire, il est tout à fait impossible de juger comparativement des dimensions de la papille, lesquelles varient avec l'emploi de lentilles de différents numéros.

Nous avons dit précédemment que les papilles des myopes, vues à travers des lentilles grossissantes, paraissent très petites. Cela semble de prime abord devoir compliquer le dignostic de l'atrophie papillaire; il n'en est rien cependant : en regardant les yeux de ces mêmes individus sans employer de lentille grossissante, les papilles apparaissent très grandes. Or ceci n'a pas lieu dans les cas où la petitesse de la papille est due à une atrophie; d'ailleurs on apprendra dans quel état se trouvait sa vue avant l'invasion de la maladie. Il est donc facile de distinguer ces deux états, surtout quand ils ne coïncident pas.....

VI. — Maladies de la choroïde.

Les affections de cette membrane sont la choroïdite et la scléro-choroïdite postérieure.

1° *Choroïdite.*

.....Comme l'affection qui nous occupe n'est pas de celles qui conduisent au tombeau, on n'avait pu en faire l'étude nécroscopique que d'une manière très défectueuse chez des individus qui avaient succombé à une autre maladie, longtemps après avoir perdu la vue; en présence des nombreux désordres que présentait alors l'appareil oculaire, il était difficile, on le conçoit, de faire la part de la choroïdite, et nos connaissances sur ce point restaient fort imparfaites.

La découverte de l'ophthalmoscope a fait disparaître cette lacune de la science : à l'aide de cet instrument, on a pu faire, du vivant du malade, l'anatomie pathologique de la maladie.

La choroïde présente des modifications analogues à celles que l'on observe du côté de l'iris: la membrane se décolore, devient plombée, et surtout il se produit dans la sécrétion du pigmentum une altération qu'on appelle en Allemagne *macération du pigmentum*. Cette altération consiste dans la disparition plus ou moins notable des cellules pigmentaires : elles ne sont plus disposées, comme à l'état normal, suivant des lignes partant du nerf optique; elles se trouvent accumulées sur certains points et manquent complétement dans d'autres; il en résulte qu'on aperçoit d'une part des plaques noires ou brunâtres irrégulières, déchiquetées sur leurs bords, et d'autre part, des plaques blanches, qui réflètent plus ou moins la lumière.

La curieuse disposition des cellules pigmentaires dans la choroïdite chronique rend parfaitement compte des symptômes accusés par les malades. Ainsi la confusion des images tient évidemment à ce que les rayons lumineux rencontrent, en arrivant au fond de l'œil, des points de la rétine dépourvus de pigmentum; ces rayons ne sont pas absorbés, comme cela devait avoir lieu, et réfléchis dans différents sens; ils vont exciter d'autres points de la rétine: il en résulte nécessairement une confusion très grande de la vision. Les points de la rétine qui sont dépourvus de pigmentum deviennent par cela même très impressionnables à la lumière, même modérée; telle est l'origine de ces images lumineuses qui se répètent pendant très longtemps quand on a fixé pendant quelques minutes un corps lumineux. Plus tard, ces mêmes points finissent par s'anesthésier, nouvelle cause d'altération de la vue.....

2° *Scléro-choroïdite postérieure.*

M. de Graefe (de Berlin) a décrit cette maladie, une des plus curieuses parmi celles qui peuvent attaquer l'œil humain D'après cet auteur, l'affection qui nous occupe se trouverait dans un grand nombre d'amblyopies. Il a trouvé dans ses recherches, sur mille cas de ces amblyopies, quatre cent vingt cas liés à une scléro-choroïdite postérieure.

Cette maladie attaque surtout les individus myopes. D'après le même auteur, sur dix individus myopes se servant de numéros depuis deux à six pour voir les objets éloignés, [illegible] présenteraient une scléro-choroïdite postérieure.

Les observations d'Arlt sont en harmonie avec cette manière de voir; celles de M. Desmarres la confirment.

A l'examen ophthalmoscopique, l'œil affecté présente les caractères suivants : Le fond de l'œil porte une plaque blanche plus ou moins étendue suivant le degré auquel la maladie est arrivée; cette plaque est attenante à la papille du nerf optique. Elle est formée par la sclérotique, qui apparaît avec sa couleur ordinaire à travers la rétine transparente, dans le point où la choroïde fait défaut. Cette plaque blanche peut avoir, comme on le pense bien, toutes les dimensions. Quand la maladie est à son début, on ne la reconnaît qu'avec une grande attention; elle peut très facilement passer inaperçue. En effet, on ne voit rien autre chose de prime abord qu'une papille qui, au lieu d'avoir sa forme ronde habituelle, se présente sous l'aspect d'une petite ellipse à extrémités inégales. Dans ce cas, la petite extrémité de l'ovoïde qui correspond à la partie externe du nerf optique est formée par la plaque commençante. Quand la maladie a fait des progrès, on croit trouver encore la papille déformée avec des dimensions très considérables; mais il y a là une erreur que l'on reconnaîtra facilement, quand on pourra distinguer, au centre ou sur un des côtés de cette prétendue papille, la véritable papille, avec sa forme et ses dimensions normales: tout autour de cet organe ou sur un côté seulement, on aperçoit une plaque blanche éclatante qui a la forme d'un cercle irrégulier dans le premier cas, celle d'un croissant dans le second. Le brillant de cette plaque s'explique par ce fait, que les rayons lumineux envoyés au fond de l'œil traversent la rétine et ne trouvant derrière cette membrane, la choroïde, vont se réfléchir sur la surface blanche de la sclérotique. Cette plaque, quand elle est assez développée, a un aspect frangé, déchiqueté à sa circonférence; ces dentelures, plus ou moins nombreuses, se dessinent d'une manière tranchée sur le fond de l'œil. Au-devant d'elle passent les vaisseaux rétiniens qui témoignent de la présence de la rétine, invisible à cause de sa transparence. Ces vaisseaux sont si marqués, si bien dessinés sur le fond blanc constitué par la sclérotique, qu'on serait porté à les prendre pour un état hypérémique; au contraire, ils sont si peu marqués sur la couleur rouge du reste du fond de l'œil, où la choroïde est conservée, qu'ils semblent coupés comme par un instrument tranchant ou s'enfoncer dans le tissu des membranes au niveau de la circonférence de la plaque.

La couleur blanche éclatante de cette tache simule, à s'y méprendre, une partie saillante. Cette sensation n'est qu'illu-

soire et constitue une cause d'erreur, sur laquelle il ne serait pas sans utilité de s'arrêter avant de passer outre : dans l'examen du fond de l'œil toutes les parties blanches et éclatantes apparaissent comme des points en relief, toutes les parties de couleur foncée semblent déprimées et excavées; dans quelques cas, la réalité s'accorde avec l'apparence; mais le contraire a lieu souvent, et c'est ainsi que les plaques blanches qu'on observe dans la choroïdite et celles de la maladie qui nous occupe, se trouvent, à moins d'exsudations accidentelles, de niveau avec le reste du fond de l'œil ou même sur un plan plus profond. On comprend combien il serait facile de se tromper, si l'on n'en était pas prévenu; c'est ce qui est arrivé pour la choroïdite à M. Desmarres dans les premiers temps de ses études ophthalmoscopiques, de même qu'aux autres chirurgiens, tels que Jæger, lesquels ont pris cette plaque blanche pour une exsudation. On est parvenu plus tard, par les études nécroscopiques, à mettre en lumière ce point important de la pathologie oculaire.

On trouve d'autres plaques, en général plus petites, aux environs de la grande plaque, reconnaissant la même cause que celle-ci. Il y en a qui occupent tout à fait la circonférence de la grande plaque; c'est cette disposition qui explique la forme dentelée de ses bords. Ces dentelures, jointes à une coloration brunâtre peu accusée, indiquent en général une marche rapide de l'affection. Par contre, la régularité de la courbe et son contour net et chargé de pigmentum est l'indice d'un arrêt de la maladie.

Ces plaques se distinguent de la grande qui est, comme nous l'avons vu, attenante au nerf optique, non-seulement *par leur* siége, mais par leur forme et coloration. Elles sont, *je le* répète, plus petites, ont une couleur grisâtre, et ne reflètent, dès lors, la lumière avec autant d'intensité que la première : leur coloration est due à ce que la choroïde n'a pas disparu en totalité à leur niveau.

La grande plaque ne présente pas toujours cette couleur blanche dans toute son étendue ; on y observe de petites taches noires, dues à des amas du pigmentum placés au-dessous de la rétine, au niveau de la choroïde. On les observe, presque toujours, dans un état très développé de l'affection. On reconnaît leur siége aux rapports qu'elles ont avec les vaisseaux rétiniens. Ceux-ci passent devant ces taches.

Il existe d'autres taches, ou points blancs grisâtres, au niveau de la plaque blanche comme ailleurs ; mais celles-ci se trouvent au niveau de la rétine, et recouvrent ces vaisseaux dans différents points. Elles sont constituées par des amas granuleux dont la description appartient à M. Graefe.

III.

REVUE CLINIQUE.

CINQ CAS DE PARALYSIE SATURNINE PAR L'USAGE CONTINUEL D'UN TABAC EN POUDRE CONTENANT DU PLOMB ; par le docteur MAURICE MEYER (de Berlin).

J'ai publié, en 1854, dans la Gazette allemande (*Medicinische Central-Zeitung*, du 22 novembre), un cas de paralysie saturnine par l'usage continuel d'un tabac en poudre contenant du plomb, où j'appliquai la faradisation localisée au diagnostic et à la thérapeutique. Mais ce cas n'a pas eu, que je sache, de successeur ni dans la littérature allemande, ni à l'étranger, et néanmoins des cas semblables ne sont pas très rares, car moi-même j'en ai traité quatre autres depuis ce temps, occasionnés par le même abus.

1° Le premier cas était celui d'un maître pelletier, Hache, âgé de trente-huit ans, jusque-là bien portant, d'un teint jaunâtre, qui, dans l'espace de trois mois, sans cause connue, contracta une paralysie des extenseurs des trois doigts du milieu des deux mains. La contractilité et la sensibilité électro-musculaires étaient très diminuées dans les extenseurs, mais tout à fait normales dans les supinateurs. Je faradisai les muscles paralysés trente-sept fois sans succès, et le malade renonça à la cure. Deux mois plus tard, la paralysie s'était compliquée d'une saillie considérable du carpe et des second, troisième et quatrième métacarpiens des deux mains, symptômes qui confirmaient le soupçon, émis par moi depuis longtemps, que nous avions affaire à une paralysie saturnine due au tabac que le malade prisait depuis beaucoup d'années, qu'il conservait toujours dans son emballage de plomb et dans lequel la recherche chimique décéla une quantité de plomb assez considérable. L'exactitude de la diagnose fut confirmée par le résultat du traitement; le malade se désaccoutuma du tabac et, après l'usage de bains sulfureux et de purgatifs salins, la paralysie était complétement guérie. Le sujet avait subi quarante séances électriques.

2° Le second malade était le secrétaire Rauer de Spremberg, âgé de quarante-trois ans, qui, ayant pris pendant six années du tabac en poudre de la même fabrique, contracta à plusieurs reprises des coliques, compliquées de troubles de digestion, de jaunisse, d'obstruction opiniâtre, etc. Les eaux de Carlsbad, où le malade alla trois fois, n'avaient eu qu'un succès passager. En février 1855, le doigt du milieu et l'index de la main droite, peu à peu les autres doigts et différents muscles de l'avant-bras et des épaules étaient paralysés des deux côtés. A l'examen électrique, le 15 juillet 1855, la contractilité et la sensibilité électro-musculaire étaient diminuées dans les extenseurs communs des doigts, dans les extenseurs radiaux du carpe, dans les extenseurs propres de l'index, mais tout à fait intactes dans les supinatenrs; les os métacarpiens étaient saillants, la peau jaunâtre. Des bains sulfureux, des purgations, une cure électrique de six semaines améliorèrent le mal à ce point, que, retourné à son domicile, le malade, sans administration d'autres remèdes, était complétement guéri au bout d'un an.

3° Le troisième malade, M. Corty, avoué à Lukau, qui, depuis 1841, prenait copieusement du tabac en poudre, qu'il conservait toujours, dans son emballage de plomb, comme il le dit dans l'histoire de sa maladie, composée par lui-même, gagna le premier accès de colique en 1846. Ces coliques, compliquées d'obstructions opiniâtres, de symptômes de jaunisse, d'un abattement extrême du corps et de l'esprit, se répétaient de temps en temps et finirent en 1852 par une paralysie des épaules, des bras et des mains, et, en 1854, par une paralysie des jambes. Les eaux de Marienbad guérirent la dernière complétement, améliorèrent la paralysie des extrémités assez pour que le malade pût commencer de nouveau à écrire, faculté dont il était privé depuis deux ans. Rentré à la maison, il cessa de prendre le tabac en poudre, et, chose remarquable, les coliques ne se répétèrent pas et l'état général devint successivement meilleur. Néanmoins à ma première visite, en juillet 1856, M. Corty offrait un triste aspect. Ses bras pendaient le long du tronc, les extenseurs des deux bras étaient amaigris, et cet amaigrissement contrastait bizarrement avec l'intégrité des supinateurs; les os

métacarpiens étaient saillants; le teint gris jaunâtre; le malade ne pouvait ni lever les poignets, ni écarter les doigts; la contractilité électro-musculaire était presque abolie dans l'extenseur commun des doigts de la main droite et dans l'extenseur radial du carpe gauche, diminuée dans la plupart des autres muscles extenseurs. En six semaines, par l'excitation électrique, l'état du malade devint meilleur, et ses mouvements plus libres; les muscles amaigris avaient augmenté de volume, les saillies des os avaient diminué, et M. Corty, à la fin de son congé, retourna à Lukau avec l'intention de revenir à Berlin si le rétablissement plus complet se faisait trop longtemps attendre.

4° Le quatrième malade, le docteur Koehler d'Elbing, médecin praticien, âgé de quarante-cinq ans, avait éprouvé, il y a dix ans, comme premier symptôme de maladie, une sensation douloureuse de tension dans les muscles droits de l'abdomen. Dans l'hiver de 1851-1852, premier accès de colique avec obstruction, troubles de digestion, jaunisse, abattement des forces, fièvre rémittente, etc. Des accès semblables se répétèrent, et surtout, en 1854, notre malade en eut un si grave, qu'il en résulta une paralysie complète de deux extrémités supérieures. Au moyen de bains ferrugineux, de remèdes résolutifs, et surtout des eaux de Driburg, qui purgeaient le malade, la constipation et la jaunisse cessèrent; au bout d'un an, les mouvements des épaules étaient libres et le docteur Kœhler avait recouvré ses forces presque complétement, lorsqu'en juillet 1856, pendant le second séjour à Driburg, il fut pris d'un nouvel accès plus grave, lequel finit par une paralysie des extrémités supérieures. Arrivé à Berlin, à la mi-août, il ne pouvait éloigner les bras du tronc; en tendant les mains les bras tremblaient, et l'annulaire et l'index du côté droit se fléchissaient; les os métacarpiens sont saillants, le teint est jaune, le malade profondément abattu. La contractilité et la sensibilité sont considérablement diminuées dans les extenseurs communs des doigts, dans l'extenseur propre de l'index, dans les extenseurs et abducteurs du pouce de la main droite; tout à fait normales dans les supinateurs. Après l'omission du tabac et au moyen des bains sulfureux, des purgatifs salins et de 28 séances d'électricité, l'état du malade fut beaucoup amélioré; sa guérison fut même presque complète.

5° Voici le cinquième cas. Le chambellan de H. de Giessen, toujours bien portant, d'un teint jaunâtre, âgé de cinquante ans, avait contracté depuis trois semaines, sans cause connue, une paralysie toujours croissante des trois doigts du milieu de la main droite. L'extension de ces doigts était impossible, l'élévation du carpe difficile; la supination du bras était tout à fait libre; pas d'amaigrissement des muscles, pas de saillie des os métacarpiens. La contractilité électro-musculaire était très diminuée dans les faisceaux de l'extenseur commun qui meuvent les doigts du milieu, diminuée dans l'extenseur propre de l'index et dans le radial, intacte dans les autres muscles extenseurs et dans les supinateurs. Le malade, qui depuis une douzaine d'années prenait du tabac en poudre contenant du plomb, n'avait point eu de coliques; jamais de constipation opiniâtre. La cause de la maladie connue, les symptômes locaux peu graves, le pronostic était bon et la cure fut prompte.

Dans ces cinq cas de paralysie saturnine par l'usage continuel du tabac en poudre contenant du plomb, nous avons signalé les symptômes suivants : 1° paralysie d'une plus ou moins grande partie des extenseurs du bras; intégrité des supinateurs; 2° jaunisse dans tous ces cas; 3° dans quatre cas saillie des os métacarpiens; 4° dans trois cas des accès de colique avaient précédé la paralysie; le premier et le cinquième malade n'en ont point présenté; 5° dans quatre cas les mouvements des extenseurs de la main, dans un cas ceux des deltoïdes, furent surtout affaiblis.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 20 JUILLET 1857.—PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

ANTHROPOLOGIE. — *Observation d'un développement incomplet chez une fille de dix-neuf ans et demi*, par M. *Baillarger*. — Caroline J... est née à Melun de parents sains et bien conformés. Elle est la dernière de huit enfants, aucun de ses frères et sœurs n'a présenté d'anomalie d'organisation. Aujourd'hui, bien qu'elle ait près de vingt ans, sa taille n'est que de 80 centimètres et le poids du corps de 32 livres.

Jusqu'à l'âge de dix-sept ans et demi, on a cru que cette fille resterait muette. C'est alors seulement qu'elle a commencé, au grand étonnement de sa mère, à bégayer quelques mots. Maintenant elle peut demander distinctement un certain nombre d'objets. Elle a commencer à marcher à trois ans et demi; sa démarche est restée lourde, pesante, saccadée, comme chez beaucoup de crétins. D'ailleurs, à part l'absence de développement, elle est un exemple assez rare de crétinisme sporadique complet. Il n'y a chez elle aucun signe de puberté. La santé physique s'altère depuis quelques années et surtout depuis trois mois. L'alimentation est devenue irrégulière et insuffisante. Caroline a offert, vers l'âge de douze ans, quelques signes de rachitisme. Depuis un an, ces signes sont devenus plus tranchés, et il existe aujourd'hui une déviation très prononcée de la colonne vertébrale. (*Comm.*: MM. Serres, Flourens, Geoffroy Saint-Hilaire, de Quatrefages.)

M. *Serres* fait observer que l'existence d'une hernie ombilicale chez Caroline semble indiquer que la suspension ou le retard des développements a dû commencer dans le cours du quatrième ou cinquième mois de la vie embryonnaire. L'abaissement de l'ombilic vient ici à l'appui de cette assertion. Ce que la dégradation des formes de cette fille offre de remarquable est précisément la répétition de ce qui a lieu chez les Esquimaux. Née de parents de la race caucasique, Caroline J... offre les caractères de la race mongole. Nous n'essayerons pas d'expliquer cette dégradation du type, nous tenons seulement à constater le fait.

MÉDECINE. — M. *Rayer* présente, au nom de M. Bisson, médecin principal du chemin de fer d'Orléans, une *note sur les mécaniciens et chauffeurs du chemin de fer d'Orleans et sur les maladies qui peuvent resulter de leurs fonctions*. — M. Bisson repousse comme dénuées de fondement les assertions de MM. H. Martinet et Duchesne relatives aux troubles nerveux observés sur les chauffeurs et les mécaniciens. Non content de ce que pouvaient lui apprendre sur cette question, depuis dix-huit ans, son observation directe et celle des rapports hebdomadaires, M. Bisson a fait faire des recherches par M. Salone, médecin de la traction à Paris, et M. Duclos, médecin à Tours. De l'examen de deux cents mécaniciens, chauffeurs et élèves, il résulte que ces hommes n'ont plus guère à redouter que les effets de la vapeur dans le cas de rupture de tubes, et que, du reste, ils ne semblent soumis à aucune autre maladie dépendante de leur profession. (Renvoi à la commission désignée pour la communication de M. H. Martinet.)

MÉDECINE. — M. *Geoffroy Saint-Hilaire* présente au nom de l'auteur, M. *Octave Saint-Vel*, un mémoire ayant pour titre : *Des ictères de la fièvre jaune*. — « Ayant eu, dit M. Saint-Vel dans l'introduction, l'occasion d'étudier en 1856 la fièvre jaune à l'hô-

pital militaire de Saint-Pierre (Martinique), j'ai été conduit à rechercher la cause de la coloration qui a valu son nom à cette maladie. Un examen attentif m'a fait reconnaître deux ictères : l'un constant, caractéristique, apparaissant dès les premiers jours, et, quand la mort a été prompte, se montrant alors sur le cadavre, et pendant la vie, coïncidant avec un ralentissement remarquable de la circulation capillaire (c'est l'ictère spécial qui a valu son nom à la maladie); l'autre, accidentel, ne se montrant que dans la seconde période, sans gravité par lui-même, marquant quelquefois le moment de la convalescence, ne se manifestant que dans un nombre limité de cas, et coïncidant parfois avec un ralentissement notable du pouls (30 à 40 pulsations par minute). L'ictère caractéristique n'est qu'une ictéricie, l'ictère accidentel est le véritable ictère ou cholihémie. Leurs causes doivent différer comme leur nature. Les éléments de la bile retenus dans le sang donnent naissance à la cholihémie, le sang dissocié par l'agent septique produit l'ictéricie. » (*Comm.:* MM. Serres, Andral, Rayer.)

OPTIQUE APPLIQUÉE. — *La lunette panfocale employée comme ophthalmoscope*, par M. J. *Porro*. — Avec une lunette panfocale, placée à quelques centimètres de l'œil, l'opérateur peut, par le mouvement du pignon régulateur, pénétrer du regard dans l'intérieur de l'œil dans toutes le profondeurs jusqu'à la rétine ; une échelle gravée au dehors sur l'instrument peut indiquer la profondeur du point qui se trouve au foyer à un instant donné. (*Comm.:* MM. Milne Edwards, Babinet, Velpeau.)

MÉDECINE LÉGALE. — M. *Legris* adresse, à l'occasion d'une communication récente de M. Blondlot, des remarques sur la recherche de l'arsenic et les investigations de médecine légale qui se rapportent à cette question. (*Comm.:* MM. Chevreul, Bussy.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 28 JUILLET 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Un rapport de M. *Raimbert*, médecin des épidémies de Châteaudun, sur les constitutions météorologiques et médicales de l'année 1856, dans l'arrondissement de Châteaudun, et en particulier sur les pustules et œdèmes charbonneux qui ont été observés. — *b*. Le compte rendu des épidémies qui ont régné dans le département de la Côte-d'Or pendant l'année 1856. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Une demande en autorisation d'exploiter une source d'eaux minérales à Velleron (Vaucluse). (*Commission des eaux minérales.*) — *d*. Un mémoire de M. le docteur Ricard, médecin à Angoulême, contenant des observations sur la vaccine. (*Commission de vaccine.*) — *e*. M. le ministre du commerce prie l'Académie d'examiner un nouveau modèle de sommier élastique inventé par M. *Laterrière*, et destiné au service des hôpitaux et des ambulances de l'armée. (*Comm.* : MM. Davenne, Jobert, Bégin, Danyau.)

2° L'Académie reçoit : — *a*. Une lettre de M. le docteur *A. Reveil*, qui le prie de comprendre son nom sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. — *b*. Une note de M. le docteur *Larcher*, à l'occasion du mémoire présenté à l'Académie le 21 juillet par M. Churchill sur la *tuberculose*. L'auteur rappelle que déjà en 1825, dans un mémoire adressé à l'Académie en 1827 (voir in *Archives générales de médecine*, t. XX, p. 321), il rapporte la cause de la tuberculisation à une déviation des éléments organiques des os, et surtout de leurs éléments calcaires. (*Renvoyé à la commission nommée pour l'examen du mémoire de M. Churchill.*) — *c*. Un nouveau système de canule à injection et à irrigation pour le vagin et le col de l'utérus exécuté par M. *Mathieu*, fabricant d'instruments.

Lectures et Rapports.

HYDROLOGIE. — M. *O. Henry*, au nom de la commission des eaux minérales, lit les rapports suivants :

1° Sur l'eau minérale de Digne (Basses-Alpes).

La commission propose de répondre au ministre, qui consulte l'Académie sur l'opportunité de procéder à de nouvelles analyses de la source de Digne, que s'il y a un avantage pour cet établissement thermal, autorisé depuis longtemps, à ce que l'analyse de ces sources soit faite de nouveau, elle devra être exécutée alors en grande partie sur place par des hommes compétents.

2° Sur l'eau minérale saline ferrugineuse de Gampagne (Aude.)

Conclusion. — Il y a lieu de régulariser la position des propriétaires des eaux de Gampagne du département de l'Aude, en leur accordant, comme ils le demandent, l'autorisation de continuer l'exploitation de cette source au point de vue médical.

3° Sur les eaux minérales des Roches, près Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).

L'eau des Roches, d'après les résultats de l'analyse, présente la même nature qu'une foule d'autres eaux acidules bicarbonatées alcalines et calcaires, si communes dans l'Auvergne.

Conclusion. — Répondre à M. le ministre qu'il y a lieu de faire droit à la demande du propriétaire de la source des Roches, en l'autorisant à en continuer l'exploitation comme par le passé.

4° Sur une nouvelle source d'eau minérale découverte à Vals (Ardèche).

MM. les docteurs Chabanne et Saladin demandent l'autorisation d'exploiter au point de vue médical une source dite *Victorine*, dont l'eau, de même nature que celle de quelques autres sources voisines de la commune de Vals (Ardèche), est très analogue à celle de Vichy.

La commission estime qu'il y a lieu d'accorder à MM. Chabanne et Saladin l'autorisation d'exploiter l'eau de cette source, en leur imposant, comme condition expresse, d'y faire tous les travaux capables d'assurer la conservation et la pureté de l'eau qu'elle fournit.

Les conclusions de ces rapports sont adoptées.

PHYSIOLOGIE. — M. *J. Poinsot* lit un travail intitulé : *Recherches sur le pancréas du bœuf, au sujet de la digestion de la graisse.*

M. Poinsot s'est proposé de rechercher quelle est la fréquence du second canal pancréatique, quel est son calibre, et si en dehors de lui il n'y aurait point de glandes qui verseraient leur contenu dans le canal cholédoque, enfin son mode de distribution dans le pancréas.

M. le professeur Bérard, dit M. Poinsot, prétend qu'un étudiant de première année peut trouver le second conduit aussi bien que l'anatomiste le plus consommé, cela est possible ; j'avoue cependant que je l'ai manqué plus d'une fois, et que ce n'est que par une dissection des plus attentives que je suis parvenu à le trouver. Pour peu qu'on se livre à des recherches d'anatomie, on se convainc bientôt de difficultés qu'on ne supposait pas, et cette remarque s'applique aux injections, et surtout aux injections pratiquées sur le pancréas.

Dans une première série de recherches, j'ai trouvé le second conduit 4 fois sur 6 ; sur le cinquième pancréas, le tissu de cette glande se voyait à travers la muqueuse du canal cholédoque, et de l'eau injectée par le conduit principal suintait à travers la muqueuse. Sur le sixième, absence complète du second conduit. Je n'ai point recherché s'il y avait des glandes isolées.

Dans une seconde série, j'ai trouvé le petit conduit de 3 centimètres environ, qui venait s'ouvrir dans le canal cholédoque. Sur six, je n'ai point cherché ces glandes; sur les huit autres j'en ai trouvé trois fois.

Dans deux de ces dernières pièces, une glande de la grosseur d'une cerise, séparée du petit conduit de 3 centimètres environ, venait s'ouvrir dans le canal cholédoque. Sur la troisième, il y avait une glande plate à 2 centimètres au-dessus du point où le conduit secondaire devrait se trouver ; dans ce point, du reste, le tissu du pancréas se voit à travers la muqueuse cholédoque.

Sur le deuxième pancréas, et toujours sur le canal cholédoque, on voit une belle glande de la grosseur d'une cerise; cette glande est complétement indépendante du pancréas.

Sur la troisième pièce : glande plate, située au-dessus du pancréas, sous la tunique cellulaire du canal cholédoque.

Sur la quatrième pièce : une glande de la grosseur d'une aveline, tout à fait indépendante du pancréas; une deuxième, également indépendante, quoique contiguë.

Sur la cinquième, le pancréas se voit à travers la muqueuse cholédoque; au-dessus, une glande de la grosseur d'une cerise, et

autour de celle-ci, en soulevant des lambeaux de la tunique cellulaire cholédoque, de petites glandes isolées au nombre de six ou huit.

Sur la sixième, en face du canal cystique, on voit une surface plus claire que le reste de la muqueuse cholédoque, à travers laquelle l'eau poussée par le conduit principal suintait dans le canal cholédoque.

Somme toute, sur vingt-sept pancréas, le conduit secondaire existait dix-huit fois, sur les neuf autres il n'existait point; mais sur six de ces derniers, il y a de petits pancréas secondaires ou glandes dont le contenu se déverse dans le canal cholédoque. Il y a loin de là au résultat obtenu par MM. Bérard et Colin; et, de plus, il y a ce fait ignoré de ces expérimentateurs: l'existence de pancréas secondaires ou de glandes dans certains cas, où le conduit que j'ai découvert existe, et aussi lorsqu'il n'existe point.

Quant au diamètre du conduit secondaire, il y a autant de variétés que de pancréas; le plus ordinairement il dépasse le diamètre d'une très grosse épingle; quelquefois il est plus petit, mais aussi il est peut-être beaucoup plus gros.

Le conduit secondaire est tantôt unique : c'est ce qui se voit dans la majorité des cas; mais il peut être double, triple : dans ce cas, l'eau poussée par le grand conduit sort par deux, trois petits pertuis.

Par son extrémité pancréatique, le conduit secondaire tantôt s'anastomose directement avec le canal pancréatique principal, de sorte qu'il y a continuité entre les deux conduits, tantôt ne s'anastomose que par des ramifications capillaires excessivement ténues. Dans ce cas, comme dans le premier, des grappes glandulaires sont appendues à ce conduit; ici ce conduit se perd dans la dernière grappe qui lui est appendue, et il y a, pour ainsi dire, deux pancréas.

Cette dernière disposition n'est pas sans importance, car une solution solidifiable à la térébenthine peut fort bien ne point passer à travers ces anastomoses capillaires, et par conséquent faire croire que le conduit secondaire n'existe point. Dans un cas analogue, une injection d'eau simple passait très difficilement, et cette eau ne tombait que goutte à goutte dans le canal cholédoque; cependant le conduit secondaire fut assez grand pour que je pusse l'inciser dans toute son étendue, en partant de son insertion au canal cholédoque; ici le conduit secondaire se perdait dans la dernière grappe qui lui était appendue, grappe complétement indépendante du pancréas.

M. Poinsot a recherché le conduit secondaire sur quatre pancréas de veau, sur le pancréas d'un fœtus de cinq mois environ et sur celui d'un fœtus de six semaines à deux mois : sur ces six pancréas, le conduit secondaire existait. (*Commission* déjà nommée pour l'examen des précédentes communications de MM. Colin et Poinsot.)

Discussion sur les anesthésiques.

M. *Velpeau* commence par discuter de point en point la dernière argumentation de M. Devergie touchant la théorie de l'asphyxie comme cause principale des accidents de la chloroformisation et l'utilité des appareils comme moyen d'y parer. Il s'attache surtout à combattre cette proposition de M. Devergie, qu'il considère comme dangereuse, que le praticien a suffisamment mis sa responsabilité à l'abri dès qu'il a eu recours à un appareil. Puis il examine la question du dosage, celle des avantages respectifs des appareils mécaniques plus ou moins compliqués, et des appareils plus simples dont se servent le plus communément les praticiens (car ce sont aussi pour lui des appareils), tels que l'éponge, la compresse, la charpie, etc., et il résume son argumentation en ces termes :

J'arriverai à conclure que l'asphyxie peut être un genre de mort par le chloroforme; mais ce n'est pas la seule cause de mort, et le chirurgien ne peut être responsable. On a cité le cas de ce jeune chirurgien qui avait laissé là sa malade sans secours; ici le cas est différent. Il doit être loisible au chirurgien d'employer le moyen qui lui paraît le plus convenable, de se servir ou non d'un appareil. Je ne demande pas qu'on blâme l'usage des appareils, mais je ne veux pas qu'on nous les impose. Quant à la responsabilité, je demande que les médecins n'aillent pas la chercher. Je me rallie à la proposition de M. Cazeaux, modifiée par M. Cloquet.

Cette discussion a eu un grand retentissement au dehors parmi les médecins. M. Devergie a voulu, dit-il, leur donner une arme pour se défendre à l'occasion. Mais c'est une arme dangereuse, non pas même une arme à deux tranchants, car elle ne peut être dirigée que contre les chirurgiens eux-mêmes. D'un autre côté, les appareils qu'on nous propose ne sont pas de nature à empêcher les accidents, ils gêneraient les uns et donneraient aux imprudents une trop grande hardiesse. Nos confrères des départements en deviendraient trop hardis ou trop timides.

Je me résume, et je demande que les chirurgiens soient libres d'employer ou de ne pas employer les appareils pour l'éthérisation.

M. *Adelon* : J'ai écouté cette discussion avec grand soin, et ce qui me paraît en ressortir le plus évidemment, c'est que tout le monde n'est pas d'accord sur la manière d'appliquer le chloroforme. Mais voici sur quel point je veux appeler l'attention de l'Académie. On a beaucoup parlé dans ce débat de responsabilité médicale. Je ne sais pas ce que c'est que la responsabilité médicale; je ne la trouve nulle part inscrite dans nos Codes. Nous sommes dans le droit commun : toute personne qui a causé un mal par imprudence en est responsable aux termes de la loi; le mot de *médecin* n'est pas prononcé dans cet article. Il ne faut pas croire d'ailleurs que les magistrats soient si disposés à sévir contre les médecins. En matière criminelle, aussi bien qu'en matière civile, les magistrats ne se prononcent jamais sur des faits médicaux sans qu'il y ait eu une expertise préalable. Le mot de *responsabilité médicale* n'aurait pas dû être prononcé dans cette discussion.

M. *Robert* : Un mot de réponse à M. Adelon; il est important que l'Académie se soit occupée de cette question, et qu'elle ait cherché à limiter la responsabilité des médecins. Je suppose un accident; on nomme des arbitres; la discussion de l'Académie est de nature à éclairer leur jugement. D'un côté, les opinions étaient très partagées sur la question qui vient d'être agitée; d'autre part, il faut tenir compte des rivalités et même des inimitiés professionnelles, plus ardentes encore dans les petites localités. Si le parquet déférait à des experts un cas de mort par le chloroforme, les intérêts et la dignité de chacun seraient aujourd'hui mieux sauvegardés.

M. *Devergie* : J'aurais mauvaise grâce à rentrer à présent dans l'objet de la discussion, mais j'ai besoin de faire un mot de réponse à M. Adelon. Notre honorable collègue nous a rappelé que la responsabilité médicale n'est pas écrite dans la loi, et que nous étions sous l'empire du droit commun. Mais par cela même que, dans l'exercice de la médecine, on se trouve presque constamment en présence de questions de vie ou de mort, la responsabilité du médecin est surtout atteinte par l'article 319 du Code civil. Quoique la responsabilité médicale ne soit pas écrite dans la loi, elle n'est pas moins réelle, et je ne puis regretter que cette question ait été portée à cette tribune.

Je ne veux pas rentrer dans le débat, mais à cause du vote qui doit intervenir, je veux cependant présenter brièvement quelques considérations. M. Velpeau a dit qu'il considérait les appareils mécaniques propres à l'éthérisation comme à peu près inutiles. En cas d'accident malheureux, le magistrat ne peut faire que ces deux questions : Ou vous n'avez pas fait respirer assez d'air, ou vous avez donné trop de chloroforme. Je dis que, dans ce cas, un appareil prouve que l'air s'est trouvé en quantité suffisante, et qu'il indique en même temps qu'on n'a pas dépassé une certaine quantité de chloroforme. Je n'ai pas imposé les appareils, mais j'ai demandé si, au lieu de repousser les appareils, il ne serait pas plus sage d'en préconiser l'emploi. L'Académie, je dois le dire, n'a pas pu se rallier à ma proposition.

Avant que l'Académie ne prenne une résolution, je dois faire

remarquer qu'il y a des faits qui n'ont été détruits par aucune objection. Les appareils de MM. J. Guérin, Charrière et Duroy permettent toujours l'arrivée d'une quantité d'air suffisante pour l'oxygénation du sang. Dans ces appareils, le tube conducteur de l'air a non pas seulement le diamètre de la glotte, mais celui de la trachée artère, et cela me paraît suffisant, malgré l'argument de M. Cazeaux. Je ne sache pas que la bouche nous ait été donnée pour respirer, mais bien pour manger. Un appareil sauvegarde assurément la respiration.

Un second argument en faveur des appareils, c'est qu'ils ont été les instruments d'éducation des chirurgiens, qui ont cru pouvoir s'en affranchir depuis; encore y reviennent-ils quand il s'agit d'éclairer certaines questions, témoin les expériences de M. Nélaton sur l'éthérisation dans l'ivresse.

Un troisième fait en faveur des appareils est celui-ci : l'extrême rareté des cas de décès quand on s'est servi d'un appareil pour l'éthérisation. En effet, M. Roux, dans la discussion de 1849, déclarait que, à l'exception d'un seul cas, on s'était toujours servi d'une compresse ou d'un mouchoir dans les circonstances où l'on avait eu à regretter des accidents malheureux. Dans la discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie, M. Chassaignac a avancé que, sur 47 cas de mort par le chloroforme qu'il avait relevés, on s'était servi dans la très grande majorité d'éponges ou de compresses. Depuis mon argumentation, vous avez vu venir à cette tribune les premiers chirurgiens de notre époque, et chacun nous a dit ses frayeurs, parmi ceux qui se servent de la compresse ou de l'éponge, M. Jobert, M. Nélaton, M. Velpeau lui-même. Un chirurgien anglais, qui a administré plus de dix mille fois le chloroforme avec des appareils, n'a jamais eu d'accidents. Je ne pouvais pas ne pas apporter ces faits avant la clôture de la discussion.

Quant à la question du dosage, un mot encore. Le dosage est absolu ou relatif; le dosage absolu est inutile peut-être, parce que le chloroforme est très variable dans ses effets selon les individus; mais le dosage relatif, c'est-à-dire la proportion dans laquelle le chloroforme doit être mélangé à l'air est très important.

Plusieurs propositions ont été apportées à cette tribune. Celle de M. Cloquet, qui est très absolue; une autre de M. Cazeaux, qui préfère aux appareils proprement dits les moyens les plus simples. M Robert et moi nous préférons les appareils.

Je me résume. Si vous blâmez les appareils, vous engagez l'avenir. D'un autre côté, un trop grand nombre d'illustres chirurgiens se servent d'éponges ou de compresses pour qu'on puisse en rejeter l'usage. En appelant l'attention sur les avantages et les inconvénients de chacun des moyens employés, mon but a été rempli. Je propose à l'Académie d'adopter la proposition suivante pour clore cette discussion :

« Dans l'état actuel de la science, on peut se servir ou non d'appareils; le moyen d'éthérisation peut être laissé au choix du médecin ou du chirurgien. »

M. *H. Larrey*. J'aurais pu regretter que M. Devergie n'ait pas discuté quelques-unes des objections contenues dans mon travail; mais je suis heureux de lui voir présenter des conclusions aussi mitigées. Je ferai remarquer seulement que, malgré la citation faite par M. Chassaignac à la Société de chirurgie, il n'est pas fait mention, dans beaucoup d'observations, de l'espèce d'appareil dont on s'est servi.

M. *Cazeaux* abandonne ses conclusions et se rallie à celles de M. Devergie.

Il n'y a plus d'orateurs inscrits; la discussion générale est close.

M. *Robert* présente une nouvelle proposition, qui n'est pas appuyée.

M. *Malgaigne :* Pour beaucoup de raisons je n'ai pas pris la parole dans cette discussion, et je tiens formellement à déclarer que j'aurais pris la parole pour combattre la proposition de M. Devergie. La cause de la plupart des morts par le chloroforme, c'est l'asphyxie, et je ne vois pas qu'il y ait lieu de rien changer à cet égard aux conclusions adoptées par l'Académie dans sa première discussion sur l'éthérisation. Je veux parler seulement sur la dernière proposition, que M. Devergie voudrait nous voir adopter pour clore cette discussion. Je propose de ne rien voter du tout. La proposition de M. Devergie ne rend pas compte de la discussion qui vient d'avoir lieu. Je regarde, quant à moi, les appareils comme dangereux et très dangereux. Tous les chirurgiens de l'Académie, un seul excepté, ont déclaré qu'il y avait plus de danger dans les appareils que dans la compresse ou la simple éponge. Je ne veux pas qu'il soit défendu à M. Robert de se servir d'un appareil; l'habileté du chirurgien sauve tout. Mais entre les mains de la très grande majorité des praticiens, je le répète, il y a danger à se servir des appareils. Je demande la clôture de la discussion sans vote de l'Académie.

M. *Bussy* appuie la proposition de M. Malgaigne; le droit de recourir au procédé opératoire qui lui paraît le plus convenable est un droit que le médecin ou le chirurgien tient de son diplôme, et il est indépendant de la décision que l'Académie pourrait prendre.

M. *Velpeau :* Ce qui s'est dit ici s'est répandu au dehors, et il en est résulté des craintes dans l'esprit de beaucoup de praticiens. Cette situation des choses exige un vote de l'Académie. J'appuie la proposition de M. Devergie, qui, dans la bouche de son auteur, prend un caractère particulier de nature à rassurer complétement les chirurgiens qui ne sont pas partisans des appareils.

L'amendement de M. Malgaigne est rejeté après une épreuve et une contre-épreuve.

M. *Malgaigne :* Je propose alors un sous-amendement à la proposition de M. Devergie; après ces mots : Le choix doit ou peut être laissé, je propose d'ajouter que, Cependant il y a plus de danger avec les appareils. Tout ce qu'il y a de juges compétents ici avaient parlé dans un sens et votent dans un autre.

On laisse ainsi aux malheureux praticiens de province un choix embarrassant, dangereux même. Je n'ai pas pris part à cette discussion; j'ai même évité d'y assister, de peur de me laisser entraîner à prendre la parole. Mes vœux auraient trouvé une satisfaction suffisante dans les discours de plusieurs de nos collègues; mais je ne puis plus garder le silence lorsque je vois ceux-ci abandonner leurs discours et leurs adversaires dans cette discussion, se donner ainsi une sorte de baiser Lamourette; quand je vois un médecin légiste extrêmement distingué assurément, mais peu compétent en matière chirurgicale, venir ici nous donner des leçons, je demande qu'on vote la proposition de M. Devergie avec mon amendement, ou qu'on efface la discussion de nos procès-verbaux.

M. *Larrey* appuie la proposition de M. Malgaigne.

M. *Robert :* Je regrette que M. Malgaigne se soit abstenu, qu'il soit resté sous sa tente. Je dis que la proposition de M. Devergie résume les discours conciliants qui se sont produits dans cette discussion, et je nie qu'il y ait entre nous et nos adversaires la divergence que M. Malgaigne veut faire ressortir.

M. *Cazeaux* parle dans le même sens.

L'amendement de M. Malgaigne est mis aux voix et rejeté.

La proposition de M. Devergie est adoptée après quelques mots de M. Velpeau, et la discussion est close.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Trois nouveaux cas de peau bronzée, par MM. Gromier, C. Cowan et C. Cotton.

Ce qui nous détermine à résumer encore les nouvelles observations de *peau bronzée* qui tombent sous nos yeux, c'est cette assertion de M. Tigri, dont nous entretenions nos lecteurs il y a peu de temps (n° 23, p. 386): à savoir que la prétendue *maladie d'Addison* n'est autre chose que l'affection déjà décrite par lui, M. Tigri, sous le nom de *milza nigra* (rate noire), et caractérisée par la coloration noire de la rate, d'abord, puis du foie, puis des autres viscères et de la peau.

Le fait rapporté par M. Gromier (auquel nous nous permettrons de rappeler, en passant, que c'est la Gazette hebdomadaire, et non une autre feuille, qui a attiré la première sur cette question l'attention des médecins français), ce fait, disons-nous, a été recueilli avec beaucoup de soin et de détails; il révèle une attention et une conscience d'observateur à laquelle on peut se fier. Or, on verra, par l'extrait suivant, qu'il dépose bien plus en faveur de M. Addison que de M. Tigri.

Obs. I. — Il s'agit d'une femme de cinquante et un ans, qui avait eu des fièvres intermittentes depuis l'âge de dix ans jusqu'à quinze ans. Les règles parurent à dix-huit ans, puis cessèrent jusqu'à vingt-deux. Dans cet intervalle, étant à l'hôpital, elle présenta tout à coup la *coloration bronzée*, avec malaise épigastrique. Cette coloration disparut au bout de trois mois, et les règles se rétablirent. Santé excellente jusqu'à quarante-neuf ans. A cette époque, carie de la septième côte, qui persiste. Il y a dix-huit mois, perte graduelle de l'appétit et des forces; ensemble des symptômes qui caractérisent la maladie d'Addison. En même temps, on remarque une coloration noirâtre du visage et des mains. Entrée à l'hôpital le 22 juillet 1856. Il y avait depuis deux jours des accès réguliers de fièvre; sous l'influence du sulfate de quinine, les accès disparurent en cinq jours; mais la coloration de la peau augmenta et s'étendit. Bref, elle prit la couleur de la sépia ou d'une feuille de tabac sèche, et envahit presque tout le corps, uniforme à la tête, disposée par plaques irrégulières au tronc et aux membres. Le dos a conservé sa couleur ordinaire. La nigritie se remarque à la muqueuse labiale, sur la langue, sur la muqueuse labio-vulvaire. Les dents ont quelque chose de la coloration de la peau.

Après avoir passé par toute la série des symptômes propres à cette maladie et avoir présenté de la contracture et de l'insensibilité dans le membre supérieur gauche, le sujet succomba le 19 mai 1857.

A l'*autopsie*, la *rate n'offre rien de particulier*. Le *foie* est petit; il a *une coloration et une consistance cornées*. État normal des reins. Les *capsules surrénales* sont tuberculeuses. Elles contiennent une matière ayant toutes les apparences du tubercule ramolli. Les *reins* sont intacts. On ne trouve à noter dans le reste des viscères qu'une légère diffluence de la moelle cervicale, d'anciennes adhérences des plèvres et des granulations tuberculeuses au sommet des deux poumons. (*Gaz. méd. de Lyon*, n° 13; 15 juillet 1857.)

M. Tigri s'appuiera peut-être, pour défendre sa théorie, sur l'existence de fièvres intermittentes lors de la première apparition de taches cutanées, et sur le retour de ces fièvres coïncidant avec le retour de la nigritie. Mais cela n'empêche pas que la rate n'ait été saine, que le foie ne l'ait été également, ou du moins n'ait été exempt de coloration noirâtre; deux circonstances qui ne s'accordent pas avec les assertions de notre savant confrère. Tout ce qu'on peut conclure de la coïncidence d'accès de fièvre, c'est que de tels accès peuvent faire partie de la symptomatologie de la maladie d'Addison.

L'observation de M. Cowan ne dépose pas davantage en faveur de la doctrine de M. Tigri.

Obs. II. — Julia Sayer, âgée de quatorze ans, entra dans le service de M. Cowan le 31 mars 1857. Émaciation graduelle et vomissements fréquents depuis trois ans environ. On avait remarqué que les ongles des mains noircissaient. Les symptômes généraux s'aggravèrent à l'hôpital, et bientôt on vit se former une foule de petites taches brunes sur la poitrine et les membres inférieurs. Ce phénomène devint même le sujet de conversations entre les gardes-malades. La mort survint au milieu d'une prostration excessive, que M. Cowan compare à celle que produit l'empoisonnement arsenical.

Autopsie. — État sain de la *rate*, du *foie*, des reins, du tube gastro-intestinal et de l'encéphale. Petit dépôt tuberculeux au sommet d'un poumon, insuffisant pour avoir causé la mort. Les *deux* capsules surrénales sont presque entièrement désorganisées et transformées en une masse de matière jaune, caséeuse, traversée par des bandes étroites de substance rouge. Le dépôt jaune avait par places la consistance du fromage de Gruyère, et dans d'autres celle d'une crème épaisse. A l'extrémité de la capsule gauche se voyait une cavité de la largeur d'un shilling, pleine d'une matière jaune demi-fluide. Sous le microscope, le tissu des capsules laissait voir de petites cellules irrégulières, de différentes grandeurs, quelques-unes avec deux noyaux ou davantage, de la matière granuleuse libre et des globules huileux. La partie la plus fluide contenait beaucoup de graisse. (*British Medical Journal*, n° 25, 20 juin 1857.)

Quant à l'observation de M. Cotton (*Medical Times and Gaz.*, n° 367, 11 juillet 1857), elle ne peut servir à l'examen des propositions de M. Tigri, parce qu'il n'y est pas question de la rate; mais le foie, au lieu de présenter la coloration noire, était plus pâle que de coutume, excepté sur le bord, où il offrait une teinte *plombée*. Quant à l'ensemble du fait, c'est un exemple de maladie d'Addison avec tous ses caractères symptomatologiques, avec la coloration de la peau, enfin avec une altération grave des deux capsules surrénales, qui étaient tuberculeuses.

Observation de leucocythémie, par le docteur de Martini.

Dans une communication faite à l'Académie médico-chirurgicale de Naples, un physiologiste distingué, le docteur A. de Martini, vient d'appeler l'attention de ses collègues sur cette affection singulière qui, depuis quelques années, a été maintes fois rencontrée en Allemagne, en Angleterre et en France, et qui est, comme on sait (voir la *Gazette hebdomadaire*, 1855 et 1856), caractérisée principalement par la production excessive des globules blancs du sang. L'observation qui sert de texte à cette communication est un exemple très régulier de leucocythémie splénique, et l'examen microscopique de quelques gouttes de sang extraites à l'aide d'une légère piqûre faite à l'un des doigts de la main, a permis de porter pendant la vie un diagnostic précis. Le malade n'avait jamais éprouvé de fièvre intermittente, et, né à Sorrente, pays où les maladies d'intoxication paludéenne s'observent très rarement, il y vivait habituellement. Cette observation ne diffère d'ailleurs en rien d'essentiel de celles du même genre qui ont été recueillies jusqu'ici. Cependant nous croyons devoir la rapporter au moins en abrégé, parce qu'elle fait voir comment la leucocythémie peut se présenter dans des climats différents, sans changer de physionomie ou revêtir tout au moins de ses attributs caractéristiques; circonstance, soit dit en passant, consacre une fois de plus son indépendance nosographique et, si l'on peut ainsi dire, son originalité, bien à tort contestée, suivant nous, par quelques médecins.

Sans aucun doute, la cachexie leucémique avait été déjà rencontrée en Italie avant la communication du docteur Martini; mais son véritable caractère y avait été méconnu, comme il l'était d'ailleurs de ce côté-ci des Alpes avant la publication des travaux de Virchow et de Bennett. Pour ne citer qu'un exemple, c'est évidemment à cette affection qu'il faut rattacher une observation recueillie en 1850, dans le grand hôpital de Florence, par le docteur L. Ghinozzi, et publié dans le *Giornale Ital. di scienze med. e nat.* (ann. II, n°s 2, 3), sous ce titre : *Purulenza di tutta la massa del sangue*. On sait que c'est également la *suppuration du sang*, ou encore une sorte d'infection ou de résorption purulente, qu'on invoquait autrefois chez nous pour se rendre compte des symptômes et des apparences nécroscopiques qui caractérisent aujourd'hui la leucocythémie.

Obs. — Giuseppe Ciccoffo, né à Sorrente, où il exerce la profession de cordonnier, est âgé de dix-huit ans; mais, à le voir, on ne lui donnerait pas plus de douze ou treize ans, tant il est peu développé. Les organes génitaux sont pour ainsi dire rudimentaires. Il offre tous les traits du tempérament lymphatique; mais il n'a pas eu d'engorgements ganglionnaires

jais. Jamais il n'a éprouvé de fièvres palustres. Il n'avait d'ailleurs jamais été malade, à proprement parler, lorsque, vers la fin de septembre 1855, il commença à éprouver un peu de fièvre et des douleurs dans les genoux et dans les aines. Ces douleurs cessèrent au bout d'un mois; mais Liccoffo ne cessa pas néanmoins de ressentir du malaise pendant tout l'automne, et de temps en temps il avait des accès de fièvre revenant régulièrement. En janvier 1856, sensation de poids et de douleur spontanée à la région splénique ; la rate est volumineuse. A partir de cette époque, la faiblesse va croissant de jour en jour, et il se manifeste un amaigrissement rapide. A son entrée dans le service du professeur de Renzi, il fut soumis à l'action des toniques et des préparations ferrugineuses. On dut suspendre ce traitement pendant quelques jours, à cause de l'apparition d'une diarrhée dysentérique qui céda à l'administration de l'ipécacuanha et des émulsions gommeuses. Le 9 avril, on le trouve dans l'état suivant : maigreur très prononcée ; fièvre hectique avec rémissions et exacerbations à retours irréguliers. La rate, très volumineuse, monte par en haut jusqu'au niveau de la quatrième côte, et atteint presque, par en bas, la crête iliaque. En dedans, elle s'avance jusqu'à la ligne blanche. Elle est le siége de douleurs qui se manifestent spontanément, et que la pression réveille. Le foie est également volumineux. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire appréciable ; un peu d'œdème aux malléoles; respiration un peu fréquente. L'examen stéthoscopique de la poitrine ne donne que des résultats négatifs. Il n'existe pas de signe de lésion cardiaque, et l'on ne perçoit pas de bruit de souffle soit à la base du cœur, soit dans les vaisseaux du cou. Les urines, riches en urates, ne sont pas albumineuses. Pas de sueurs ; la peau est même habituellement aride. L'appétit est excessif, la digestion facile. On tire de la pulpe des doigts de la main, à l'aide d'une aiguille, quelques gouttes de sang. Ce liquide présente une coloration lie de vin et une teinte laiteuse. A l'examen microscopique, on y remarque une prédominance très marquée des globules incolores; on rencontre sous le champ du microscope environ 35 globules blancs pour 100 globules rouges. Outre les leucocythes, on remarquait une grande quantité de corps granuleux sans noyaux apparents, et qui se dissolvaient par l'action de l'éther. Le marasme et la plupart des autres symptômes s'accroissent progressivement jusqu'au 3 mai, sans qu'il s'y adjoigne d'accidents nouveaux. Ce jour-là, vers six heures du matin, il se déclare une épistaxis abondante qui persiste pendant six heures, mais qui cède enfin à l'emploi de la glace *intus et extra*. Le 4 mai au matin, l'épistaxis se reproduit ; l'hémorrhagie est très abondante, et elle persiste jusqu'au soir. L'anémie est extrême et il y a une très grande faiblesse. Vers dix heures du soir, il se manifeste de la jactitation et un peu de délire. La mort a lieu le 5 dans la matinée.

A l'*autopsie* : Hypertrophie considérable de la rate. Par en bas, la pointe de l'organe atteint la crête iliaque ; par en haut, le diaphragme est refoulé, et le cœur a pris une direction horizontale. La rate a acquis la couleur et la consistance du foie ; la pulpe splénique est compacte et résistante. Les alvéoles veineux et la veine splénique sont remplis de caillots d'une coloration jaune verdâtre dans les couches supérieures et d'une teinte chocolat dans les couches inférieures. Hypertrophie du foie considérable. Le tissu de l'organe est plus pâle ; on n'y remarque d'ailleurs rien qui mérite d'être spécialement noté. Poumons et cœur tout à fait sains. Dans les cavités cardiaques et dans l'aorte, caillots analogues à ceux qui ont été signalés dans les veines spléniques. (*Il Filiatre sebezio*, fasc. 318, juin 1857.)

Observation d'atrophie jaune aiguë du foie, par H. ZIMMERMAN.

Nous aurons occasion de déterminer la valeur de l'atrophie du foie comme caractère anatomique de l'ictère grave ; en attendant, nous publions ci après, sans commentaire, une observation d'atrophie jaune aiguë, recueillie avec tous les détails et la précision nécessaires.

Obs. — Une jeune fille âgée de dix-sept ans, journalière, est soumise à l'observation le 17 mars 1857. Elle s'était sentie indisposée et avait éprouvé de la fièvre depuis trois semaines, lorsqu'elle entra à l'hôpital. Elle avait en outre remarqué, depuis quelques jours, une coloration jaune des yeux et du tégument externe.

Cette jeune fille paraît forte et bien constituée. Ce qui frappe surtout en elle tout d'abord, c'est son laconisme et son humeur chagrine. La teinte ictérique est très prononcée et très foncée ; il y a de la fièvre et un peu de sensibilité à la région du foie. La percussion et la palpation font reconnaître que cet organe a conservé ses dimensions normales. Le diagnostic fut posé de la manière suivante : *Icterus ex catarrho gastroduodenale*, et le traitement institué en conséquence.

L'état de la malade s'améliora bientôt : la fièvre diminua ; l'appétit et le sommeil revinrent ; les selles devinrent molles et bilieuses. Cependant l'ictère persistait. La malade, qu'on avait mise à une diète rigoureuse, demandait sans cesse à manger ; toutefois on se borna à lui accorder des potages gras.

Mais, le 4 avril, elle ingéra en cachette une grande quantité d'aliments difficiles à digérer, et son état empira tout à coup. On la trouva dans l'état suivant : céphalalgie, vertiges, bourdonnements d'oreilles. Les pupilles, dilatées, réagissent à peine sous l'influence de la lumière ; intelligence obtuse. Il y a des vomissements d'un liquide vert et tenace ; l'abdomen est distendu par des gaz ; la région du foie et celle de l'estomac sont très douloureuses. La fièvre, en même temps, est devenue plus intense ; il y a 100 pulsations par minute.

Le lendemain, les accidents s'aggravent encore. La malade a tout à fait perdu la conscience de ce qui se passe autour d'elle ; il y a des épistaxis, de la métrorrhagie, des hémorrhagies intestinales. Les vomissements persistent ; le pouls est vibrant, petit et si fréquent, qu'il est à peine possible de le compter. Les extrémités sont froides, et la peau est couverte d'une sueur visqueuse ; le météorisme a augmenté, et l'on s'aperçoit, par la percussion, que le volume du foie a diminué.

Le 6 avril, la malade succomba, après avoir rendu par le nez, la bouche, l'anus et le vagin un liquide ayant l'aspect du goudron.

Autopsie. — L'arachnoïde est légèrement opaque. La substance cérébrale est anémiée, œdémateuse. Dans le côté gauche de la poitrine, il y a environ 3 livres d'une sérosité de couleur rouge-jaune sale ; plusieurs noyaux hémoptoïques dans les poumons ; le cœur droit est enveloppé d'une épaisse couche de graisse. Le foie est remarquablement petit. C'est surtout suivant l'épaisseur qu'il a diminué de volume. Le parenchyme hépatique est flasque, facile à déchirer. On y distingue, à l'aide d'une loupe, les particularités suivantes : la plus grande partie du tissu du foie a une coloration ardoisée, ou, par places, d'un rouge-brun, et présente une texture finement lobulée. Au sein de cette substance ardoisée ou brune, on rencontre çà et là des noyaux ayant le volume d'un grain de mil, d'un pois, d'un haricot ou plus encore, où la substance hépatique se montre plus molle et plus friable, divisée en lobules plus volumineux, d'une couleur jaune clair, jaune citron ou orangée. Le poids du foie, la vésicule biliaire et son contenu y compris, ne dépasse pas une livre (civilpfund). La bile est épaisse, d'un noir vert. La rate est doublée de volume, son tissu est assez consistant. L'estomac et l'intestin présentent des traces de catarrhe aigu. Le feuillet séreux de l'intestin grêle présente une fine injection pointillée. On trouve dans l'iléum les traces d'une ulcération typhique cicatrisée.

L'*examen microscopique* du tissu du foie a été fait par le docteur Dinstl. Il a donné les résultats suivants : Dans les parties qui présentaient une coloration ardoisée ou rouge-brun, on rencontrait dans le stroma de nombreux noyaux portant des nucléoles ovales, lesquels devenaient extrêmement évidents, en même temps que les noyaux eux-mêmes prenaient des contours plus nets lorsqu'on faisait réagir l'acide acétique ou les carbonates alcalins. Il y avait en outre des granulations graisseuses isolées ou agglomérées, des corpuscules pigmentaires. Dans les parties jaunes, les cellules hépatiques étaient rares, crénelées, déformées ; il y avait de nombreux noyaux portant des nucléoles, des granules graisseux isolés ou agglomérés, une grande quantité de corpuscules formés par le pigment biliaire ou par la matière colorante du sang et ayant alors une coloration d'un brun foncé. A peine pouvait-on rencontrer dans ces parties jaunes quelques cellules bien conformées et ayant conservé leur forme polygonale ; et encore étaient-elles, pour la plupart, infiltrées et recouvertes de pigment biliaire, et contenaient-elles des granules graisseux. (*Wiener Medizinische Wochenschrift.*, 1857, 16 mai, n° 20.)

Version inopinée par manœuvre externe, par M. FAVENNE, médecin à Leschelles.

A un moment où l'attention est appelée de divers côtés sur la version par des manœuvres extérieures, l'observation suivante offre à la fois une curiosité rare et un intérêt de circonstance. La version s'est opérée dans des circonstances tellement insolites, que la première pensée est qu'il y a eu erreur de diagnostic. Mais les termes précis par lesquels la présentation est indiquée, et surtout l'issue du bras tout entier au dehors, ne permettent pas de douter de la présentation de l'épaule et de l'engagement d'une partie du tronc dans l'excavation du bassin. Ce n'est point dans ces conditions, on le sait, que l'on considère comme praticable la version par des manœuvres extérieures et qu'on conseille de la tenter. Mais si, à cette période avancée du travail, cette espèce de version est exceptionnellement possible, que ne doit-on espérer quand on agit de bonne heure, avant la rupture de la poche des eaux par

exemple ! Quelques personnes seront peut-être disposées à croire que le fœtus a été expulsé par l'évolution spontanée qui se serait faite, comme cela est arrivé souvent, à l'insu des témoins. Cette interprétation n'est pas admissible devant l'assertion nettement exprimée par l'observateur, qu'il a senti d'une main l'épaule fuir, et de l'autre main la tumeur de la fosse iliaque se déplacer. Ce fait prouve la possibilité de la version spontanée lorsque les parties sont déjà profondément engagées, comme pour l'évolution spontanée.

Obs. — Je fus appelé, dans la nuit du 5 au 6 mars 1855, pour donner mes soins à madame Jamart (de Binronfosse), qui était en travail d'enfantement depuis quarante-huit heures. Cette femme est âgée de quarante-six ans ; elle est grande, forte, brune, bien conformée, et mère déjà de sept enfants. Un confrère était près d'elle. Il m'annonça, à mon arrivée, que nous avions affaire à une couche contre nature. En effet, le bras gauche, dépouillé de son épiderme, maculé d'ecchymoses noires, pendait flasque entre les cuisses ; le cordon était en outre rompu. Tous ces indices m'expliquaient surabondamment les efforts inouïs qu'on avait dû faire pour amener l'enfant dans cette position. A en juger par ce que je voyais, la mort de l'enfant remontait au moins à vingt-quatre heures.

Après avoir reconnu la deuxième position de l'épaule gauche (céphalo-iliaque droite), je me mis en devoir d'opérer la version ; mais la vulve était extrêmement gonflée et douloureuse, et l'introduction de la main était très pénible pour la femme et pour l'opérateur. La matrice était tellement contractée, qu'une partie du dos de l'enfant emplissait le détroit inférieur, qui, chez cette femme très bien conformée, offrait une largeur, des dimensions peu communes. Les douleurs expulsives étaient presque incessantes ; je ne pouvais refouler ni l'épaule, ni le tronc, encore moins aller chercher les pieds. Plusieurs tentatives étaient restées infructueuses. Épuisé de fatigue, je désespérais de réussir, lorsqu'en faisant un dernier effort, je plaçai instinctivement la main inoccupée sur la tumeur de l'hypochondre droit comme pour la repousser et y prendre un point d'appui. Je ne fus pas peu surpris de sentir qu'elle fuyait et que l'épaule herniée se relevait. Le courage me revint. Tandis que je reprenais haleine pour achever l'œuvre si bien commencée, il survint sans délai une puissante contraction. La patiente s'écria que l'enfant passait : une tumeur rouge, ovoïde, se présentait à la vulve et en écartait fortement les lèvres ; je reconnus une présentation des lombes. D'une main je la soutins et je cherchai en même temps à la repousser vers la cavité cotyloïde droite, tandis que de l'autre je refoulai vers l'ombilic de la mère l'extrémité céphalique de l'enfant. Ma manœuvre fut couronnée de succès : je pus bientôt terminer l'accouchement par les fesses. L'enfant était énorme. La mère a eu depuis, je crois, un autre accouchement. (*L'Abeille médicale*, n° 19, 5 juillet 1857.)

Résultats fâcheux des mariages entre consanguins, par le docteur Bemiss.

On rapprochera avec intérêt les données statistiques qui suivent des remarques que la Gazette hebdomadaire a déjà présentées sur le danger des mariages consanguins (1856, p. 883 et 914).

M. Bemiss est parvenu, après avoir vaincu bien des difficultés, à recueillir d'exacts renseignements relativement aux résultats de 34 mariages consanguins. De ces 34 mariages, 28 ont eu lieu entre cousins au premier degré, c'est-à-dire entre parents au troisième degré suivant la loi civile, et 6 entre cousins au deuxième degré, parents au quatrième degré suivant la loi. Sur les 34 exemples qui forment la base du travail, 7 fois l'union a été stérile, 27 fois elle a été féconde. Les 27 mariages féconds ont produit 191 enfants. Le sexe des enfants n'a pu être déterminé que relativement à 13 unions, lesquelles ont donné 49 garçons et 42 filles.

Sur les 28 mariages entre parents au troisième degré, 23 ont été féconds et 5 stériles, et sur les 6 mariages entre parents au quatrième degré, 2 ont été stériles et 4 féconds. Dans les deux derniers exemples d'infécondité, la femme était elle-même issue d'un mariage entre consanguins.

La relation entre le nombre des enfants et le nombre total des mariages est représentée par la proportion 1 : 5,6. Chaque union féconde a donné en moyenne 7 enfants et une légère fraction.

Pour les mariages entre parents au troisième degré, le nombre des enfants produits est représenté par 6,87 ; il est représenté par 8 1/2 pour les mariages entre parents au quatrième [...]

Sur les 192 enfants issus de tous ces mariages, 58 sont [...] peu de temps après la naissance. Dans 24 cas la cause de [...] a été indiquée : 15 fois la phthisie a été invoquée, 8 fois des [...] tions spasmodiques, et 1 fois l'hydrocéphale.

Sur les 134 enfants qui sont parvenus à l'âge adulte, il [...] 46 qui sont d'une bonne constitution et bien portants ; 32 [...] diqués comme étant mal constitués et habituellement mal portants, mais sans détails particuliers sur leur état. Il en est 9 sur le [...] desquels on n'a pu obtenir aucun renseignement. Quant [...] autres, ils sont tous mal conformés ou atteints de maladies [...] moins graves : 23 d'entre eux sont scrofuleux, 4 épileptiques, [...] nés, 2 muets, 4 idiots, 2 aveugles, 2 difformes (?), 5 atteints d'[...] binisme, 6 ont la vue faible, 1 enfin est atteint de chorée. (*[...] American Medico-Chirurgical Review*, janvier 1857, p. 97.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Half-Yearly Abstract of the Medical Sciences, [...] W.-H. Ranking, médecin de l'hôpital de Norfolk-et-N[...] et C.-B. Radcliffe, professeur de matière médicale à [...] tal de Westminster. Vol. XVII à XXV. Grand in-12. L[...] chez Churchill, New-Burlington-Street.

Du volume XVII au volume XXV ! C'est le compte de [...] généreux éditeur de Londres a bien voulu nous envoyer d[...] naissance de la Gazette hebdomadaire ; c'est le total des [...] semestriels qu'éveillent en nous ces gracieusetés successives [...] quelles nous répondons pour la première fois. Négligence [...] plus coupable de notre part, que cette publication réalise [...] douze ans une pensée dont nous avions souhaité, depuis un [...] bien plus long, de voir prendre l'initiative dans notre pays [...] initiative a été prise assez récemment, mais poursuivie sur de [...] petites proportions pour atteindre le but proposé. Ira-t-on plus [...] Nous ne savons. Il est des *desiderata* scientifiques sur lesquels [...] bon de consulter les éditeurs avant de se mettre en frais de [...] Ces indispensables et expérimentés auxiliaires de l'écrivain savent souvent mieux que celui-ci, le temps qu'il fait dans l'atmosphère [...] la science, d'où vient le vent qui souffle aujourd'hui, et si le [...] de chaleur par lequel une idée a germé lui permettra de [...] de porter des fruits. Par fruits, il faut entendre ici quelque [...] comme la pomme des Hespérides, ou, en termes plus clairs, [...] cédant des recettes sur les dépenses. Or, notre idée n'a jamais [...] sourire aux éditeurs de Paris : c'est donc qu'elle ne vaut rien [...] cette latitude ; mais on aime à la voir prospérer ailleurs, [...] gleterre, dans le recueil que nous annonçons ; en Allemagne [...] deux grandes publications d'origine ancienne, le *Schmidt['s Jahr]bücher für die gesammte Medizin*, et *Canstatt, Jahresbericht [über] die Fortschritte in der gesammten Medizin.*

La Half-Yearly Abstract paraît, comme l'indique le titre, [tous] les six mois, en un volume grand in-12, d'environ 400 pages, [qui] en raison de la petitesse du caractère, équivaut à un de nos [...] volumes in-8. Ce petit texte est, on le sait, dans les habitudes [de] la presse anglaise. Chez nous, nous n'en conseillerions pas l'ad[op]tion. Y a-t-il plus de myopes, plus d'yeux fatigués en France qu'[en] Angleterre ou en Amérique ? C'est une question qu'on serait [au]risé à poser, rien que par la différence des goûts en matière d'impression. Et cette différence est générale : elle s'étend à [tous] les genres de publication, sauf peut-être aux ouvrages ex pr[...] Si, par exemple, un journal de médecine français était imprimé [à la] façon de The Lancet ou du Medical Times, il serait a[...] n'avoir que des abonnés d'une extrême jeunesse ; à trente ans [...] le quitterait pour ménager sa vue. Ce serait pis pour les journaux politiques. Un citoyen français y regarderait à deux fois, avant seulement de déplier une sorte de serviette imprimée, comme [...]

MORNING-POST, ou un drap de lit, comme le NEW-YORK WEEKLY TIMES.

Le but du recueil est d'offrir le tableau abrégé de tous les travaux de quelque valeur qui se produisent dans le domaine des sciences médicales. Il y avait deux manières de comprendre une pareille tâche. On pouvait, sous des titres généraux, rapprocher et fondre dans un même compte rendu, dans une même appréciation, tous les travaux susceptibles d'être rattachés à un même objet. Par exemple, on eût passé en revue dans un seul article tout ce qui aurait été publié sur la pleurésie, sur la pneumonie, sur les hernies, sur les fractures, etc., en groupant les recherches suivant qu'elles auraient eu trait plus spécialement à l'étiologie, au diagnostic, au traitement. Ou bien on pouvait tout simplement analyser séparément, et chacun pour son propre compte, les travaux jugés les plus importants, et rapprocher ces analyses, encore suivant les matières dont elles traiteraient, mais les rapprocher seulement au sens topographique, c'est-à-dire faire un groupe de toutes les analyses relatives aux maladies du système nerveux, un autre des analyses concernant la pathologie des organes respiratoires, et ainsi de suite. C'est ce dernier mode qu'ont adopté MM. Ranking et Radcliffe, et nous croyons qu'ils ont bien fait. L'autre mode est sans doute plus relevé, mais d'une exécution extrêmement difficile ; de plus, un résumé constamment analogique, dont le rapprochement des vues eût été le caractère dominant, ne se serait pas prêté à l'exposé du détail, au narré minutieux des investigations, des expériences, aux citations textuelles, enfin à tout ce qui permet de représenter dans une analyse le vrai fond, la vraie physionomie d'un travail. Et puis, un compte rendu ainsi fait, possible une première fois, une seconde fois, fût devenu de plus en plus embarrassant dans chaque nouveau volume. Au contraire, des analyses pures et simples des travaux, analogues à celles qui constituent nos *Revues de journaux*, permettent d'être exacts et complets à beaucoup moins de frais ; elles ne s'opposent pas, d'ailleurs, à ce qu'on fasse ressortir, quand il y a lieu, les analogies ou les oppositions tranchées qui peuvent exister entre des travaux du même ordre.

Chaque volume est divisé en quatre parties relatives : la première à la *médecine*, la seconde à la *chirurgie*, la troisième à l'*obstétrique* et aux *maladies des femmes et des enfants*, la quatrième aux *progrès accomplis* (pendant les derniers six mois) *dans les différentes branches des sciences médicales*.

La première partie comprend : premièrement, sous le titre de *Questions générales de médecine*, l'hygiène, les maladies aiguës et les maladies chroniques ; secondement, sous le titre de *Questions spéciales de médecine*, les affections du système nerveux, celles du système respiratoire, du système circulatoire, du système alimentaire, du système génito-urinaire et du système cutané. La partie chirurgicale se subdivise également en *Questions générales* et *Questions spéciales*. Dans la première catégorie sont rangés l'inflammation, les tumeurs, les plaies et abcès, les maladies des vaisseaux, les maladies des os et des jointures, les effets des anesthésiques, certaines considérations générales sur les opérations, etc. La seconde catégorie traite successivement des affections de la tête, du cou, de la poitrine, de l'abdomen, du bassin et des membres. On comprend, du reste, que les deux premières parties ne se composent pas nécessairement, dans tous les volumes, du même nombre de chapitres, attendu que tous les semestres n'apportent pas un butin égal, ni également partagé. Des variations ont lieu surtout à l'égard de ce que les auteurs appellent les *Questions générales;* et, sur ce point, il est bon de faire remarquer qu'ils ne traitent pas seulement, sous cette rubrique, de *Vues générales* sur diverses questions de médecine, comme seraient des vues sur les caractères de l'inflammation, mais souvent de vues très spéciales sur des affections réputées générales : par exemple, de l'influence de tel remède sur le choléra, ou des altérations que subit l'urine dans le typhus. Quoique peut-être cette distribution ne soit pas la plus naturelle, elle est suffisamment commode dans un ouvrage de compilation, surtout dans un ouvrage périodique, dont l'arrangement, une fois connu, sert de guide indéfiniment pour tous les volumes.

La troisième partie traite, en trois chapitres distincts, de la grossesse et de l'accouchement, des maladies des femmes et des maladies des enfants, sans établir de distinction entre les questions générales et les questions spéciales. Enfin dans la quatrième partie se trouvent exposés, en cinq chapitres, les progrès de la science relativement, 1° à la pathologie interne ; 2° à la pathologie externe ; 3° à l'obstétrique et aux maladies des femmes et des enfants ; 4° à la matière médicale et à la thérapeutique ; 5° à la médecine mentale. Ce dernier chapitre fait défaut dans la plupart des volumes. On se demande tout d'abord pourquoi cette quatrième partie ; pourquoi les analyses dont elle se compose ne sont pas fondues dans celles qui forment les parties médicale, chirurgicale, obstétricale, de l'ouvrage ; on se demande pourquoi la thérapeutique fournit ici un chapitre à part, tandis qu'elle était ailleurs mêlée aux questions générales et spéciales de pathologie. Les auteurs avertissent, dans un *Avant-propos*, qu'ils ont voulu rassembler les « principales additions faites à chaque département des sciences médicales. » Mais c'est, ce nous semble, infirmer d'avance la valeur des travaux analysés ailleurs, lesquels ont ainsi l'air de ne contribuer en rien à l'avancement de la science. Et ce partage se justifie d'autant moins que la notice reconnaît qu'on a fait entrer dans l'exposé des *progrès* certains faits et certaines doctrines qui, « sans être précisément neufs, peuvent être considérés comme pratiquement utiles. » Ajoutez que cette partie est composée, comme les autres, d'analyses successives, sans lien réciproque, et non d'un travail d'ensemble. A notre avis, il eût mieux valu ranger toutes les analyses sous les titres des trois premières parties de l'ouvrage, et terminer par une conclusion générale, par un coup d'œil rétrospectif sur les travaux du semestre, où l'on eût pu, si on l'eût désiré, apprécier distinctement les acquisitions de la science en pathologie, en obstétrique, en thérapeutique, etc.

Hâtons-nous de dire que, quoi qu'on puisse penser de l'ordre adopté par les auteurs, les embarras et les recherches disparaissent devant un *Index* placé à la fin du volume. C'est une table alphabétique où le titre de chaque travail est rappelé en deux endroits : au nom de l'auteur, et au mot qui rappelle le mieux l'objet même de son travail. Pour citer un exemple, l'analyse des recherches de M. Bouchardat sur l'iodoforme se trouve indiqué au mot *Bouchardat* et au mot *iodoforme*. En outre, de temps à autre, un *Index général*, également alphabétique, rappelle et classe le contenu de plusieurs volumes. Le dernier paru s'étendait du 15e au 22e volume inclusivement.

Pour l'accomplissement de cette œuvre si utile, MM. Ranking et Radcliffe puisent dans environ cinquante journaux de médecine, parmi lesquels la Grande-Bretagne figure pour une vingtaine ; la France pour quatorze ou quinze ; l'Allemagne pour une dizaine. A cet égard, il est un éloge que nous tenons d'autant plus à leur décerner qu'il n'est pas mérité pour tous les rédacteurs de publications périodiques, à Paris comme ailleurs : c'est d'apporter une conscience scrupuleuse dans l'indication des sources auxquelles ils vont puiser. Si, n'ayant pas sous les yeux le travail original, ils sont obligés de faire leur analyse sur une autre analyse, ils ont soin de mentionner la double source, et du travail original, et du travail analytique dont ils se sont servis. Indépendamment des journaux, ils consultent la plupart des livres de médecine récemment édités ; parfois même ils empruntent leurs articles à la partie scientifique des journaux politiques. Partout enfin où ils croient apercevoir un fait, une idée, dignes d'être enregistrés dans les annales de la science, ils les font entrer dans leur recueil. Il n'est même pas besoin pour cela que cette idée, que ce fait, soient consignés dans un mémoire ou un ouvrage *ad hoc ;* au besoin, nos auteurs les relèvent, pour ainsi dire, *à la volée*, dans un discours académique ou une leçon d'hôpital. Ainsi, on trouve consignées dans le dernier volume (*janvier-juillet* 1857) les opinions des principaux membres de l'Académie de médecine de Paris qui ont pris part à la discussion sur le traitement des kystes de l'ovaire. C'est, en effet, avec le regard toujours ouvert et toujours en quête qu'il faut aller à cette sorte de chasse, qui n'est pas heureuse si le gibier n'est pris en entier.

La manière de nos confrères anglais est presque exclusivement analytique. On voit qu'ils se préoccupent surtout de rendre le plus

fidèlement possible la pensée des auteurs. Quand un travail se résume lui-même dans quelque passage expressif, ils se bornent à copier textuellement. Si une figure est indispensable à l'intelligence du texte, ils n'hésitent pas à la reproduire. On peut donc compter sur l'exactitude et sur la clarté de leurs résumés. Nous n'exprimons que deux *desiderata*. Le premier, c'est que la critique entre dans l'œuvre pour une plus forte part ; le praticien a besoin d'être guidé autant que d'être instruit, et on ne lui rend service qu'à moitié si, en lui montrant une route nouvellement ouverte, on ne lui dit pas (quand on le peut) s'il est bon ou s'il est mauvais de s'y engager. Notre second *desideratum* porte sur l'étendue du recueil. Deux volumes de ce format et de cette grosseur ne nous paraissent pas suffisants pour présenter un tableau bien complet du mouvement scientifique d'une année. De là la nécessité, ou de faire un choix trop restreint parmi les travaux, ou de trop accourcir les analyses. Nous verrions donc avec grand plaisir une ou deux centaines de pages ajoutées à chaque volume, si même il ne serait pas à propos de transformer le *Half Yearly* en *Quarterly*.

Mais un autre plaisir, plus vif que celui-ci, et que nous tenons à rappeler en finissant, serait de voir le présent article décider quelque éditeur et quelque médecin à tenter sur une échelle suffisamment grande une imitation de l'œuvre anglaise.

A. DECHAMBRE.

VII.

VARIÉTÉS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Le bureau, pour l'année 1857-1858, est ainsi composé :

MM. Baillarger, *président ;* Cerise, *vice-président ;* Brierre de Boismont, *secrétaire général ;* Loiseau, *secrétaire particulier ;* Brochin, *trésorier*. — MM. Delasiauve, Trelat, Michéa, *membres du comité de rédaction*.

— L'Académie royale de médecine de Turin, dans sa séance du 19 juin, vient de nommer M. Brierre de Boismont membre correspondant.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Juillet. Hydropisie périodique de l'ovaire, par *M. Huss*. — Gangrène curable du poumon, par *Lasègue*. — Sur l'anus artificiel, par *Friedberg*. — Sur les ulcérations du larynx et de la trachée, par *Toulmouche*.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 30 juin. Orthopédie de la main (suite). — Action emménagogue de la millefeuille, par *Ronzier-Joly*.

ÉCHO MÉDICAL DE PARIS. — T. Ier, n° 25. Relation médico-chirurgicale (suite). — 26. *Idem*. — Fièvres en Algérie (suite). — 27. *Idem*.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — N° 26. Deuxième mémoire sur l'altération des plaques de Peyer (suite). — Du trois quarts pneumatique dans la thoracentèse, par *Péraire*. — 27. Altération des plaques de Peyer (suite). — Paralysies dynamiques, par *Macario*. — 28. Anatomie pathologique du foie dans l'ictère grave, par *Robin*. — Propriétés thérapeutiques du sulfate double de morphine et de strychnine, par *Luppi*. — Rétrécissement de l'urèthre ; bougies en baleine, par *Phillips*.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE. — 1857. Juillet. Cristallin dans la série animale, par *Valenciennes* et *Fremy*. — Préparation de l'iodure de chlorure mercureux, par *Gobley*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 30 juin. Observations cliniques faites dans les salles de respiration de Pierrefonds, par *Sales-Girons*. — Leçons sur la scrofule, par *Bazin*.

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. 1857. — Mai. Sur les animaux pris de chaleur, par *H. Bouley*. — Cas de rages sur deux vaches et un bœuf ; vêlage d'une vache ; rage chez le veau, par *Canillac*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 11. Unicité de la syphilis, par *Rodet*. — Diathèses (suite), par *Teissier*. — 12. Formation du sucre dans l'organisme ; expériences, par *Rollet*. — Thérapeutique de la blennorrhagie, par *Diday*. — Instrument pour la dilatation du rétrécissement de l'urèthre, par *Bossu*. — Unicité de la syphilis, par *Rodet*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — 1857. Juin. Diagnostic de la méningite tuberculeuse, par *Rilliet* et *Barthez*. — Du débridement de l'anneau interne, par *Laforgue*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — N° 6 (Juin). Ulcère simple de l'es[illegible] perforation, par *Jeannel*. — Cas de contracture intermittente, par [illegible] — Cause d'erreur pouvant donner lieu à des accusations d'infanticide, par *[illegible] Borchard*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 12. Histoire des paralysies dynam[illegible] *Macario*. — Traité du panaris, par *Blanc*.

UNION MÉDICALE DE LA GIRONDE. — N° 6 (Juin). Trois cas d'atrophie mus[illegible] progressive, par *de Lalande*.

GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE. — N° 6 L'Algérie ; son climat, par [illegible] — Cas de rupture de la matrice dans l'accouchement, suite d'oblitération [illegible] *Miguérez*. — Accidents de la seconde dentition, par *Orange*.

ÉCHO MÉDICAL (Suisse). — 1857. N° 6 (30 juin). Compte rendu des travaux [illegible] Société de Genève, par *Rilliet*. — Pleuropneumonie contagieuse, par [illegible] — Luxation des huit petites molaires, par *Fehrlin*. — Statistique mort[illegible] canton de Genève, par *Marc d'Espine*. — Constitution de l'hiver de 1857 [illegible] châtel, par *Cornaz*.

BRITISH MEDICAL JOURNAL. — 1857. N° 26. Écoulements des femmes gross[illegible] *Harrinson*. — Sur la saignée générale, par *Wilkinson*. — 27. De la [illegible] Leicester, par *Sloane*. — Action du chloroforme, par *J. White*. — Cas [illegible] obturatrice ; opération, par *Nuttall*. — 28. Physiologie, pathologie et thér[illegible] des contractions utérines, par *Vernon*. — Système de drainage dans la [illegible] par *H. Collet*. — Fracture du crâne, par *Hancox*.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL. — Juin. Prolapsus de la langue (avec fig[illegible] *Syme*. — Sur la lèpre tuberculeuse de la Jamaïque (avec figures), par [illegible] Sur les effets de la saignée, par *T. Watson*. — Réponse à cette note, par [illegible] — Cas de tumeurs graisseuses héréditaires, par *C. Murchison*. — Ovariot[illegible] résultats, par *C. Clay*. — Deux cas d'hémorrhagie par plaies contuses de[illegible] génitales, par *Spencer*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N° 365. Ablation du cuboïde dans un ca[illegible] bot, par *H. Brodhurst*. — De la glycérine contre la phthisie, par *P. [illegible]* — Statistique sur les effets du chloroforme (suite). — 366. Deux cas d'extrac[illegible] portion de la mâchoire inférieure, par *Vesalius Pettigrew*. — Cas de rup[illegible] l'utérus gravide pendant le travail, par *H. Gramshaw*. — 369. Ablation d[illegible] (suite). — Cas de peau bronzée, par *Cotton*. — Action du merc[illegible] chez les miroitiers, par *Burton*. — Ablation sous-cutanée des corps carti[illegible] des articulations, par *Square*.

THE LANCET. — 1857. Vol. I, n° 24. Furoncle et charbon (suite). — Le ph[illegible] comme poison, par *Bingley*. — 25. Nouveau cathétérisme, par *Thomson*.

THE NORTH-AMERICAN MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW. — 1857. Mai. Influen[illegible] fluctuations électriques comme cause de maladie, par *Littell*. — Stricture [illegible] procédé d'Amussat, par *G.-R. Henry*. — Quinoïdine substituée à la quinine [illegible] fièvres, par *Graham*. — Extraction d'un crayon de plomb engagé dans la [illegible] par incision périnéale, par *Gross*. — Squirrhe du foie chez un enfant âgé [illegible] mois, par *Gross*. — Mortalité à Philadelphie, dans le premier trimestre [illegible] par *Jewell*.

THE INDIAN ANNALS OF MEDICAL SCIENCES.— Avril 1857. Clinique ophthalm[illegible] utilité de l'évacuation de l'humeur aqueuse dans certaines maladies de l'œ[illegible] risme nasal et broiement de la cataracte, par *W. Martin*. — Contribution à [illegible] mentale, par *Green*. — Deuto-iodure de mercure et exposition au soleil [illegible] du goître, par *J. Mouat*. — Sur le *surrha*, par *Maxwell*. — Emploi [illegible] du *neens* (aradirachta indica de Jussieu). — Du ver solitaire parmi les [illegible] l'Inde, par *D.-O. Hoile*. — Traitement des ulcères phagédéniques par [illegible] par *Sutherland*. — Sur les fièvres indiennes, par *Scriven*. — Sur la [illegible] tente, par *Eyre*. — Utilité pratique de la chimie pathologique, par *Macn[illegible]*.

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — V° année, n° 106. Traitement des rétréc[illegible] organiques de l'urèthre, par *Barbosa*. — Clinique. — 107. Traitement des [illegible] cissements de l'urèthre (suite). — 108.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 11 (8 juin). — De la coqueluche par *Benavente*.

LA ESPANA MEDICA. — N° 47. Sur la préparation du sparadrap, par *Cas[illegible]* — 48. — 49. — 50. — 51. Épilepsie remplacée par la fièvre intermittente [illegible] tard, entéralgie chronique, par *Sanchez y Rubio*. — 52. Sur les jours critiques, par *Garcia Lopez*.

Livres.

DE L'AMIDON DU MARRON D'INDE et des fécules amylacées d'autres substances vég[illegible]tales non alimentaires aux points de vue économique, chimique, agricole et [illegible]nique, par *Ad. Thibierge*. Deuxième édition. 1857, 1 volume in-18 avec pl[illegible] gravées. Paris, Victor Masson. 2 fr. 5[illegible]

DER HYDROSTATISCHE APPARAT IN DER CHIRURGIE (L'appareil hydrostatique da[illegible] chirurgie), par *J. Neudörfer*. Vienne, chez Gerold et fils. 2 fr. [illegible]

UEBER DIE VERÆNDERUNGEN DER GEWEBE DURCH BRAND (Sur les modifications [illegible] tissus par la gangrène), par *H. Demme*. In-8. Francfort, chez Meidinger [illegible]

UNTERSUCHUNGEN ZUR NATURLEHRE DES MENSCHEN UND DER THIERE (Rech[illegible] sur l'histoire naturelle de l'homme et des animaux), par *J. Moleschott*, [illegible] 1er fasc. In-8. Francfort, chez Meidinger. Prix des tomes Ier et IIe. 24 [illegible]

THE HALF-YEARLY ABSTRACT OF THE MEDICAL SCIENCES. Vol. XXVII, Janvier [illegible] Juin 1857. In-18 de 366 cart. Londres, J. Churchill.

THIRTIETH ANNUAL REPORT OF THE DIRECTORS OF JAMES MURRAY'S ROYAL AS[illegible] FOR LUNATICS, NEAR PERTH. June, 1857. Perth.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 7 AOUT 1857. — N° 32.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par décret en date du 31 juillet 1857, rendu sur la proposition de S. Exc. M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. PLANCHON (Jules-Émile), docteur ès sciences naturelles, a été nommé professeur titulaire de botanique à la Faculté des sciences de Montpellier.

— Par arrêté de S. Exc. M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 1er août 1857, MM. ROBIQUET, FIGUIER et REVEIL, agrégés de la section des sciences physiques (physique, chimie et toxicologie) près l'École supérieure de pharmacie de Paris, dont le temps d'exercice expire à la fin de la présente année, sont maintenus pour un an dans leurs fonctions, à partir du 1er janvier 1858.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 1er au 23 juillet 1857.

122. COLLIN, Charles-Alfred, né à Bourmont (Haute-Marne). [*Considérations sur la scrofule.*]

123. TOUTAIN, Mathieu, né à Elbeuf (Seine-Inférieure). [*De l'emploi du chloroforme dans le traitement de l'éclampsie des femmes en couches.*]

124. DUMAS, Jean, né à Cette (Hérault). [*De l'embryotomie et de l'opération césarienne comparées. Description d'un nouveau céphalotribe.*]

125. BONDET, Marie-Hubert-Adrien, né à Coligny (Ain). [*Du chlorure de sodium considéré au point de vue médical.*]

126. VINCENT, Henri, né à Vouziers (Ardennes). [*Recherches sur la nature et les causes des affections utérines.*]

127. BÉVALET, Lucien-François-Louis, né à Poligny (Jura). [*Du spina bifida.*]

128. PINGAT, Pierre-Joseph-Camille, né à Dijon (Côte-d'Or). [*Du catarrhe chronique de la vessie et de son traitement.*]

129. MERCIER, Jean-Baptiste, né à Bischwiller (Haut-Rhin). [*Des convulsions chez les enfants.*]

130. PIEDNOEL, Joseph-Irénée, né à Rouen (Seine-Inférieure). [*Des ulcères des fosses nasales.*]

131. BALS, Antoine-Charles-Jules, né à Paris (Seine). [*Des signes de la grossesse utérine simple.*]

132. GUILLEMIN, Pierre-Maurice-Théodore, né à Sainte-Ménéhould (Marne). [*Des causes de l'avortement.*]

133. GALLARDO, Manuel, né à San-Salvador (Guatemala). [*De l'hématocèle péri-utérine.*]

FEUILLETON.

Société médico-psychologique : ses phases, ses travaux.

I. — D'UNE FORME MAL DÉCRITE DU DÉLIRE CONSÉCUTIF A L'ÉPILEPSIE.

« Quand plusieurs, a dit Jésus-Christ, seront réunis en mon nom, je serai au milieu d'eux. » On a craint longtemps les associations ; mais, dans le cercle de la charité et de la science, l'expérience a prouvé l'injustice de cette prévention. Le divin Maître ne pouvait mentir : il n'a point failli aux hommes de bonne volonté. La Société médico-psychologique en est un saillant exemple ; des intentions pures, une ardeur féconde, animent ses membres, et les glorieuses étapes déjà parcourues témoignent à l'avance de tout l'éclat promis à son avenir.

En voyant surgir de tous côtés des sociétés scientifiques spéciales, on comprend combien ces créations doivent servir à la découverte et à la propagation des vérités. Il est des questions jugées sans retour. Par le rôle ostensible des académies, chacun apprécie, sur beaucoup de points, leur radicale insuffisance. D'une part, leurs sections les plus importantes n'ont qu'un nombre illusoire de représentants ; d'autre part, la diversité et l'étendue des thèmes qu'on y discute tiennent en dehors certains sujets ou ne leur font accorder qu'une place accidentelle. Les académies, par suite, ne répondent qu'imparfaitement à l'essence de leur mission. La routine s'y éternise, et le progrès n'y pénètre qu'avec lenteur.

Une société particulière et spéciale, au contraire, groupe sans limites, toutes les activités, toutes les émulations, toutes les compétences. Pas de question qui n'y soit embrassée, suivie, débattue. Le combat sérieux et tenace des opinions, en leur donnant de l'ampleur, du souffle et de l'indépendance, prête aux décisions une autorité incontestée. Il les enrichit, les illumine et les affermit.

Ces conditions sont avantageuses à toutes les branches de la médecine, mais plus encore à la science mentale, à laquelle beau-

134. Marchal, Eugène, né à Boulay (Moselle). [*Des épanchements dans l'articulation du genou.*]

135. Bottaro, Thomas, né à Syra (Grèce). [*Diagnostic différentiel des tumeurs de la glande testiculaire.*]

136. Lacroze, Pierre-Ernest, né à Paris (Seine). [*De la paralysie des nerfs moteurs oculaires communs et moteurs oculaires externes.*]

137. Mathieu, Pierre-Guillaume-Oscar, né à Saint-Chely (Lozère). [*De l'état puerpéral et des soins que réclame la femme en couches.*]

138. Phelipeau, Valère-Gustave-Jacques, né à Vouvant (Vendée). [*Du sclérème des nouveau-nés et de son traitement.*]

139. Berville, Esprit-Ange-Nathaël, né à Cayenne (Guyane française). [*Remarques sur les maladies du Sénégal.*]

140. Favenc, Jean-Pierre-Émilien, né à Montauban (Tarn-et-Garonne). [*Étude sur l'enchondrome.*]

141. Catinaud, Jean-Baptiste-Paul-Anatole, né à Limoges (Haute-Vienne). [*De l'examen des malades.*]

142. Monot, Charles, né à Moux (Nièvre). [*Du chloroforme considéré comme agent anesthésique dans la pratique chirurgicale.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

Amette.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 6 août 1857.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS. — ANGINES MALIGNES. — VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE LA ROUGEUR DES POMMETTES. — RHUMATISME CÉRÉBRAL. — GANGRÈNE DES MEMBRES DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Depuis que nous nous sommes occupé de la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, il s'y est produit, comme d'habitude, un assez grand nombre de travaux importants, et nous avons un véritable regret de ne pas disposer de l'espace nécessaire pour leur offrir à tous une hospitalité plus ou moins large; mais nous aimons du moins à leur donner ici la place que ne prennent pas les discussions académiques, dont le retentissement appelle d'une manière plus obligatoire les soins de la critique. Nous dirons quelques mots aujourd'hui de trois mémoires de M. Gubler, d'un mémoire de M. Bourgeois (d'Étampes) et d'un rapport de M. le docteur Béhier sur ce dernier travail.

Quand régnait à Paris une épidémie assez intense d'angine maligne, nous avons eu soin, à l'occasion de communications instructives de MM. Ancelon (de Dieuze), Chaparre et Lorain, d'insister sur la convenance nosologique et clinique d'une distinction entre l'angine diphthéritique maligne et l'angine gangréneuse proprement dite (*Gaz. hebd.*, 1855, p. 305). Il nous avait toujours paru en effet que les travaux de M. Bretonneau et de ses continuateurs, s'ils avaient répandu une vive lumière sur le caractère pathologique de l'angine pelliculacée, n'avaient pas effacé de la nosologie la vraie angine gangréneuse, c'est-à-dire la mortification primitive de la muqueuse bucco-pharyngienne. Et en même temps nous sommes convaincu que, sous la même constitution médicale, dans la même localité, peuvent naître et se mêler les formes les plus diverses d'angine, depuis la simple forme inflammatoire jusqu'au sphacèle, depuis la diphthérite simple jusqu'à la diphthérite mêlée de gangrène.

C'est à cette même question que se rapporte un des mémoires de M. Gubler, qui a pour titre: *De l'angine maligne gangréneuse* (voir *Archives générales de médecine*, ... 1857), et notre confrère la résout exactement comme nous. Il nous importe de constater cet accord qui ajoute à la valeur de notre opinion. M. Gubler ne se contente pas de considérations générales; il fait mieux: il publie deux observations très propres à marquer tout à la fois l'identité de nature des deux formes, pelliculaire et gangréneuse, de l'angine, et la différence d'expression phénoménale qui oblige à les distinguer cliniquement.

La communauté de nature essentielle ressort surtout de la communauté d'origine et de l'analogie des symptômes généraux; la différence d'individualité clinique, de la dissemblance des manifestations locales. Les deux sujets ont pris le mal à la même source épidémique, c'est-à-dire, au milieu d'une épidémie d'angines; tous deux ont présenté les signes d'adynamie profonde qui sont propres aux affections septiques et se sont acheminés vers la mort par les mêmes voies. « Chez tous deux, dit l'auteur, on note, non pas seulement l'absence de réactions fébriles, mais la dépression de toutes les fonctions organiques: la digestion et la nutrition s'allanguissent; l'hématose diminue et la température s'abaisse sur le tronc comme aux extrémités; les mains, les joues, le lobule du nez, finissent par devenir froids et prennent une teinte lilas ou violacée semblable à la cyanose cholérique. En même temps les mouvements du cœur perdent de leur force et de leur fréquence; après être descendu au-dessous du chiffre normal, le pouls se ralentit encore et tombe, dans

---

coup de nos confrères demeurent, dans une certaine mesure, étrangers.

Née d'une haute nécessité scientifique, la Société médico-psychologique fut, du reste, le produit logique et inévitable du mouvement qui, commencé avec Pinel, passa par Esquirol et se caractérisa puissamment sous l'influence de cette magnifique loi de 1838, due aux inspirations et formulée sous les auspices de notre très honorable maître et collègue, M. Ferrus. Multiplier les asiles d'aliénés, leur donner une organisation forte et stable, hiérarchiser les médecins aliénistes, assurer un avenir à leur zèle en les soumettant à un avancement régulier, lier ainsi l'homme à l'œuvre, n'était-ce point préparer, en attirant à la science mentale des intelligences ardentes et des mérites dévoués, un rapprochement qu'on peut s'étonner d'avoir vu s'effectuer si vite? Tel est le sort des créations légitimes comme des idées justes. Leur application, si elle demeure libre d'entraves, acquiert instantanément une mystérieuse fécondité.

La France, il est vrai, n'eut point à cet égard les honneurs de l'initiative, bien qu'à défaut de priorité elle dût s'assurer plus tard la prééminence, en agrandissant l'œuvre dont elle n'avait posé les bases. Nos voisins, qui utilisent si promptement, à la faveur d'institutions libérales, les idées que protégent leurs mœurs, s'emparèrent avec une hâte fébrile des principes de notre loi nouvelle. La question des aliénés devint pour l'Angleterre une préoccupation nationale qui se traduisit en fait pratique, par la fondation de brillants asiles, et en progrès soutenu par l'établissement d'une commission permanente du parlement.

Nos confrères d'outre-Manche avaient, dès 1842, senti la convenance d'incorporer en une association particulière tous les médecins d'aliénés. Ces derniers, réunis des divers points du royaume, s'organisèrent en commissions qui, chacune embrassant un des côtés de la spécialité, formèrent dans l'ensemble la représentation de la science entière.

L'impulsion s'étendit à l'Amérique et à l'Allemagne; nous ne vînmes qu'en quatrième lieu. Mais une autre gloire nous attendait. Fondées en 1844, les *Annales médico-psychologiques* valaient toute

un cas, à 22, et, dans l'autre, à 18 pulsations. » Voilà les traits communs des deux affections : voici les traits différentiels. On sait que l'engorgement plus ou moins douloureux des ganglions sous-maxillaires est un des caractères les plus significatifs de l'angine diphthéritique; aussi ne faisait-il pas défaut chez le sujet dont la gorge est recouverte d'une couche pultacée, tandis que, chez l'autre, les ganglions avaient à peine augmenté de volume. De plus, et c'est une circonstance dont M. Gubler ne paraît peut-être pas tenir assez de compte dans son parallèle, l'altération s'étendait aux fosses nasales dans le premier cas, et non dans le second. Le jetage du nez et la sécrétion diphthéritique de la muqueuse nasale, sont, on le sait, l'accompagnement fréquent, parfois même les précurseurs, de l'angine couenneuse, et ne se rencontrent pas dans l'angine gangréneuse simple. Mais c'est surtout par la constitution anatomique que se distinguent ces deux affections. Dans l'une des observations rapportées par M. Gubler, l'inspection directe et l'investigation microscopique constatèrent un mélange d'exsudation plastique et de détritus gangréneux, où se reconnaissait même un faisceau musculaire strié. Dans l'autre cas, pas la moindre trace d'exsudation, mais des plaques gangréneuses sur le voile du palais, sur les piliers, sur une amygdale, sur le pharynx, survenues presque sans inflammation préalable, sans traces d'exanthème cutané, sans cette rougeur diffuse de la voûte palatine qui appartient d'ordinaire à l'angine scarlatineuse.

Dans les considérations qu'il présente à l'occasion de ces deux faits, l'auteur étend la parenté de l'angine diphthéritique au delà du degré que nous spécifions ici, et il a raison. On pourrait même aller plus loin encore en poussant à la rigueur le principe de la communauté d'origine et celui de l'analogie des manifestations locales; on pourrait, par exemple, ne pas accepter cette *barrière infranchissable* que M. Gubler veut poser entre l'angine pelliculaire et l'angine fibrineuse; car cette angine fibrineuse, on la rencontre, et nous l'avons rencontrée nous-même, en pleine épidémie d'angines malignes; et certes il est difficile de ne pas voir autant d'analogie entre deux sortes d'angines *qui sont toutes deux exsudatives* (quelle que soit la différence de composition des produits), qu'entre une angine gangréneuse et une angine diphthéritique non accompagnée de gangrène. Que si l'on invoquait la différence de gravité, on pourrait répondre que la gravité n'est pas fatalement inhérente à toutes les angines réellement diphthéritiques; témoin les nombreux succès invoqués en faveur de médications probablement insignifiantes. Mais, de quelque manière qu'on groupe ou qu'on partage les angines, il faut bien prendre garde de tout confondre sous prétexte de rapprochement, et de noyer la clinique dans la pathologie générale. Si l'on est autorisé à admettre un rapport de nature entre des affections nées sous les mêmes conditions étiologiques, il ne faut pas oublier que ces causes ont des modes variés, et que ces modes peuvent différer assez pour imprimer aux affections qui en dérivent des caractères profondément distincts. La diarrhée simple et la dysentérie, qui prennent naissance sous une même influence épidémique, n'en sont pas moins des formes inassimilables et dont les dissemblances intéressent très fort, non seulement la nosologie, mais encore la thérapeutique. A cet égard, nous sommes tout à fait de l'avis de M. Gubler. Il faut procéder comme en histoire naturelle, tenir grand compte des analogies, mais aussi des différences, sous peine de « faire pour les membranes muqueuses ce que ferait pour la peau une personne étrangère à l'art, qui ne verrait dans l'érythème, la rougeole et la scarlatine, que des rougeurs plus ou moins intenses. »

— Le second mémoire de M. Gubler est intitulé : *De la rougeur des pommettes comme signe d'inflammation pulmonaire* (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, n° 6). C'est la première fois que la valeur séméiologique de la rougeur des pommettes est l'objet d'expériences suivies et rigoureuses, et ces expériences ont eu jusqu'ici pour résultat, comme il arrive souvent, de réhabiliter une opinion ancienne. Oui, au train dont va la science et avec ce dédain de la tradition qui caractérise notre époque, Pinel est un ancien. Au temps du célèbre nosographe, personne ne doutait que la rougeur des pommettes ne fût un indice de phlegmasie pulmonaire. Cette rougeur et la douleur latérale faisaient dans le diagnostic l'office qu'a rempli depuis l'auscultation; la première décelait une pneumonie et la seconde indiquait le côté affecté. Depuis lors, on s'est presque généralement accordé à n'attribuer aucune signification à la coloration partielle des joues, les uns l'attribuant à l'influence du diabète, les autres n'en cherchant pas l'explication, mais lui refusant toute valeur en séméiologie. Voici pourtant que dans neuf observations, — confirmatives, dit l'auteur, de ce qu'il avait depuis longtemps observé sans en tenir compte, — l'œil constate une rougeur particulière, la main et le thermomètre un accroissement de température (1), sur la joue du côté correspondant à la

(1) Dans un cas, la rougeur n'accompagnait pas l'élévation de température.

---

une association. Cet admirable recueil ouvrait la lice à toutes les capacités, s'appropriait le rayonnement de toutes les lumières, et devait prendre dans la haute science un rang à peine égalé par les revues étrangères qui s'établirent à son imitation; car les études médicales, fortes en France, ont imprimé à notre science psychique un cachet exceptionnel de profondeur.

D'ailleurs, quoique plus récente, notre Société, fondée à Paris, offre, par sa constitution et son personnel varié, des éléments de succès tout spéciaux. Ses réunions sont fréquentes, suivies, animées, et accusent une grande précision de connaissances qu'à bon droit on nous envie.

Quoi qu'il en soit, la science relève d'une commune naturalisation. L'humanité n'a point égard à l'origine; elle accueille, d'où qu'ils viennent, les efforts salutaires. On avait eu en 1846 la première idée de création de la Société; en 1847, le noyau des membres se forma, et l'éclosion définitive se fût effectuée à cette époque si les événements, imprimant à la pensée publique d'autres directions, n'avaient produit un ajournement forcé.

Ce fut seulement en 1852 que la Société se trouva constituée dans son activité scientifique.

Son cadre, indiqué par son titre et déterminé par ses statuts, était élevé, vaste, immense. A quoi ne converge pas l'étude intellectuelle et morale de l'homme? La philosophie s'était trop séparée des sciences naturelles, la médecine de la philosophie. Destinées à se rencontrer sur la même route, elles devaient, sans s'absorber, se prêter des lumières mutuelles. Il pouvait paraître urgent de rendre à la psychologie et à la physiologie leur individualité native, et, suivant la très heureuse expression de M. Peisse, « de ne plus couper l'homme en deux, comme le fit Descartes, en adjugeant chaque moitié à une science distincte. »

Qui ne sait qu'en application une foule de branches s'inspirent de la double étude philosophique et médicale? La théologie n'est-elle pas la philosophie elle-même sous sa forme religieuse et mystique? Les lois et les méthodes d'éducation n'empruntent-elles pas à la même source leurs bases et leurs règles? Le régime péniten-

phlegmasie des bronches ou du poumon, soit à la phlegmasie primitive, soit à celle qui accompagne la destruction tuberculeuse ; et il y aurait une telle corrélation entre les deux ordres de phénomènes, que l'hypérémie suivrait les oscillations du mouvement fébrile, augmentant ou diminuant avec lui, et serait en général proportionnée *à la violence du travail inflammatoire.*

Les expériences paraissent avoir été faites avec une grande précision. On appliquait sur la joue la boule du thermomètre, recouverte d'une couche d'ouate, et l'on attendait que l'équilibre de chaleur entre l'instrument et la région fût établi; puis, quand on avait noté la température de la partie malade et de la partie saine, on revenait à celle-ci pour contrôler le premier résultat. Inutile d'ajouter qu'on s'est mis en garde contre l'influence du décubitus.

On sait que, d'après les recherches de M. H. Roger, et d'après celles de M. Andral, la température d'une partie, quelque exaltée qu'elle soit par l'inflammation ou par quelque autre *processus* pathologique, ne dépasse jamais la température générale, prise au creux de l'aisselle. Sur une interpellation de M. Roger, M. Gubler a répondu qu'il n'avait pas fait encore sur ce point d'expériences suffisantes; mais, dans un cas de pneumonie où il a comparé la température des pommettes à celle des régions axillaires, il a constaté, comme l'avait déjà fait M. Roger chez les enfants, que l'aisselle du côté malade était plus chaude (d'un tiers de degré seulement) que celle du côté opposé.

M. Gubler rattache naturellement la production d'une hypérémie de la joue à la théorie de M. Bernard concernant l'influence du grand sympathique sur la calorification. Suivant le médecin de l'hôpital Beaujon, l'excitation des nerfs pulmonaires irait retentir sur le centre nerveux et de là se réfléchirait sur le système nerveux de la face. Mais lui même sent tout ce qui manque encore à cette explication pour être rigoureuse, et comme ce n'est pas là quant à présent le point essentiel de la question, nous ne nous y arrêterons pas.

Quant au fait en lui-même, il a besoin, même aux yeux de l'auteur, d'être confirmé par des observations plus nombreuses. Deux points spéciaux devraient, à notre sens, attirer spécialement l'attention. Il faudrait vérifier si, comme l'affirment plusieurs auteurs, notamment Valleix, l'absence de toute coloration partielle des joues est fréquente dans la pneumonie; il faudrait aussi rechercher si la coloration plus ou moins fixe d'une seule joue, non imputable au décubitus, ne se rencontre pas dans d'autres affections fébriles que la phlegmasie des organes respiratoires, ce qui dérangerait au moins l'explication des phénomènes mentionnées ci-dessus.

(La suite prochainement.) A. Dechambre.

Appareils à eau de Seltz.

Dans sa dernière séance, la Société de chirurgie s'est occupée de certains faits qui intéressent sérieusement la santé publique. M. Morel a mis sous les yeux de la Société les débris d'un appareil à eau de Seltz qui venait d'éclater à l'hôpital de Lourcine : personne heureusement n'était présent au moment de l'explosion. Un des fragments, espèce de tube en cristal, traversa une des vitres de l'appartement, en y faisant son trou exactement comme une balle. Sans contredit, un pareil projectile tuerait une personne. La plupart des membres de la Société ont saisi cette occasion de citer des accidents pareils. Cette année, à la Pitié, dans la salle de garde, une de ces explosions a eu lieu : l'interne présent a échappé par miracle aux dangers de cette bombe de nouvelle sorte. Antérieurement, à Cochin, une sœur avait été moins heureuse; grièvement blessée à la main, elle fut près d'un mois à se guérir. A l'hôpital Necker, une religieuse eut une plaie de l'œil produite par une de ces explosions : la glace longtemps continuée put sauver l'œil, qui fut longtemps compromis. A l'hôpital Saint-Antoine, pendant la visite du chirurgien, une sorte de coup de canon éclate : c'est encore un de ces appareils qui se brise ; heureusement les éclats n'atteignent personne, mais l'un d'eux s'enfonce dans le plafond à une profondeur de 2 centimètres.

En additionnant tous les faits observés par les membres de la Société de chirurgie, ou venus à leur connaissance, on arrive à une vingtaine environ, tant en ville qu'à l'hôpital, chiffre effrayant qui réclame toute la sollicitude de l'administration.

Il faut noter que les accidents se sont produits avec tous les mélanges gazogènes possibles, non-seulement avec l'acide sulfurique tombant sur le bicarbonate de soude, mais aussi avec l'acide tartrique, avec les *cartouches* fournies par les fabricants eux-mêmes, et dont voici la composition :

Bicarbonate de soude 27 grammes.
Bisulfate de soude 20 grammes.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la nature et du traitement de la colique nerveuse endémique des pays chauds (colique sèche, colique végétale, etc.), par le docteur J.-B. Fonssagrives, médecin en chef de la marine à Cherbourg.

La colique nerveuse endémique des pays chauds, renfermée autrefois dans le domaine des études spéciales des médecins

---

tiaire n'y puise-t-il pas à la fois ses principes constitutifs, sa direction hygiénique et sa discipline ?

Si, dans une telle Société, l'élément médical, par la part qu'il prend à la guérison et ses intimes rapports avec toutes les questions où l'homme est en jeu, devait garder la prédominance, du moins laissait-il une large place aux sciences auxiliaires qui touchent à la métaphysique, à l'éducation, à la morale, à la jurisprudence, l'étude des anomalies de l'intelligence et de la sensibilité attirant à elle, avec les plus hautes données de la physiologie et de la pathologie du système nerveux, les plus graves problèmes de la science philosophique et sociale.

C'est ce que comprirent parfaitement les fondateurs. Ils invoquèrent l'appui de toutes les sommités vouées par aptitudes ou fonctions à ces préoccupations supérieures : administrateurs, jurisconsultes, éducateurs, physiologistes et philosophes. De la sorte, les questions médico-psychologiques, avant de tomber dans l'application, subissaient l'épreuve d'examens multiples éclairant chacune de leurs faces et facilitant rationnellement leur solution.

L'inauguration définitive eut lieu le 28 juin 1852. Sans décider d'un programme, on avait fait appel aux membres de bonne volonté. Personne ne s'étant trouvé prêt, nous nous sacrifiâmes, et c'est ainsi qu'échut à notre faiblesse l'honorable fortune d'ouvrir l'ère active de la Société par la lecture d'un mémoire sous ce titre : « *D'une forme mal décrite de délire consécutif à l'épilepsie.* »

Ce sujet nous paraissait digne des travaux et des discussions sévères dont il commençait la série. On a de tout temps noté les troubles psycho-cérébraux, soit aigus ou chroniques, accidentels ou durables, auxquels sont exposés les épileptiques. Chacun sait que la violence et la répétition des crises occasionnent fréquemment chez ces malades une agitation plus ou moins furieuse, des emportements, de la morosité, des dépravations instinctives, et finalement la dégradation progressive des facultés et la mort. Mais nul ne s'est attaché à déterminer, par une analyse positive, le véritable caractère et les diversités de ces conséquences morbides. Bouchet et Cazauvieilh eux-mêmes, dans le beau traité qui leur valut le prix d'Esquirol, en 1826, semblent ne s'être proposé pour

de la marine, qui, seuls, étaient à même d'observer cette affection sur son terrain, a aujourd'hui le privilége d'exciter l'attention presque au même degré que les maladies propres à nos climats; elle le doit à l'étrangeté de sa marche, à la gravité et à la physionomie caractéristique des accidents qu'elle laisse à sa suite, mais surtout à sa ressemblance symptomatologique avec la colique de plomb et aux débats qui viennent tout récemment de s'élever relativement à son étiologie. L'attention des médecins qui observent loin du théâtre habituel de cette redoutable névrose a été du reste vivement stimulée sur ce point par le grand nombre de publications dont la colique sèche a été l'objet depuis cinq ou six ans, et cette impulsion, à laquelle nous n'avons peut-être pas été complétement étranger, a donné à l'étude de cette affection une importance qui ne lui avait pas été accordée jusqu'ici. Le moment est venu, ce nous semble, maintenant que les discussions relatives à l'origine saturnine de la colique végétale sont momentanément suspendues et que les partisans de l'identité des deux affections semblent avoir compris la valeur irréfragable des arguments opposés à leur manière de voir, le moment est venu, disons-nous, de spécifier d'une manière nette, pour prévenir toute contestation ultérieure, les caractères qui distinguent la colique des pays chauds du groupe des maladies saturnines, et d'insister avec plus de détails pratiques que nous ne l'avons fait jusqu'ici, sur le traitement à opposer à une maladie que nous avons étudiée avec une prédilection toute particulière. Le mémoire publié l'année dernière dans les *Archives* par notre savant confrère M. le docteur Dutroulau (numéros de novembre 1856 et de janvier 1857), confirmant sur quelques points notre manière de voir, l'infirmant sur d'autres, appelait d'ailleurs de notre part une réponse qui, pour avoir été ajournée jusqu'à présent, ne perd cependant rien de son opportunité. Établir l'absence complète de toute influence saturnine sur la production de la colique sèche, rechercher l'étiologie probable de cette affection, et par suite en déterminer la nature; en dernier lieu, enfin, discuter à un point de vue essentiellement pratique les bases du traitement qu'il convient de lui opposer : tels sont les points principaux que nous examinerons successivement dans ce travail.

§ I. — Origine non saturnine de la colique sèche.

L'unanimité des médecins de la marine se prononce en faveur de l'opinion qui considère la colique nerveuse des pays chauds comme ayant une cause spécifiquement distincte de celle qui produit la colique saturnine. Une seule dissidence, que nous sachions, s'est produite jusqu'ici; mais elle avait sa source dans une préoccupation trop exclusive de la ressemblance symptomatologique des deux affections, dans l'importance exagérée attachée à un signe mal défini, peu significatif, le liseré gingival de Burton, facile à confondre avec le liseré bleuâtre des scorbutiques; dans des expériences enfin, qui, faites soigneusement, mais avec des ressources analytiques insuffisantes, avaient fait prendre le précipité de sulfure de fer déterminé par le sulfhydrate d'ammoniaque dans l'eau ferrugineuse des caisses de tôle pour ce sulfure de plomb qu'on y recherchait. Feu le professeur Raoul, qui avait défendu cette opinion ruineuse, y eût certainement renoncé plus tard, si le champ de ses observations s'était étendu davantage et si une mort prématurée, arrêtant presque dès son début une carrière scientifique si riche de promesses pour l'avenir, ne l'avait pas enlevé avant qu'il pût s'éclairer des arguments contradictoires qui ne tardèrent pas à être opposés à son opinion. Il avait certainement trop de tact médical, trop de sagacité clinique, pour continuer à méconnaître les différences radicales qui séparent une maladie *à marche épidémique* comme l'est la colique sèche d'un empoisonnement *fortuit et accidentel* comme l'est la colique de plomb. A part cette exception, il n'y a eu qu'une voix parmi les médecins de la marine pour soutenir la non-identité. Segond, qui a édifié sur la *névralgie du grand sympathique* une étiologie contestable, s'est efforcé du moins de prouver qu'elle ne pouvait pas être attribuée à un empoisonnement saturnin (1). Lind et son commentateur Thion de la Chaume (2), Pouppée-Desportes (3), n'ont même pas songé à réfuter l'opinion qui attribue aux deux maladies une origine commune, ce qui indique que, si elle avait été produite de leur temps, elle ne s'était du moins que médiocrement répandue. M. Tanquerel des Planches, dans l'ouvrage remarquable qu'il a publié sur les *maladies saturnines*, cédant à une préoccupation manifeste et n'ayant jamais eu d'ailleurs l'occasion d'étudier *de visu* la colique sèche des pays chauds (4), l'a englobée, comme la colique de Normandie, celle du Poitou, celle de Madrid, dans le groupe des maladies causées par le

(1) Segond, *Essai sur la névralgie du grand sympathique*. Paris.
(2) Lind, *Maladies des Européens dans les pays chauds*. Paris, 1785.
(3) Pouppée-Desportes, *Maladies de Saint-Domingue*. Paris, 1770.
(4) Tanquerel des Planches, *Traité des maladies de plomb ou saturnines*. Paris, 1839.

---

but, en étudiant les rapports de l'aliénation et du mal caduc, que la distinction anatomique des deux maladies, donnant pour siége à la première les couches périphériques du cerveau; à la seconde, ses parties centrales. Les pseudo-perceptions plus particulièrement constatées par MM. Michéa, Brierre de Boismont et Billod, sont également restées sans interprétation.

La classification dès lors n'a point franchi ses limites banales, les cas étant rapportés, suivant une vague apparence, aux formes usuelles : *Manie, démence, monomanie, lypémanie, idiotisme*.

Cependant ces types reflètent-ils exactement toutes les nuances du délire épileptique? L'agitation, entre autres, est-elle toujours de la manie, l'affaissement de la démence? Dans les cas rares réputés monomaniaques ou lypémaniaques, ne faut-il voir le plus ordinairement que des aberrations partielles ?

Il y a quelques années, dans un double écrit sur le delirium tremens, simple et suraigu, nous avions appelé l'attention sur l'état mental, pour ainsi dire pathognomonique, de cette variété ébrieuse. Le désordre intellectuel causé par l'épilepsie s'en rapproche, dans la majorité des cas du moins, par des traits essentiels. Tous deux se caractérisent par une sorte de chaos cérébral du sein duquel naissent fortuitement des impulsions aveugles, des sensations hallucinatoires, mobiles principaux, sinon exclusifs, des manifestations désordonnées. On retrouve du reste ce fonds d'engourdissement, ces pseudo-perceptions incohérentes dans une foule d'autres conditions anormales et notamment toutes les fois que, comme chez les individus soumis à l'intoxication saturnine, haschichienne, opiacée, etc., l'encéphale, opprimé par une congestion sanguine ou rendu inerte par des substances délétères, fonctionne d'une manière embarrassée, automatique. Aussi, réunissant ces faits similaires, avons-nous cru devoir les enlever aux espèces *manie*, *démence*, etc., dont le trouble des idées est le phénomène saillant pour les rattacher au genre désigné par Georget sous le nom de stupidité, et qu'à l'instar de MM. Ferrus, Étoc Demazy et Scipion Pinel, nous avons admis dans notre nomenclature des maladies mentales.

Telles sont, en ce qui concerne l'épilepsie, les circonstances in-

plomb et a considéré les assertions opposées comme dérivant d'une fausse analogie et d'une recherche incomplète des circonstances qui auraient pu produire un empoisonnement saturnin. A l'époque où M. Tanquerel des Planches publia son livre (1839), l'ouvrage de Segond sur la *névralgie du grand sympathique* venait de paraître, et la question de la non-identité y était tranchée d'une manière formelle. M. Tanquerel des Planches s'étayant de la ressemblance irrécusable de physionomie que présentent les deux affections, de la présence dans les relevés statistiques de Segond de quelques professions suspectes en fait d'émanations plombiques (un imprimeur, des chauffeurs et des mécaniciens du bateau à vapeur *la Louise*), fit pour la colique végétale ce qu'il avait fait pour la colique du Poitou et celle de Normandie, et la considéra comme dérivant de l'intoxication plombique. Toutefois il en appelait, pour la première de ces affections, à l'observation ultérieure. « Quoi qu'il en soit, disait-il, si à » Cayenne et dans d'autres contrées, il existe une maladie » particulière au pays, et non d'origine saturnine, caractérisée cependant par le développement d'accidents névralgiques du côté des voies digestives et urinaires, ainsi que » vers le système cérébro-spinal, il serait à désirer que des » médecins instruits et habitués aux études cliniques en » fissent une description exacte et détaillée d'après des observations nombreuses recueillies au lit du malade et non » à l'aide de dissertations faites dans le cabinet par des personnes qui n'ont jamais vu la colique végétale (1). » C'est là évidemment la condition indispensable de toute observation rigoureuse, M. Tanquerel a bien fait de le rappeler, mais il ignorait sans doute que c'est sur les lieux mêmes, à la Guyane, que Segond a recueilli les éléments de son livre et qu'il l'a écrit; et nous obéissons à un sentiment de justice en le défendant contre le reproche qu'il lui adresse d'avoir calqué sa description sur une thèse publiée en 1809 par un certain M. Chabaud, lequel, au dire de M. Tanquerel, « n'avait pas observé un seul cas de la colique végétale qu'il a décrite (2). » Nous ne considérons certainement pas le travail de Segond comme tout à fait irréprochable; mais au moins est-il le fruit de l'expérience de l'auteur qui le premier a été frappé de l'importance, comme caractère différentiel entre la colique sèche et la colique de plomb, du cachet épidémique que revêt la première de ces deux maladies. Si ceux qui, après lui, se sont occupés de cette affection l'avaient étudiée sur son terrain, le débat qui nous occupe serait certainement clos, et la question de la non-identité se rallierait sans aucun doute tous les esprits. Quoi qu'il en soit, l'appel de M. Tanquerel des Planches a été entendu, et, soit que les cas de colique sèche se fussent réellement multipliés dans ces dernières années, soit que l'observation en tirât mieux profit, jamais la colique sèche n'avait été aussi persévéramment étudiée, et par un aussi grand nombre de médecins de la marine, que depuis quatre ou cinq ans. Leurs travaux consignés dans des rapports de fin de campagne, dans des thèses inaugurales ou dans des mémoires, ont, comme je le disais tout à l'heure, réveillé du même coup et l'intérêt qui s'attache à cette affection étrange et redoutable à la fois, et la discussion d'origine à laquelle M. Tanquerel a le premier accordé des développements importants (1). En 1853, la question de l'identité de nature de la colique végétale et de la colique de plomb fut agitée de nouveau, et malgré l'assertion opposée des médecins de la marine, la presse médicale de Paris sembla disposée à la résoudre dans un sens affirmatif. Une discussion soulevée il y a peu de mois au sein de la Société médicale des hôpitaux accusait les mêmes doutes et la même propension à confondre les deux maladies; et elle provoqua, de la part de plusieurs médecins de la marine, de nouvelles affirmations étayées d'arguments (2). La question en est là aujourd'hui : les médecins de la marine croient à la non-identité de la colique sèche et de la colique de plomb; nos confrères de Paris, entraînés par la ressemblance symptomatologique que présentent les deux maladies, et d'un autre côté ébranlés par des arguments dont ils comprennent la valeur, n'affirment plus et attendent, pour se décider dans un sens ou dans l'autre, la production de preuves nouvelles ou la publication d'observations plus nombreuses. Nous croyons, pour notre compte, que la question peut être jugée avec les éléments dont nous disposons actuellement, et il nous paraît opportun de les condenser en quelques mots:

1° L'air et les aliments sont les deux véhicules habituels du poison saturnin. Si, dans certaines circonstances professionnelles, la peau en contact incessant avec des composés de plomb, peut en absorber des quantités que la santé et les

(1) *Op. cit.*, p. 286.
(2) *Idem*, p. 284.

(1) Voyez Lecoq, *Thèse de Paris*, 1855 ; Le Tersec, *Thèse de Montpellier*, 1855; Bories, *id.*, 1853 ; Lemarié, *id.*, 1851 ; Fonssagrives, *Archives de médecine*, 1852; Dutroulau, *id.*, 1856 ; etc., etc.
(2) Rochard, in *Union médicale*, 8 et 10 janvier 1856 ; Fonssagrives et Lecoq, in *Gaz. des hôpitaux*, n° du 12 janvier 1856.

téressantes que la lecture de notre mémoire eut pour objet de faire ressortir. Entrons dans quelques détails.

La stupeur, à différents degrés, est un état familier aux épileptiques. Point de crise qui ne laisse après elle une hébétude plus ou moins fugace ou durable. Cette torpeur peut même, envahissant le physique comme le moral, devenir habituelle : la conception est pénible, confuse, le langage obscur, la prononciation hésitante, la physionomie inexpressive, l'allure lourde.

Mais, indépendamment de cette dégradation chronique, on voit fréquemment éclater des complications accidentelles dont la gravité, quelquefois mortelle, est en raison de l'ébranlement subi par le cerveau, du degré de perturbation de la circulation locale et de la susceptibilité idiosyncrasique des individus. Tantôt les symptômes prennent la forme d'une violente *apoplexie :* la résolution générale, le coma prédominent, et il n'est pas rare qu'à ces symptômes se joigne une hémiplégie plus ou moins prononcée.

Dans d'autres cas, la congestion que, pour cette raison, j'ai appelée *méningitique*, simule la méningite aiguë par le mouvement fébrile, la chaleur du front, la sécheresse de la bouche et de la langue et l'acuité du délire.

Comme, du reste, ces variétés répondent à des modifications organiques analogues, on ne saurait s'étonner que leurs signes puissent alterner ou se confondre ; parfois aussi l'appareil phénoménal éprouve une remarquable transformation extato-cataleptique.

Chez beaucoup de malades, la folie, purement irritative et morale, parcourt, si j'ose ainsi dire, toutes les notes de la gamme maniaque, depuis l'irascibilité capricieuse, l'excitation turbulente et loquace, jusqu'à l'incohérence et la fureur les plus complètes.

Il est douteux que la monomanie, ayant presque toujours une origine psychique, soit une conséquence de l'épilepsie. La morosité, le penchant au suicide qui ont souvent fait croire à la lypémanie, n'ont que bien exceptionnellement ce cachet d'isolement et de fixité qui accuse le véritable délire partiel ; ces tendances tout instinctives sont évidemment subordonnées à une souffrance générale, à des impressions internes mal déterminées, auxquelles elles ne survivent guère.

réactifs apprécient ici, rien de semblable : les muqueuses pulmonaire et digestive seraient, dans l'hypothèse d'une origine saturnine, la seule voie ouverte au plomb qui déterminerait la colique sèche des marins. Le problème étiologique est donc simplifié d'autant. Or, il n'est aucun médecin connaissant pratiquement l'installation des navires qui puisse admettre que leurs habitants vivent au sein d'une atmosphère contaminée par le plomb.

La peinture est le bouc émissaire des chercheurs quand même d'émanations saturnines, et l'élan est si bien donné que l'on continue à l'incriminer, sans se douter que la marine a, depuis plusieurs années, bénéficié de la découverte de M. Leclaire, et que le blanc de zinc a ici, comme partout ailleurs, complétement détrôné la céruse. La colique sèche a-t-elle diminué sous l'influence de cette substitution comme elle eût dû le faire si le plomb avait été sa cause spécifique? Pas le moins du monde; elle est plus fréquente que jamais, et les ravages de cette énigmatique affection ont semblé s'accroître au fur et à mesure que les progrès de l'hygiène navale semblaient devoir les limiter davantage. Nous chercherons tout à l'heure à nous rendre compte de ce fait singulier. Au reste, si à l'époque où l'on peignait encore les navires au blanc de plomb cette peinture eût été la cause occasionnelle des épidémies de colique végétale, celles-ci eussent dû se produire de préférence à un moment rapproché de l'armement des bâtiments, ce qui n'a pas été constaté. Au contraire, c'était plusieurs mois après le départ, et alors que cette peinture si incriminée était sèche et ne trahissait plus aucune odeur, souvent même alors qu'un badigeon à la chaux l'avait définitivement remplacée, que l'on voyait la colique sèche apparaître dans les équipages. Il y a plus (et c'est là un fait que nous ne nous lasserons pas de citer à raison de sa signification et de son importance), quand, en cours de campagne, la peinture extérieure du bâtiment a été renouvelée, non-seulement nous n'avons jamais vu de cas nouveaux de colique se manifester sous cette influence, mais encore ceux de nos malades qui avaient déjà eu plusieurs atteintes consécutives ne semblaient pas s'apercevoir de cette circonstance défavorable et ne rechutaient pas. Dans ces derniers temps, on a fait remarquer avec raison que l'action toxique de l'essence de térébenthine devait être comptée pour quelque chose dans la production des accidents attribués à la peinture fraîche, et nous pensons en effet que cette essence est moins inoffensive qu'on ne le croit, mais son influence ne peut être invoquée à bord des navires pour y expliquer l'apparition de la colique sèche, puisque c'est principalement sur le pont (c'est-à-dire à ciel ouvert) que l'essence, est prodiguée, tandis que dans les batteries et le faux-pont le nettoyage quotidien n'emploie guère que le badigeon à la chaux ou un mélange de noir de fumée et d'huile de lin. D'ailleurs transportât-on l'incrimination de la céruse à l'essence, qu'il serait également impossible, dans cette hypothèse, de se rendre compte de l'*individualisation* d'effets toxiques dérivant d'une cause *générale* à laquelle personne n'échappe, et d'expliquer surtout comment l'affection ne choisit pas de préférence pour se montrer le moment où la cause à laquelle on la rapporte présente son summum d'activité.

Forcés d'abandonner ce chef d'accusation, les partisans quand même de l'intoxication saturnine se rejettent sur un terrain encore moins solide. La peinture mise en œuvre ne fournissant pas un prétexte à récrimination, on songe à celle conservée en dépôt dans la cale ou dans le magasin général pour les besoins de la consommation; mais par malheur pour la théorie et par bonheur pour la santé des équipages, cette peinture est renfermée dans des caisses de tôle hermétiquement closes, et d'ailleurs, je le répète, ce n'est plus de la céruse, c'est du blanc de zinc.

Le mastic à la céruse ou à la litharge dont on se sert pour les joints de la machine s'est vu accusé à son tour, et M. Tanquerel des Planches a le premier admis sa nocuité; mais quel est le médecin de la marine qui voudrait attribuer à une cause aussi restreinte des effets aussi étendus ?

Quant au plomb métallique qui entre dans la construction du navire (dalots, corneaux de bouteilles, tuyaux de plomb de gouttières, etc.), outre que la volatilisation des métaux à la température ordinaire, malgré l'odeur qu'acquièrent certains d'entre eux (le cuivre par exemple) quand on les frotte, ne saurait, en bonne physique, être considérée comme possible, il y aurait encore ici disproportion entre la cause et les résultats, et d'ailleurs, si tel était le point de départ de la colique sèche, comment deux navires de guerre de même force, construits sur le même devis et n'ayant pas dix grammes de plomb l'un plus que l'autre, présenteraient-ils, quand ils sont soumis aux mêmes influences climatériques, cette bizarrerie que la colique sèche élit domicile sur l'un et épargne complétement l'autre? Cette opinion n'est évidemment pas soutenable.

2° Des accusations plus sérieuses en apparence ont été

Quant à cette souffrance elle-même, indiquant un travail cérébral vague et incertain, que pourrait-elle être si ce n'est un mode affaibli de ce chaos que nous avons dit constituer par excellence le caractère du délire épileptique, et qui voile de ses teintes les formes mêmes qui paraissent s'en éloigner?

Dans son expression fondamentale, la stupidité épileptique, comme les diverses espèces stupides, réunit les éléments qui sont le propre du genre : l'inertie fonctionnelle, le défaut ou la confusion des idées, la difficulté de concevoir, de comprendre, de réfléchir, de se souvenir ou de formuler, et partant l'absence des déterminations et des actes volontaires; en un mot, un engourdissement porté quelquefois jusqu'à l'anéantissement physique et moral.

Toute réaction, cependant, n'est pas incompatible avec cette obtusion, si grave soit-elle. Ici, c'est une sorte d'excitation fébrile qui se déclare : le pouls s'accélère, la face rougit et s'anime, le malade s'agite, cédant parfois à d'irrésistibles incitations. En d'autres cas, le mouvement intérieur est surtout sensorial : il surgit des hallucinations, en majeure partie sinistres. Alors, si la torpeur n'a pas comprimé toute force instinctive, la frayeur fait explosion par des cris, des résistances insensées et un empressement à fuir de menaçants périls : des abîmes s'ouvrent sous les pieds du malheureux stupide, des monstres fantastiques s'apprêtent à le dévorer; il se croit aux prises avec des voleurs ou des assassins; sa femme et ses enfants sont morts, ses bâtiments en proie aux flammes.....

On ne confondra point un pareil état avec la démence. Trahi par la mémoire qui se perd, par l'imagination qui s'éteint, par le jugement qui s'obscurcit, par les forces musculaires qui se paralysent, le dément, subissant les progrès latents d'une altération caractérisée, tombe dans l'incurabilité. La stupidité peut se joindre à la démence ou en être compliquée; mais elle a ses attributs très distincts. L'exercice régulier de la pensée n'est pas nécessairement détruit, il est suspendu seulement ou plus ou moins entravé par l'oppression cérébrale. Vienne à cesser cette oppression, à disparaître l'obstacle, l'intelligence reprend son libre empire; en sorte que si vers la fin la stupidité, en se répétant, tend à devenir défi-

dirigées contre les aliments. Nous allons voir qu'elles ne sont pas plus fondées.

L'eau distillée devait être suspecte au premier chef. C'est, en effet, depuis la généralisation de son emploi à bord des navires que la colique sèche paraît avoir redoublé de fréquence; mais ces deux faits se rapprochent l'un de l'autre par un rapport tout fortuit de coïncidence. Nous dirons tout à l'heure que l'augmentation du nombre des bâtiments à vapeur dans les différentes marines et leurs stations dans des régions où la colique nerveuse est endémique, rendent mieux compte de l'accroissement de fréquence de cette affection qui a (ce fait est incontestable) une prédilection marquée pour les navires à vapeur.

Trois opinions ont été produites relativement à cette influence étiologique. On a dit que l'eau distillée pouvait, par sa nature même, par l'insuffisance de l'air et des sels qu'elle renferme, produire la colique végétale; mais cette opinion tombe devant ce fait, que la maladie se manifeste à bord de navires qui ne consomment pas une goutte d'eau distillée. L'étamage des diverses pièces de l'appareil distillatoire a été considéré comme pouvant fournir à l'eau qui les traverse une quantité de plomb suffisante pour la rendre toxique; mais cette quantité est réellement infinitésimale, et à moins de faire de l'homœopathie toxicologique on ne saurait que lui attribuer une influence insignifiante. Nous voudrions toutefois que l'évaporateur, le réfrigérant et les marmites des cuisines distillatoires fussent désormais étamées à l'étain pur; non pas, nous le répétons, que nous attribuions une action quelconque aux petites proportions de plomb que l'étamage ordinaire peut céder à l'eau ou aux aliments, mais parce que ce serait couper court à des récriminations sans motif qui tendent à jeter sur la distillation de l'eau de mer (le plus inappréciable progrès qu'ait réalisé l'hygiène nautique) un discrédit que nous croyons souverainement injuste et dont nous nous sommes tout récemment efforcé de la défendre (1). Le tuyau d'écoulement qui conduit l'eau du condenseur dans les caisses était autrefois de plomb; il était tout naturel qu'on lui attribuât cette contamination prétendue de l'eau distillée, mais ce reproche tombe de lui-même aujourd'hui que des manches de toile ont remplacé ce tuyau à bord de tous les navires. On le voit, de quelque côté qu'on se tourne pour chercher la source d'une altération de l'eau par le plomb à bord des navires, on ne rencontre que des invraisemblances que confirment du reste les résultats négatifs fournis par l'analyse chimique. L'eau, le pain, le vin, tous les aliments, en un mot, qui constituent la ration nautique, ont été l'objet d'analyses attentives qui n'eussent pas manqué d'y révéler la présence du plomb s'ils en avaient contenu des quantités chimiquement appréciables.

En résumé, on ne trouve dans les conditions au milieu desquelles vivent les équipages rien qui puisse faire admettre, nous ne dirons pas la *probabilité*, mais même la *possibilité* d'un empoisonnement saturnin, et d'un autre côté l'analyse n'a jamais confirmé par un résultat probant l'opinion qui considère la colique des pays chauds comme provenant de l'introduction du plomb dans l'économie. Voilà déjà, ce nous semble, un faisceau de preuves qui doit singulièrement faire pencher la balance du côté de la théorie de la non-identité; mais nous ne voulons y attacher qu'une importance secondaire parce que l'analyse des conditions d'hygiène au milieu desquelles vit l'homme de mer, peut tout, à la rigueur, être considérée comme incomplète, et parce qu'on peut constamment opposer aux recherches chimiques qu'elles n'ont pas été faites avec tout le soin et toute la persévérance désirables. Nous considérons comme autrement irréfragables les preuves *pathologiques* de la non-identité, et c'est pour cela que nous croyons devoir y insister d'une manière toute particulière.

1° Si le plomb est la cause de la colique sèche, pourquoi un bâtiment qui a séjourné cinq ou six mois sur la côte d'Afrique sans connaître les atteintes de cette affection, en devient-il la proie après avoir franchi les tropiques? Rien n'a été modifié dans son armement; ses approvisionnements alimentaires sont les mêmes; ils ont été pris dans les mêmes magasins; la ration de campagne est identique; toutes les conditions d'hygiène inhérentes au navire lui-même sont absolument semblables; il faut donc que la maladie nouvelle qui atteint son équipage dérive de causes climatériques ou infectieuses appartenant aux localités où la navigation le conduit. La même singularité se remarque pour les traversées: un navire n'a pas un cas de colique sèche pendant les quatre ou cinq mois que dure son voyage de France à Pondichéry, il est assiégé par le fléau quelques jours à peine après avoir jeté l'ancre sur cette rade. Ce serait chose singulière que le plomb de l'eau distillée ou des aliments, absorbé d'une manière continue, attendît pour manifester ses effets toujours que le navire fût arrivé à sa destination; il ne serait pas moins incompréhensible que l'incubation du poison durât ...

(1) *Traité d'hygiène navale*. Paris, 1856.

---

nitive, elle doit être au début et demeurer même pendant longtemps un accident transitoire.

L'agitation des épileptiques stupides se distingue également de la divagation maniaque, dont on n'a jamais su la séparer. Dans la manie, loin d'être en défaut ou tardives, les idées sont le plus souvent rapides, abondantes; mais manquant d'enchaînement ou de convenance, elles s'offrent avec une exaltation et une incohérence qui n'ont d'égales que la mobilité des impressions et l'instabilité des sentiments. Les hallucinations apparaissent rares ou sans importance.

Dans l'obtusion épileptique, au contraire, les fausses sensations jouent, à l'égard des manifestations folles, un rôle prépondérant, exclusif. Le délire est formellement hallucinatoire; le malade ne se débat, ne crie, ne provoque, n'appelle au secours, ne fuit que parce qu'il s'imagine être en butte à des fantômes, entendre des voix injurieuses ou menaçantes, assister à d'horribles scènes. En dehors de ces impressions, il demeure apathique ou sombre.

Cette circonstance, d'ailleurs, étant spéciale aux diverses variétés stupides, établit encore une démarcation nouvelle entre ces formes reposant sur un élément matériel tangible et les autres catégories mentales que la théorie range parmi les névroses, c'est-à-dire, parmi des affections n'ayant d'autre base qu'une lésion fonctionnelle.

Elle donne, en outre, l'explication naturelle d'une singularité curieuse. MM. Tanquerel des Planches et Moreau ont, l'un à propos de la folie saturnine, l'autre à l'occasion des phénomènes du hachisch, signalé l'étonnant mélange d'idées justes et fausses observé dans ces délires, et que l'on rencontre de même dans les folies ébrieuse et épileptique. Cela tient à la duplicité des sensations qui, se faisant concurrence sans s'absorber, provoquent, selon qu'elles sont exactes ou mensongères et que toute clairvoyance n'est pas anéantie, un raisonnement sensé ou bizarre.

Il nous avait semblé, d'après une catégorie de nos faits, que l'action des liqueurs alcooliques unie à celle du mal caduc donnait plus de véhémence au travail hallucinatoire. Mais des exemples nombreux et saillants, où cette association ne pouvait être invo-

mois quand le navire va au Sénégal, trois mois quand il va à Madagascar, quatre mois quand il va dans l'Inde. Il y a là quelque chose qui répugne formellement au bon sens. Un fait on ne peut plus curieux doit être signalé à ce propos : c'est que des navires ravagés par la colique sèche dans des stations antérieures ont vu quelquefois l'affection reparaître à leur bord dès qu'ils franchissaient les tropiques et quoiqu'ils fussent à quelques centaines de lieues au large. La frégate à vapeur *l'Eldorado* a été dans ce cas. Ce fait implique évidemment, pour la colique sèche comme pour la plupart des autres endémies tropicales, la possibilité de la création d'un foyer d'infection nautique ; le navire est imprégné de germes infectieux qui sont demeurés latents sous l'influence de la température froide de nos climats et dont l'activité se réveille quand ils retrouvent les conditions de température dans lesquelles ils ont été primitivement élaborés.

2° La colique sèche ne sévit (c'est un fait incontesté) que dans les seules régions intertropicales. S'il en était autrement, nos confrères de l'armée qui ont étudié avec tant de persévérance et de talent la pathologie spéciale de l'Algérie, eussent certainement décrit cette affection, qui compte au nombre des plus redoutables. M. Jacquot vient bien, et tout à fait incidemment, de parler de cas de coliques sèches observés par lui en Algérie (GAZETTE HEBDOMADAIRE, n° du 26 mai 1856) ; mais n'était-ce pas là la colique nerveuse ordinaire qui est de toutes les latitudes et de toutes les localités ? M. Maillot, qui a étudié avec tant de soin les maladies particulières au nord de l'Afrique, a cru devoir rattacher au mal de ventre sec (*dry belly-ache* des Anglais) certaines *entéralgies* qui sévirent simultanément sur un grand nombre de soldats valides et de convalescents ; mais la lecture des descriptions tracées par ce médecin nous a montré d'une manière positive que c'était là de l'entéralgie spasmodique et pas autre chose. Alger, comme on sait, a une température moyenne annuelle de 17°,9, et tout le littoral de nos possessions du nord de l'Afrique est placé en dehors de la zone des *pays chauds* proprement dits, c'est-à-dire de ceux dont les températures moyennes extrêmes sont comprises entre 30 degrés maximum et 20 degrés minimum. Or, ce sont là les conditions thermologiques qui paraissent convenir particulièrement à l'éclosion de la colique sèche. Si on l'a retrouvée dans des latitudes plus froides, le nord de la Chine, par exemple, il faut s'expliquer ce fait ou par une incubation prolongée ou par la création d'un foyer d'infection nautique. La colique nerveuse des pays chauds est donc une endémie essentiellement tropicale. Sous des températures moins élevées (nous en avons vu quelques exemples en France), la maladie peut, il est vrai, se réveiller tout à coup ; mais ce sont là de simples rechutes comme celles de fièvres intermittentes qui récidivent souvent loin du foyer infectieux où le germe en a été puisé. Serait-ce que l'action de la chaleur torride met l'économie dans des conditions spéciales de débilitation qui la rendent plus accessible à la cause inconnue qui produit la colique sèche, ou bien cette température est-elle indispensable à l'élaboration de son miasme générateur ? Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, la localisation presque exclusive de la colique sèche dans les pays intertropicaux est un des faits les mieux établis de la géographie médicale.

La ressemblance symptomatique de la colique de plomb et de la colique végétale a été, bien entendu, l'argument le plus fréquemment invoqué pour établir la similitude d'origine des deux affections. Certes, l'analogie est grande entre ces maladies, nous ne le nions pas ; mais de là à admettre l'identité, il y a une distance qu'il n'est pas loisible de franchir. Et ici il importe, sous peine de ne pas s'entendre, de comparer les deux maladies : 1° en mettant en parallèle un cas isolé de chacune d'elles ; 2° en opposant le groupement *fortuit* des cas de colique de plomb au groupement *épidémique* des cas de colique sèche.

En ce qui concerne le premier point, nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici le tableau des symptômes différentiels que nous avons dressé ailleurs pour les deux maladies (1), mais en le complétant et en insistant sur quelques points que nous n'avions fait qu'effleurer.

COLIQUE SÈCHE.	COLIQUE SATURNINE.
1. — Début brusque ; il n'est qu'accidentellement annoncé par de la constipation ; il n'est même pas rare de voir un peu de diarrhée le jour même ou la veille du début.	1. — Prodromes assez longs, d'une semaine à un mois ; troubles abdominaux variés ; constipation, goût sucré de la salive ; teinte jaune caractéristique de la peau, etc.
2. — La colique ouvre toujours la scène ; en même temps qu'elle peuvent bien apparaître quelques névralgies mal dessinées ; mais les douleurs intestinales constituent dans le principe toute la maladie.	2. — Il n'est pas rare de voir l'arthralgie saturnine ou la paralysie des membres, ou l'anesthésie de certaines régions de la peau, ou même l'encéphalopathie, signaler le début des accidents.
3. — L'embarras gastrique est un symptôme constant de la colique végétale ; il la précède souvent et l'accompagne toujours. — Vomissements vert-porracés très habituels, quel que soit le siége de la douleur abdominale.	3. — Symptôme inusité ; la langue ne se charge que pendant le cours de l'affection et sous l'influence de la diète prolongée, vomissements plus rares : une fois sur quatre environ et toujours liés à la forme épigastrique de la douleur abdominale (Tanquerel des Planches).

(1) *Gazette des hôpitaux*, n° du 10 janvier 1856.

quée, nous ont conduit depuis à revenir un peu sur les prévisions que nous avions tirées de cette circonstance.

On ne saurait assigner de limites précises à la durée de la stupidité épileptique qui varie de quelques heures à plusieurs jours, à plusieurs semaines.

A la suite de notre communication, M. Baillarger demanda la parole. On sait que, sous le nom de *mélancolie avec stupeur*, notre savant collègue, dans un ancien travail, s'est efforcé de rattacher la stupidité à la lypémanie, se fondant sur la nature active et terrifiante des hallucinations. Croyant démêler dans notre mémoire une intention critique à l'endroit de ses doctrines, il s'est emparé de nos propres observations pour les tourner au profit de sa justification. Selon lui, nous aurions fait trop bon marché des sentiments tristes et de la part d'initiative de la volonté dans les déterminations. Le suicide, en particulier, lui parut dénoter une réflexion formelle. Il nous reprocha, enfin, d'avoir négligé l'interrogation des malades guéris.

Ces divers arguments ne purent nous convaincre. Trop évidemment, pour nous, l'obtusion intellectuelle, par sa permanence, était ici la condition capitale. Les hallucinations, phénomènes accidentels, vagues, incohérents, ne sont que des incidents de *pur automatisme*, dont on ne constituerait une espèce morbide qu'en faisant de l'accessoire le principal. De son côté, le suicide appelle une explication. On conçoit que l'épileptique, s'il jouit du libre arbitre, se tue par dégoût de la vie ; mais, lorsqu'il accomplit cet acte au milieu de l'égarement stupide, il obéit à une fascination dont il se rend si peu compte, que souvent, après une tentative avortée, il n'en a ni souvenir ni conscience. Quant au témoignage rétrospectif des convalescents sur leurs sensations intimes, nous n'avons point partagé non plus l'extrême confiance que sa valeur inspire à M. Baillarger. Ce moyen n'équivaudra jamais à l'examen direct qui, à chaque heure, à chaque minute, instruit de la véritable situation morale de l'aliéné. Il peut même n'être pas sans inconvénients ; car en arrachant ainsi à une mémoire confuse des lambeaux d'assertions qui, isolément, n'auraient aucune signification, on court risque, en rassemblant ces éléments, de com-

4. — Le ventre conserve sa forme habituelle; il n'est ni ballonné comme on l'a dit, ni douloureux à la pression, à moins (ce qui n'est pas rare) que ses parois soient le siége d'une dermalgie plus ou moins vive. Il est quelquefois contracté au moment des douleurs, mais jamais retiré vers la colonne vertébrale.	4. — Ventre rétracté *en bateau*, indolent à la pression.
5. — Marche continue, mais paroxystique.	5. — Les attaques, surtout quand la maladie est *récente*, sont séparées par des intervalles dans lesquels il n'y a pas de douleurs.
6. — L'anémie est le cachet constant de la colique nerveuse des pays chauds.	6. — La peau a une coloration spéciale tout à fait distincte de l'anémie. — Teint plombé ou ictère saturnin.
7. — Les paralysies ne surviennent que consécutivement.	7. — Elles peuvent précéder la colique de plomb.
8. — Les extenseurs des avant-bras sont à peu près exclusivement atteints.	8. — Les membres inférieurs sont assez souvent paralysés dans la colique de plomb.
9. — La chorée peut être la suite de la colique sèche. M. Dutroulau en a observé un exemple; j'en avais un second sous les yeux, il y a peu de temps.	9. — La chorée n'a pas, que nous sachions du moins, été signalée comme conséquence possible de la colique de plomb.
10. — L'encéphalopathie épileptiforme de la colique sèche est curable, si le malade effectue promptement son retour dans les climats tempérés, et les attaques ne tardent pas à disparaître.	10. — L'encéphalopathie saturnine a une gravité tout à fait indépendante des conditions de climat ou de température; elle est très habituellement mortelle.
11. — L'encéphalopathie de la colique sèche ne s'est jamais montrée à nous que sous la forme convulsive.	11. — Elle affecte très souvent la forme délirante et comateuse.
12. — Un abaissement de température modifie favorablement les cas existants de colique sèche.	12. — La production des accidents saturnins ne reconnaît pas plus que leur marche, l'influence de la température ou des saisons.
13. — Dans les cas de paralysie, les muscles atteints conservent en partie leur contractilité électrique.	13 (1). — Les muscles paralysés ne répondent plus à la stimulation faradique.

On ne saurait, sans nul doute, retirer de ce tableau comparatif cette conclusion que la colique de plomb et la colique nerveuse des pays chauds sont deux maladies de nature et de physionomie absolument différentes; la somme des similitudes symptomatiques l'emporte même, nous l'accordons, sur celle des dissemblances; mais une maladie n'est pas tout entière dans ses symptômes : sa marche, le groupement fortuit ou épidémique de ses cas, ses causes prédisposantes, etc., sont autant de circonstances qu'il faut simultanément interroger.

(1) Nous avions considéré dans le principe ce caractère différentiel comme plus tranché, mais une conversation que nous eûmes il y a peu de temps avec M. Duchenne (de Boulogne) nous a conduit à lui accorder moins d'importance. Il serait en effet très possible, comme nous l'a objecté cet habile expérimentateur, que chez les sujets sur lesquels nous avons constaté la persistance de la contractilité électrique, la faradisation eût agi à travers les muscles extenseurs jusque sur les fléchisseurs de l'avant-bras, de manière à solliciter de la part de ceux-ci quelques mouvements rapportés à tort aux extenseurs. Je dois à la vérité de dire qu'un fait observé récemment prononce contre mon opinion en faveur de celle de M. Duchenne.

D'ailleurs il ne faut pas s'attendre à trouver entre deux maladies aussi voisines de ces différences tranchées qui séparent des affections placées à une grande distance l'une de l'autre dans les cadres nosologiques; elles sont très analogues, mais non identiques, et on pourrait leur appliquer cette définition classique de la ressemblance des enfants de Niobé :

. . . . forma non *duobus* una
Nec diversa tamen, qualem decet esse sororum.

Si, à la rigueur, on peut contester la dissemblance de deux cas isolés, l'un de colique sèche, l'autre de colique saturnine, elle éclate d'une manière frappante quand on suit l'évolution et la marche de la première de ces deux maladies sous sa forme épidémique. Elle s'abat brusquement sur un équipage, frappe un dixième, un quinzième, quelquefois moins, d'une masse d'hommes soumis à des conditions identiques de vêtements, de couchage, d'alimentation, de genre de vie, et tous ces cas, nés sous l'influence d'une mystérieuse origine qui leur est commune, vont être tous ensemble graves ou bénins, facilement amovibles ou tenaces; ils présenteront telle ou telle prédominance de symptômes; des aggravations et des rechutes brusques, soudaines, viendront simultanément modifier la marche de chacun d'eux, etc. Supposez, au contraire, un empoisonnement saturnin; outre que tout l'équipage, respirant et s'alimentant de la même manière, devrait être en grande majorité la proie de ces accidents d'intoxication, comment s'expliquerait-on la solidarité de tous ces cas? Dix hommes empoisonnés par le plomb ont beau être rapprochés les uns des autres, chacun aura une forme d'intoxication éminemment individuelle et distincte de celle de ses voisins; les aggravations et les rechutes surviendront à des époques différentes pour chacun d'eux; en un mot, il y a entre les accidents saturnins et ceux de la colique nerveuse des pays chauds la différence d'une accumulation *fortuite* à une accumulation *épidémique* de maladies.

En résumé, nous voyons qu'après avoir inutilement recherché la vraisemblance, ou même la possibilité d'un empoisonnement saturnin dans l'analyse des conditions au milieu desquelles vit l'homme de mer, nous avons constaté de plus, entre la colique des pays chauds et celle due au plomb, des différences qui, assez saillantes déjà pour un cas envisagé isolément, deviennent irréfragables quand on étudie la première de ces affections sous sa forme épidémique. Il nous est donc très permis de soutenir la non-identité des deux affections et d'affirmer que la colique sèche n'est pas une

poser des tableaux fictifs de nature à exercer une séduction décevante.

(*La suite à un prochain numéro.*)

DELASIAUVE.

La cérémonie d'inauguration de la statue de Geoffroy Saint-Hilaire aura lieu à Étampes le 11 octobre prochain. M. Élias Robert, auteur de la statue de Bichat, et né comme Geoffroy à Étampes, met en ce moment la dernière main à la statue, qui sera exposée pendant quelques jours sur une des places de Paris.

— La Société médico-psychologique, dans sa séance du 27 juillet, a décerné une médaille d'or à M. le docteur Niepce pour son mémoire *sur le crétinisme*. Le prix de cinq cents francs, offert à la Société par M. le docteur Ferrus, n'ayant pas été décerné cette année, et l'offre généreuse de M. Ferrus ayant été renouvelée, la question a été remise au concours en ces termes :

« Examen comparatif du crétinisme, de l'imbécillité et de l'idiotie, au » triple point de vue de l'étiologie, de la symptomatologie et de l'anatomie pathologique. »

Les mémoires, écrits lisiblement en latin ou en français, avec une épigraphe qui sera reproduite sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur, devront être adressés au secrétaire général de la Société, avant le 20 janvier 1859.

— Un concours pour la place de chirurgien-major de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, aura lieu à l'Hôtel-Dieu de cette ville le 25 janvier 1858.

Les candidats devront se faire inscrire quinze jours au moins avant cette époque au secrétariat de l'administration, à l'Hôtel-Dieu.

La durée des fonctions du chirurgien-major de l'Antiquaille est de six ans à partir du 1er janvier 1861. En attendant cette époque, il lui sera donné aussitôt après sa nomination un service permanent.

Le traitement est de 1,200 francs par an. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

colique de plomb. Il n'est pas aussi facile, nous allons le voir, de déterminer quelle est réellement la cause de la première de ces deux maladies, et, par suite, d'en préciser la nature.

(*La suite prochainement.*)

III.

REVUE CLINIQUE.

Hypertrophie d'une glande sudoripare axillaire, avec prédominance de l'élément épithélial (épithélioma glanduleux), survenue à la suite d'un abcès tubériforme de l'aisselle, par le docteur A. Verneuil, chirurgien des hôpitaux.

Je m'efforce, depuis un certain temps, d'écrire un chapitre de pathologie encore inédit. Je veux parler des maladies d'un appareil glandulaire très important, c'est-à-dire des glandes cutanées qui sécrètent la sueur. Déjà, dans divers recueils, j'ai publié au fur et à mesure les faits qu'il m'a été donné d'observer. J'ai une nouvelle série d'observations et de remarques à produire touchant l'hypertrophie de ces glandes, les abcès tubériformes de l'aisselle, les kystes glandulaires cutanés, et enfin la structure des tumeurs cancroïdes connues anciennement sous le nom de *noli me tangere*. Je veux à ce propos revenir sur l'histoire générale des épithéliomas et des hypertrophies glandulaires. Je consacrerai quelques courts articles à chacun de ces sujets.

Obs. — *Hypertrophie d'une glande sudoripare axillaire avec prédominance de l'élément épithélial (épithélioma glandulaire) ayant succédé à un abcès tubériforme.* — Le 21 août 1855, M. Adolphe Richard eut l'obligeance de me remettre une tumeur qu'il avait extirpée de la région axillaire et qu'il soupçonnait, d'après le siége et les caractères extérieurs, provenir d'une des glandes tubuleuses si abondantes qui sont annexées à la peau de cette région. Voici en quelques mots l'histoire de la maladie.

Une femme de cinquante ans était affectée de sept à huit petits lipomes à l'avant-bras. L'apparition de ces tumeurs datait de dix ans; elles étaient tout à fait stationnaires. Il y a deux ans environ, elle se plaignit de quelques douleurs dans l'aisselle, et M. Richard constata alors une petite tumeur circonscrite, superficielle, développée spontanément, qui lui sembla être un de ces abcès tubériformes qu'on décrit dans cette région.

Il y pratiqua une incision, et fut surpris de ne donner issue qu'à une très petite quantité de liquide purulent dont l'évacuation changea peu le volume de la tumeur. La malade fut perdue de vue. Elle vint, tout récemment, consulter M. Richard, qui retrouva, dans le point où il avait autrefois fait la ponction, une tumeur beaucoup plus volumineuse, ayant près de 2 centimètres de longueur sur 1 centimètre d'épaisseur, siégeant très superficiellement sous la peau qu'elle soulevait, et qui était un peu rouge à ce niveau. Cette tumeur, au reste, s'était accrue assez notablement dans ces derniers temps : elle était indolente, mais entretenait pourtant un peu de gêne. La peau de l'aisselle était en outre irritée par l'écoulement de la sécrétion des glandes axillaires, et offrait quelques rougeurs et quelques excoriations superficielles (intertrigo).

L'extirpation fut jugée nécessaire : un coup de bistouri mit à nu la tumeur, qui, lâchement unie aux parties voisines, s'engagea immédiatement entre les lèvres de l'incision. L'énucléation fut extrêmement facile : la masse morbide n'adhérait que par un tractus celluleux peu résistant, qui tenait au tissu cellulaire profond.

Le tissu qui compose cette tumeur est rougeâtre, assez ferme, friable et d'une apparence homogène, sauf en quelques points qui paraissent beaucoup plus vasculaires. La surface est inégale, sillonnée d'anfractuosités très légères qui séparent des bosselures peu proéminentes; du reste, point d'enveloppe fibreuse : le produit pathologique est à peine recouvert par une couche très mince d'un tissu cellulaire très délié.

L'aspect général rappelle sur-le-champ à l'esprit les caractères du tissu glandulaire, et en particulier celui des glandes axillaires. La forme générale de la tumeur, ses rapports avec la peau, appuient encore cette opinion, que M. Richard eut tout d'abord, et que l'examen ultérieur confirma du reste pleinement.

J'ai dit que le tissu morbide était assez ferme et friable; la coupe est homogène et ne donne aucun suc au raclage; on en détache avec le scalpel quelques débris grenus, comme s'il s'agissait d'une tumeur fibro-plastique nucléaire. Ces débris dissociés ne peuvent point se dérouler en tubes comme dans une glande axillaire saine; cependant, à l'aide de faibles grossissements, on y reconnaît des fragments cylindriques très volumineux, à bords parallèles et réguliers constitués entièrement par de l'épithélium. Ces tronçons, rompus par le mode de préparation, se terminent, pour la plupart, par une extrémité irrégulière; mais quelques-uns d'entre eux, cependant, mieux conservés, sont arrondis, et représentent fidèlement ces diverticulums elliptiques, ces appendices digitiformes que j'ai rencontrés et figurés dans l'hypertrophie des glandes sudoripares. (*Archives de médecine*, 1854, t. II, p. 461-462.)

Dans plusieurs points, et surtout vers la surface, il existe quelques petits lobules très vasculaires et qui sont presque isolés de la masse principale. Les circonvolutions glandulaires y sont bien manifestes, et l'altération paraît y être naissante.

Ce qui rend, au premier examen, la présence des tubes difficile à constater, c'est la modification considérable que l'élément glandulaire a subie. Les tubes sécréteurs des glandes axillaires se composent dans l'état normal, comme on le sait, d'une paroi épaisse, fibroïde et munie de stries que Kölliker regarde comme formées par des fibres musculaires de la vie organique (*Anatomie générale*, t. Ier, trad. française, 1855, p. 173). A l'intérieur se trouve une couche plus ou moins épaisse de cellules épithéliales, et enfin un canal ou une cavité centrale qui n'est pas toujours apparente. Or, dans le cas que je décris, cet aspect est tout à fait changé. La production épithéliale exubérante paraît avoir remplacé tous les autres éléments. Le cylindre n'offre pas de cavité centrale; mais la paroi elle-même n'est pas mieux conservée. Les bords du tube sont, à la vérité, réguliers et rectilignes; mais l'épithélium seul les forme, et rien ne paraît le recouvrir en dehors. Ceci explique bien comment on éprouve de grandes difficultés à isoler les tubes dans une étendue notable, car les manœuvres de la préparation les brisent très aisément.

Cet épithélium, au reste, est fort régulièrement disposé en mosaïque élégante. Il se compose de cellules pavimenteuses de 0m,02 à 0m,03 de diamètre, polygonales, arrondies, ou ovoïdes, pâles, transparentes ou finement granulées. Toutes sont munies d'un noyau central assez volumineux, plus obscur, arrondi, plus souvent elliptique et sans nucléole, mesurant en moyenne 0,006 à 0,008. Tous ces éléments deviennent très nets par l'acide acétique, qui pâlit les cellules sans les dissoudre complétement, et alors on constate leur similitude la plus complète avec le contenu normal des glandes sudoripares. Il suffit d'avoir vu une seule fois les tubes axillaires, pour reconnaître qu'ils constituent la maladie que je signale ici.

Dans divers points de la tumeur, l'épithélium offre un aspect sur lequel je crois utile d'appeler l'attention. Dans plusieurs préparations, tirées en particulier du centre de la tumeur, il m'a été impossible de reconnaître la moindre figure régulière représentant les formes glandulaires. Je ne trouvai que des amas irréguliers d'épithélium affectant les caractères et la disposition que je viens de décrire ou bien l'aspect suivant : les cellules sont disposées en petites masses arrondies, agglomérées en nombre très variable, depuis 6 à 8, jusqu'à 40 ou 50 et même plus. Elles forment des amas sphériques ou elliptiques qui paraissaient entourés par une enveloppe formée elle-même d'une ou de plusieurs couches de cellules aplaties concentriques. On ne peut méconnaître la plus grande analogie entre ces corps et les globes épidermiques si com-

muns dans les tumeurs épidermiques ou épithéliales de la peau, des muqueuses ou des séreuses. Ces globes, réunis en assez grand nombre sur la même préparation, lui donnent un aspect alvéolaire très remarquable qui augmente encore la ressemblance invoquée. Indépendamment de ces globes épithéliaux, on voit encore, comme dans les épithéliomas superficiels, les cellules groupées de mille manières, et figurant soit des stratifications, soit des prolongements fibroïdes, soit des saillies aciniformes, etc.

Quel que soit le mode d'arrangement, ces cellules se rapprochent beaucoup plus de celles de la glande que de toute autre forme. Elles sont, il est vrai, un peu plus grosses, plus granuleuses; leur noyau est également plus volumineux; quelques-unes sont aplaties, coudées, fusiformes, irrégulières; mais elles appartiennent manifestement à une modification de l'épithélium normal, que l'on retrouve si évident dans les préparations que je décrivais plus haut.

Ces cellules ne pourraient nullement être confondues avec des écailles épidermiques, car elles sont infiniment plus petites. Elles n'ont également aucune analogie avec les éléments fibro-plastiques ni cancéreux : la confusion est tout à fait impossible.

Si l'on en excepte quelques vaisseaux abondants, surtout à la périphérie et dans des points limités, cette tumeur est, comme je l'ai déjà dit, très homogène. On ne trouve qu'à grand'peine quelques rares filaments de tissu cellulaire. Point de tissu élastique ni de cellules contractiles. En quelques points, des fragments de cylindres sont parsemés de petites taches huileuses, et quelques cellules sont infiltrées de granulations adipeuses; mais cet aspect est très peu répandu.

Cette observation est assez importante pour légitimer quelques remarques; et d'abord elle prouve bien que les études d'anatomie générale jettent un grand jour sur le diagnostic. J'ai pensé depuis longtemps que les abcès tubériformes, ayant surtout pour siége les points où les glandes sudoripares sont bien développées et volumineuses (pourtour du mamelon, marge de l'anus, cavité axillaire), pourraient n'être pas autre chose que des inflammations glandulaires suppurées. M. Richard crut avoir affaire à un abcès de ce genre, il y a deux ans, chez la malade de cette observation, et une tumeur glandulaire s'est précisément développée dans le point où il avait pratiqué la ponction. C'est là, sinon une démonstration complète, au moins une forte présomption en faveur de mon hypothèse.

Puis je rappellerai encore que M. Richard, connaissant bien l'existence des glandes axillaires, et sachant de plus, par mon premier travail et par ses notions générales, que les glandes de la sueur peuvent s'hypertrophier et former des tumeurs sous-cutanées, M. Richard, dis-je, porta sans grande hésitation, avant et après l'opération, un diagnostic bien délicat qui se trouva tout à fait vérifié par l'examen ultérieur. Je demande sincèrement si l'on en aurait fait autant il y a douze ou quinze ans? Autre résultat de l'induction : sachant que toutes les glandes sont susceptibles de s'hypertrophier spontanément, et ayant observé cette lésion dans d'autres régions, il était facile de prévoir qu'un jour ou l'autre on rencontrerait à l'aisselle des tumeurs glandulaires hypertrophiques; je n'ai donc nullement été surpris de constater un fait que j'attendais.

Le tissu de la tumeur ressemblait peu, au premier abord, à celui des premières hypertrophies sudoripares que j'avais observées. La texture était différente, les tubes difficilement reconnaissables, la paroi atrophiée, l'épithélium exubérant; rien de tout cela ne m'a paru extraordinaire. Quiconque a étudié les hypertrophies glandulaires en général, à la mamelle, au col de l'utérus, à la lèvre, etc., sait très bien que cette affection présente les formes les plus diverses, suivant la prédominance de l'épithélium ou du tissu fibreux interlobulaire, l'épaisseur de la paroi ou son atrophie. Comme M. Robin l'a établi, cette paroi distendue, étouffée en quelque sorte par l'accumulation épithéliale, peut disparaître, et l'on ne trouve plus qu'une masse entièrement composée de cellules ou de noyaux qui peuvent même franchir la région normalement occupée par la glande et infiltrer les tissus adjacents. Avec ces données, la structure de la tumeur n'a plus rien d'extraordinaire : c'est une forme de l'hypertrophie glandulaire; et quand les glandes sudoripares auront fourni un contingent plus nombreux de lésions pathologiques, on retrouvera certainement tous les spécimens que nous connaissons déjà, pour la glande mammaire, par exemple.

J'ai montré à la Société anatomique (1), au commencement de cette année, une série de pièces relatives à la même affection. Dans un cas, il s'agissait d'un *noli me tangere* de la face, qui avait été traité déjà, à plusieurs reprises, par les caustiques, et dont l'extirpation fut pratiquée en ma présence par M. Huguier; puis une tumeur ulcérée de la lèvre provenant du service de M. Malgaigne.

J'avais préalablement examiné et longuement décrit devant la même Société une tumeur pré-sternale très volumineuse enlevée par M. Denonvilliers. Toutes ces tumeurs étaient formées par les glandes sudoripares hypertrophiées, on y retrouvait facilement les caractères que je viens d'exposer dans l'observation précédente.

J'ai encore présenté un exemple de cancer des mêmes organes ayant pour point de départ les glandes du prépuce, de sorte que de jour en jour je suis plus convaincu de la fréquence des lésions organiques de ces glandes cutanées et de la part considérable qu'elles prennent dans les cancers ou les épithéliomas superficiels. Lorsque mes observations seront plus nombreuses, je tenterai une description plus complète et plus générale, qui établira d'une manière irréfragable, je l'espère, la variété pathologique vers laquelle j'ai dirigé depuis longtemps mes investigations.

Nouveau procédé pour opérer la grenouillette, par M. Barrier, professeur à l'École de médecine de Lyon. — Observation et réflexions par le docteur Delore, chef de clinique.

Quoique la grenouillette soit une affection assez commune et généralement fort simple dans ses suites, il est digne de remarque que les anatomo-pathologistes soient en désaccord sur son siége précis, et les chirurgiens sur la meilleure manière de la guérir.

Un conduit de Warthon peut sans contredit s'oblitérer, soit par un calcul salivaire, soit par une cicatrice vicieuse; mais à ceux qui admettent cette occlusion comme cause exclusive de la grenouillette, on peut faire les objections suivantes :

On a lié le canal de Warthon sur des animaux; ils ont, au bout de peu de temps, manifesté une vive douleur; il y a eu inflammation violente et dilatation non-seulement du conduit, mais surtout des culs-de-sac glandulaires. Rien de semblable dans la grenouillette.

Bien mieux, dans certaines circonstances, on voyait les deux orifices des conduits de Warthon s'ouvrir sur les côtés

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, février 1857, p. 33 et 35.

de la tumeur, et il a été possible d'y introduire des stylets fins à une grande profondeur.

De plus, l'injection iodée, qui agit en oblitérant la cavité kystique où elle pénètre, a souvent été employée dans cette affection et, dans la plupart des cas, sans susciter le moindre accident; en eût-il été de même, si un canal de Warthon et la glande sous-maxillaire correspondante eussent été le siége de la grenouillette?

La diversité du liquide contenu dans la poche témoigne encore de la variété du lieu d'origine; dans certains cas, ce liquide est semblable à la salive, mais sa composition chimique offre toujours quelque différence; d'autres fois il offre l'analogie la plus grande avec du blanc d'œuf, ou bien il est séreux; il peut aussi présenter une consistance fort épaisse, une teinte jaunâtre, renfermer des globules huileux, des corps oviformes et des épithéliums pavimenteux, etc.

Il nous semble donc possible que la grenouillette survienne à la suite d'une oblitération, soit d'un des conduits de Rivinus, soit des glandules du plancher sublingual, soit des glandules qui s'abouchent dans le conduit de Warthon, près de son orifice. La bourse séreuse décrite par Fleischmann pourrait également s'enflammer et donner lieu à une tumeur par hypersécrétion d'un liquide séreux dans sa cavité.

Les chirurgiens se préoccupent fort peu, en général, du point de départ de cette affection; aussi, parmi les nombreux procédés imaginés contre elle, en est-il d'irrationnels.

Ces procédés peuvent se ranger sous trois méthodes distinctes :

Dans la première, on se propose de rétablir l'orifice naturel. Dans la seconde, on détruit la membrane kystique. Dans la troisième, on tente l'établissement d'un orifice nouveau.

Première méthode. — Louis paraît être le seul qui l'ait mise en usage; encore le cas est-il douteux; il guérit une grenouillette, en dilatant avec un fil de plomb un orifice qui semblait fermé.

Deuxième méthode. — Elle consiste à détruire ou à oblitérer la poche kystique. Voici l'énumération des procédés qu'elle renferme. — Dionis ouvrait la poche, et cautérisait l'intérieur avec du miel rosat et de l'esprit de vitriol. — Boyer excisait une partie des parois et cautérisait ensuite. — Heister avait conseillé et pratiqué l'extirpation, opération difficile que Malcolmson exécuta incomplétement. — Capelleti, en 1842, incisait la tumeur et renouvelait plusieurs fois dans son intérieur de la charpie imbibée de nitrate d'argent.

Nous reprochons à ces divers moyens d'être douloureux, d'une application difficile et longue, et d'exposer à des inflammations qui peuvent devenir sérieuses.

C'est encore dans cette méthode qu'on doit ranger les injections irritantes qui ont pour but d'oblitérer la cavité.

M. Bouchacourt, dans son *Mémoire sur la grenouillette* (*Bulletin de thérapeutique*, 1843), dit que Leclerc avait injecté du nitrate acide de mercure, et un chirurgien de Salzbourg, de l'eau-de-vie camphrée; lui-même recommandait l'injection iodée qu'il avait pratiquée avec succès. C'est ce dernier procédé qui jouit actuellement de la plus grande faveur. La facilité de son exécution, la simplicité habituelle de ses suites, plaident pour lui.

Troisième méthode. — Les chirurgiens se proposent ici d'établir une fistule permanente, de créer un nouveau méat, qui donnent libre issue à la salive ou aux diverses sécrétions de la membrane kystique, et leur génie inventif s'est signalé par la variété des moyens qu'ils ont mis en usage.

Fabrice d'Acquapendente faisait une petite incision; mais, la récidive étant alors fréquente, Munnichs conseillait d'inciser aussi largement que possible.

La ponction simple ne fournit pas de résultats plus satisfaisants, et J.-L. Petit rapporte un cas où elle fut employée dix fois sans succès.

Leclerc, dans une circonstance spéciale, fit sous le menton une ponction qu'il agrandit avec le bistouri; son malade guérit, mais ce succès exceptionnel n'était pas de nature à encourager les chirurgiens dans cette voie. — Louis d'abord, et Sabatier ensuite, plaçaient dans l'ouverture qu'ils avaient pratiquée par la bouche, des mèches de charpie ou des fils de plomb pour l'empêcher de se fermer.

L'excision partielle entre les mains habiles de Petit, Desault et Richter, n'avait fait que retarder la récidive. Murat redoutait les ouvertures trop grandes, disant qu'alors la salive jaillit quand le malade parle; crainte bizarre qu'aucune observation ne vient justifier.

On était si peu satisfait de la plupart des procédés que je viens d'énumérer, que M. Portal, qui disait les avoir essayés, revint à la cautérisation au fer rouge d'Ambroise Paré, déjà conseillée par Marc-Aurèle Séverin.

Le cautère actuel a l'inconvénient de causer beaucoup d'effroi aux malades; mais, en outre, la plaie qu'il produit peut se cicatriser par seconde intention, et son emploi n'est plus alors une garantie certaine contre un retour de l'affection.

L'idée de ponctionner la tumeur et de placer à demeure un corps étranger dans l'orifice, pour le maintenir béant, appartient à Sabatier, qui employait à cet effet une canule d'argent à tête aplatie. Dupuytren perfectionna ce procédé et se l'appropria en quelque sorte par l'application d'un double bouton; cet ingénieux moyen est inusité aujourd'hui. Le disque, en effet, se dérange facilement et peut gêner les mouvements de la langue.

Il est plus simple assurément d'employer un séton, comme Physick et M. Laugier.

Il nous reste à parler des procédés autoplastiques, qui sont une création de la chirurgie moderne, et qui furent appliqués pour la première fois à la grenouillette, par M. Jobert (de Lamballe).

Son procédé, qu'il a décrit (*Annales de la chirurgie française et étrangère*, 1843) sous le nom de *batrachosioplastie*, consiste dans l'excision de la muqueuse qui recouvre la tumeur, dans l'incision de la paroi propre du kyste dont les bords sont renversés et suturés avec ceux de la muqueuse.

Ce procédé fut légèrement modifié en 1850 par M. Forget, qui fit une incision cruciale du kyste, au lieu d'une simple incision transversale.

Ne réussirait on pas aussi bien en excisant muqueuse et kyste au même niveau, dans une aussi grande étendue que possible, et en unissant ensuite leurs bords par trois ou quatre points de suture?

Mais tous ces moyens sont compliqués et doivent, il me semble, céder le pas à un nouveau procédé qui se recommande par la facilité de son exécution, le peu de douleur qu'il cause, et l'heureux et prompt succès qu'il a obtenu dans le seul cas où il a été mis en usage.

Ce procédé, inventé par M. Barrier, a été exposé dans une de ses cliniques de la manière suivante :

Premier temps. — On place à chaque extrémité du diamètre transversal de la tumeur une pince à griffes, celle du côté droit est confiée à un aide.

Deuxième temps. — L'opérateur, saisissant lui-même celle de gauche, taille avec des ciseaux un lambeau triangulaire, à sommet tronqué, comprenant toute l'épaisseur de la paroi. La base de ce lambeau est à droite du diamètre antéro-postérieur, le sommet à gauche.

Troisième temps. — Le chirurgien prend alors la pince du côté droit et pratique une petite incision d'avant en arrière, près de la base du lambeau, et pénétrant également dans la cavité du kyste.

Quatrième temps. — La pointe du lambeau est ensuite renversée en dedans, de gauche à droite; on la fait ressortir par la petite incision, à la lèvre interne de laquelle on l'unit par un point de suture.

On conçoit immédiatement les avantages de ce procédé, plus facile à exécuter qu'à décrire; la muqueuse, renversée en dedans, n'a aucune tendance à adhérer au fond du kyste, qu'elle regarde, ni sur ses bords.

Le liquide qui sera maintenant sécrété pourra librement passer sous un pont permanent et sortir, soit par la grande ouverture correspondant au lambeau, soit par la petite incision.

L'observation que nous allons citer montrera les bons résultats de ce nouveau mode opératoire.

Obs. — Marie Lapierre, âgée de trente-trois ans, fut atteinte, neuf mois avant son entrée dans la salle Sainte-Anne, d'une gastro-entérite qui s'accompagna de diarrhée, de gonflement des lèvres et de la langue; mais ce ne fut que deux mois plus tard qu'il lui survint une tumeur sous la langue, dont le volume alla toujours croissant; si bien qu'ayant débuté à gauche, elle fut rapidement aussi saillante du côté droit.

Cette grosseur, incommode pour la mastication et la parole, n'était pas douloureuse; cependant, inquiète de voir ses dimensions augmenter, Marie Lapierre alla consulter M. le docteur Dufour, de Saint-Rambert (Ain), au mois de février 1857. Ce médecin lui pratiqua d'abord une injection iodée, puis quelques jours après, fit une cautérisation légère. Ces deux tentatives furent infructueuses, et, lorsque la malade entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Sainte-Anne, n° 8, le 11 avril 1857, la tumeur était tellement distendue, qu'elle se rompit spontanément.

Les jours suivants, elle grossit lentement, et le 23 avril elle a atteint le volume d'une noix. Elle présente une fluctuation évidente; sa consistance est molle à cause du peu de distension des parois.

Le frein de la langue, formant une dépression médiane, rend cette tumeur bilobée; son diamètre transversal prédomine un peu sur les autres dimensions; la muqueuse qui la recouvre est manifestement amincie; en un point elle est plus blanche et presque transparente; on n'y retrouve pas de trace de la solution de continuité qui s'est faite il y a douze jours; la gêne qu'engendre cette tumeur n'est pas encore très grande, et la douleur est nulle.

Opération le 24. On la pratique suivant les règles précédemment indiquées; à peine dure-t-elle trois ou quatre minutes, pendant lesquelles la patiente ne témoigne aucune souffrance.

Il s'écoule de la cavité 5 grammes environ d'un liquide analogue à du blanc d'œuf.

25 avril. La réaction inflammatoire a été nulle; la suture a parfaitement persisté.

27 avril. On enlève le fil; la réunion est faite; le lambeau a gardé la position qu'on lui a donnée. On aperçoit une pseudo-membrane grisâtre dans les points où le fond du kyste est à découvert.

Les jours suivants, la surface grisâtre diminue de plus en plus; la suture est toujours solide.

Le 2 mai, la malade sort; elle n'a plus de gonflement sous la langue, dont tous les mouvements s'exécutent sans souffrance. Rien ne peut faire redouter une récidive; car les deux ouvertures sont demeurées béantes; on passe sans nul effort de l'une à l'autre un stylet légèrement recourbé, sous le pont de muqueuse renversée, preuve qu'elle ne contracte pas d'adhérence avec le fond du kyste.

Le 12 juin, la malade a été revue et semble complétement guérie.

IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

Recherches sur le moyen de faire parvenir des médicaments dans l'intestin grêle, en les préservant de l'action du suc pancréatique.

Monsieur le Rédacteur,

Dans une note d'un intéressant mémoire de M. le docteur Lucien Corvisart *sur une fonction peu connue du pancréas, la digestion des aliments azotés* (Gazette hebdomadaire, 8 mai 1857, p. 322), l'auteur, considérant sous le rapport thérapeutique le ferment provenant de cette glande espère qu'un jour « un artifice permettra de préserver la pancréatine de toute action gastrique et la fera arriver pure dans le duodénum... » Dans un but analogue, seulement plus général, celui de permettre au médecin avant de traiter certaines maladies telles que la fièvre typhoïde, l'entérorrhagie, etc. (1), de diriger l'action d'un médicament quelconque exclusivement sur l'intestin grêle, en prévenant son absorption dans l'estomac, je fis, il y a quelques années, d'assez longues expériences, qui, sans résoudre la question, me parurent du moins la simplifier. Ces expériences consistèrent dans l'étude de la *digestibilité des corps gras, baumes et résines solides* (2), substances qui, d'après leur composition chimique et les principes physiologiques généralement admis (3), on est naturellement amené à choisir lorsqu'on se propose de trouver des corps présentant, outre l'aptitude à former des enveloppes à divers médicaments, la double propriété de n'être pas digérés dans l'estomac et de l'être dans le duodénum. D'abord, j'examinai sur ces substances l'action du suc gastrique (préparé avec la caillette de veau, quelques gouttes d'acide chlorhydrique, de l'eau, le tout maintenu à environ 38 degrés), dans lequel étaient plongées pendant plusieurs jours, soit ces diverses substances pesées avant et après leur immersion, soit des pilules de matières animales recouvertes d'une couche de ces substances; double série d'expériences qui démontrent que le suc gastrique n'a aucune action digestive sur elles (4), mais seulement que la chaleur intérieure du corps peut ramollir quelques-unes d'entre elles (baume de tolu, storax) et faire fondre les plus fusibles (térébenthine cuite, etc.)

Ensuite j'arrivai à l'examen de l'action avec le suc pancréatique sur ces substances. 1° Je les mis en contact du suc exprimé du pan-

(1) Beaucoup d'entérites résistent, dit M. le professeur Grisolle (*Path. interne*, 2e édit., t. Ier, p. 275), par la difficulté qu'on éprouve à modifier les surfaces enflammées à l'aide de médicaments, qui, obligés de traverser les parties saines, n'arrivent sur celles qui sont malades qu'après avoir subi plus ou moins d'altération.

(2) Mémoire présenté à la *Société de biologie* au printemps 1854. Un rapport fut fait sur ce travail par M. le docteur Gubler.

(3) *Du suc pancréatique et de son rôle dans les phénomènes de la digestion* (*Archives génér. de médecine*, janvier 1849, p. 60, 72 et suiv.); Bernard. — *Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique, digestion des matières grasses*, p. 185 et suiv.; Mialhe, 1856, etc., etc.

(4) Contrairement à ce que semblerait indiquer le tableau dressé par M. Beaumont sur la digestion des divers aliments par le suc gastrique. V. Bérard, *Cours de physiologie*, t. II, p. 200.

créas et du tissu propre de cet organe, la température étant maintenue à environ 38 degrés, leur poids étant constaté avant et après l'expérience; 2° Je fis avaler à un animal des pilules faites avec ces substances, devant être digérées, ou devant se retrouver dans les fèces; 3° J'agis de même avec des pilules faites avec des aliments recouverts d'une couche de ces substances; 4° Enfin je fis prendre à des animaux des pilules de strychnine recouvertes également d'une couche de ces substances, dont la digestion devait devenir mortelle en permettant au poison d'agir, et dont l'indigestibilité sauverait l'animal qui rendrait par les selles ces pilules intactes. Par ces quatre séries d'expériences, je pus constater que *les matières grasses, balsamiques, résineuses,* ne sont digérées par le suc pancréatique et autres sucs intestinaux, c'est-à-dire, *ne sont digestibles, que lorsqu'elles sont fusibles à une température inférieure à celle du corps, ou de très peu supérieure.* Voici d'ailleurs un tableau synoptique qui me paraît présenter l'ensemble des faits principaux résultant des expériences précédemment exposées.

Substances.	*Digestion gastrique, ou action simultanée du suc gastrique et de la température intérieure du corps.*	*Digestion intestinale, ou action simultanée du suc pancréatique et autres sucs intestinaux et de la température intérieure du corps.*
Beurre	Fusion, non digestion. . .	Digestion.
Térébenthine cuite	*id.* *id.*	*id.*
Storax purifié par l'alcool. .	Ramollissement considérable, mais ni fusion, ni digestion.	*id.*
Storax ordinaire	Ramollissement	Digestion quelquefois incomplète.
Baume de Tolu.	Ramollissement considérable, non désagrégation	Digestion incomplète.
Stéarine	Quelquefois ramollissement superficiel	Digestion très incomplète.
Cire	Léger ramollissement. . . .	Digestion nulle.
Acide stéarique.	*id.*	*id.*
Benjoin.	Ramollissement nul.	*id.*
Colophane	*id.*	*id.*

D'après ce tableau on voit que, d'un côté, les premières substances, vu leur grande fusibilité, ne pourraient être utilement employées comme enveloppes protectrices pour préserver de la digestion stomacale des médicaments destinés à n'agir que dans l'intestin; que, de l'autre, les dernières, très aptes à protéger les médicaments de l'action du suc gastrique, néanmoins ne sont pas plus applicables, vu la résistance qu'elles présentent également à la digestion intestinale; et qu'enfin, celles qui paraissent les plus susceptibles de remplir le but proposé sont le storax, le baume de tolu, ou autres substances de fusibilité analogue, qui, se ramollissant sous l'influence de la température intérieure de l'estomac, conservent cependant assez de consistance pour mettre les médicaments qu'elles recouvrent à l'abri du suc gastrique, et que, probablement, on peut espérer de rendre complétement et constamment digestibles dans l'intestin en cherchant à déterminer leur préparation la plus convenable. Je sais que depuis plusieurs années on emploie avantageusement ces substances pour recouvrir certains médicaments, mais alors on se propose simplement de les préserver de l'action de l'air extérieur pouvant en altérer la composition; aussi la moindre couche suffit-elle pour obtenir ce résultat; mais ici pour les mettre à l'abri de la digestion stomacale, une couche très mince ne suffirait sans doute plus, car la dilatation du médicament enveloppé, sous l'influence de la température intérieure de l'estomac, amènerait probablement la rupture de l'enveloppe ramollie trop ténue, qui dès lors n'aurait plus d'utilité. D'un autre côté une couche trop épaisse ou trop peu fusible aurait également des inconvénients, car, n'étant qu'incomplétement digérée dans l'intestin, elle s'opposerait à l'action du médicament sur la partie du tube digestif sur laquelle il était destiné à agir. Je laisse, d'ailleurs, aux personnes plus habituées que moi aux manipulations pharmaceutiques, à indiquer la meilleure de ces substances et son meilleur mode de préparation.

G. Lagneau fils.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 27 JUILLET 1857.—PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Chimie physiologique. — *Nouveaux faits et considérations nouvelles contre l'existence de la fonction glycogénique du foie,* par M. *L. Figuier.* (*Comm.:* MM. Milne Edwards, Pelouze.) — (Nous publierons cet article *in extenso.*)

Physiologie.—*Observations sur la glycogénie,* par M. *H. Bonnet.* — Des recherches qui font l'objet de cette note, l'auteur tire les conclusions suivantes: — 1° Il n'y pas de sucre dans le sang de la veine porte d'un animal nourri avec de la viande; — 2° La formation posthume du sucre dans le foie, indiquée par M. Bernard, est parfaitement exacte; — 3° Il n'y a pas de sucre dans le sang de la circulation générale d'animaux nourris avec de la viande; — 4° Chez les animaux nourris de féculents, on ne trouve pas de sucre dans la veine porte quand la digestion est terminée. Il y a là une coïncidence remarquable avec le résultat négatif qu'on obtient chez l'animal nourri de viande; — 5° On a prétendu que le foie n'avait pas de propriété rigoureusement glycogénique, que dans le sang de la veine porte il existait un sucre non fermentescible, ou bien il s'y trouve une matière se rapprochant du sucre, mais qui ne deviendrait sucre qu'à son passage dans le foie. Mais alors, peut-on répondre, le foie serait donc capable de rendre ce sucre fermentescible ou de changer en sucre la substance quelconque de la série glucique qui se trouve pour le moment à l'état de mythe dans la veine porte? (*Comm.:* MM. Milne Edwards, Pelouze.)

Physiologie. — *Recherches sur la glycogénie,* par M. *Sanson.* « Je n'ai point prétendu que la matière glycogène présentât, dans toutes les conditions où on la rencontre, des caractères chimiques absolument identiques, et il est bien certain, au contraire, que les différences qu'elle peut offrir sous ce rapport viennent à l'appui de ma théorie. Intermédiaire entre l'amidon et la glycose, étant le résultat d'une métamorphose de l'amidon, laquelle s'accomplit à mesure qu'elle parcourt le cercle circulatoire, cette matière doit nécessairement présenter des caractères variables suivant l'état plus ou moins avancé de sa transformation.

» Le point important, à ce qu'il me semble, est de savoir si cette matière est bien véritablement glycogène, c'est-à-dire si, sous l'influence de la diastase végétale ou animale, elle se transforme en glycose. M. E. Pelouze se borne, dans sa note, à nier le fait. De mon côté, je l'affirme, et je possède des échantillons d'alcool résultant d'une fermentation obtenue par la levûre de bière avec cette matière extraite du sang et des muscles, préalablement mise en contact avec la diastase. Du reste, ce que M. E. Pelouze déclare inexact, M. Cl. Bernard le reconnaît fondé: il a constaté comme moi l'existence de la dextrine dans le sang et les tissus des grands herbivores sur lesquels il a expérimenté. Mais, s'il y a de la dextrine dans le sang, on ne niera point, j'espère, qu'il s'y trouve aussi de la diastase salivaire; or, tout le monde sait que le résultat du contact de ces deux corps est nécessairement de la glycose. Je l'ai démontré d'ailleurs expérimentalement. » (*Comm.:* MM. Milne Edwards, Pelouze.)

Anatomie comparée. — *Note sur quelques points importants de la physiologie de la moelle épinière,* par M. *Brown-Sequard.* — Des faits exposés dans cette note il ressort, dit l'auteur: 1° que, s'il y a lieu d'admettre que certaines parties blanches de la moelle épinière participent à la transmission des impressions sensitives, c'est surtout, néanmoins, dans la substance grise que s'opère cette transmission; 2° que les éléments conducteurs des impressions sensitives font leur entre-croisement en majeure partie, sinon en totalité, dans la moelle épinière.

M. *Biot*, président de l'Institut, informe l'Académie que la séance générale du 14 août est remise au lundi 17.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 4 AOUT 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Un rapport de M. le docteur *Bernier* (de Romorantin), sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné en 1857 dans la commune de Nonant-le-Fuselier. (*Commission des épidémies*.) — *b*. Un mémoire sur une épidémie de variole qui a régné à Plancher-les-Mines en 1857, par M. le docteur *Poulet*. (*Commission de vaccine*.)

2° L'Académie reçoit : — *a*. Une note sur un nouveau sphygmomètre, par M. le docteur *Poznanski*. (M. Poiseuille, *rapporteur*.) — *b*. Un mémoire sur le traitement de la goutte et du rhumatisme, par M. le docteur *Le Calvé*. (M. Bouillaud, *rapporteur*.) — *c*. Un mémoire sur l'action comparative du perchlorure et du persulfate de fer considérés comme coagulants, par M. *Jeannel* et *L. Moncel*, pharmaciens militaires. (*Comm.* : MM. Caventou, Robinet et Poggiale.) — *d*. Une lettre de réclamation de M. *Poullien*, fabricant d'instruments, au sujet de l'irrigateur vaginal à double courant présenté dans la dernière séance par M. *Mathieu*.

M. le *Président* annonce que M. *Mirault*, d'Angers, membre correspondant, assiste à la séance.

Lectures et Rapports.

THÉRAPEUTIQUE. — M. *Robinet* donne lecture d'une série de rapports sur les remèdes secrets et nouveaux présentés par des personnes étrangères à la médecine. (Les conclusions négatives de ces rapports sont adoptées sans discussion.)

PHYSIOLOGIE ET ANATOMIE. — M. *Bérard* lit une note sur cette question : *Quand on a intercepté les voies pancréatiques connues, reste-t-il quelques parties accessoires capables de suppléer les premières ?*

Messieurs, lorsque, le 21 avril dernier, j'eus l'honneur de lire à l'Académie un mémoire sur les fonctions du pancréas, il me vint à la pensée d'y joindre une note sur la signification de ce qu'on nomme le *petit conduit du pancréas* et sur quelques parties accessoires de cette glande. Je craignis, cependant, de rompre l'unité de mon travail et de distraire mal à propos l'attention que je voulais appeler tout entière sur la formation d'un chyle chargé de graisse sans intervention du suc pancréatique; je retranchai donc ma note, et je crois que j'eus raison. Fallait-il en faire ultérieurement l'objet d'une communication spéciale ? Une autre considération m'arrêtait. Quel serait le sujet de cette communication ? *Rechercher si, quand on a intercepté les voies pancréatiques connues, il reste quelques parties accessoires capables de suppléer les premières.* Ce titre me plaisait assez. Il fallait cependant, avant de donner suite à mon projet, que je m'assurasse qu'il y avait bien là une question digne de l'Académie.

Je sais combien sont précieux les moments de cette compagnie. Lui en dérober quelques-uns pour l'entretenir de futilités, c'eût été abuser de la bienveillante indulgence qu'elle a jusqu'à ce moment accordée à mes lectures. J'étudiai donc le sujet avec beaucoup de soin, et le résultat de cet examen fut qu'il n'y avait pas lieu de déranger l'ordre de vos travaux. Vous voyez que je suis peu tyrannisé par le sentiment de la paternité.

Les réflexions que je fis tout bas, je suis amené à les reproduire tout haut devant cette assemblée.

Je m'étais demandé, en premier lieu, si le petit conduit pancréatique, chez les animaux qui le possèdent, pouvait utilement suppléer le conduit principal, et annihiler en quelque sorte les résultats des expériences entreprises sur ce dernier.

Mais, me disais-je, chez les chiens, principales victimes de nos expériences, ce que nous faisons sur le gros conduit, nous avons soin de le répéter sur le petit. Si nous lions le premier, nous entourons ensuite le second d'une ligature ; si nous réséquons l'un, nous ne manquons pas de retrancher immédiatement un morceau de l'autre ; si, enfin, nous extirpons tout le corps du pancréas, nous emportons avec lui les deux canaux qui le traversent. Il n'y a donc rien à mettre en discussion devant l'Académie; et si nos expériences sont bien faites, ce dont jugera bientôt votre commission, on pourra en considérer les conclusions comme définitivement acquises à la science.

Mais, me disais-je encore, nous n'avons pas borné à l'espèce canine nos recherches sur les conditions de l'absorption des matières grasses. C'est sur un autre ordre de mammifères, c'est sur de grands ruminants que nous avons entrepris cette série d'expériences que personne avant nous n'avait tentées, que personne ne semble avoir répétées, expériences, enfin, qui attendent un contradicteur. Ne serait-il pas convenable de dissiper le doute qui [illegible] faire naître, dans l'esprit de quelques-uns des membres de l'Académie, sur la légitimité de nos conclusions, l'existence d'un petit [illegible] qui, chez certains sujets de l'espèce bovine, passe du pancréas dans les voies biliaires ?

Mais y avait-il réellement matière à doutes? Une explication était-elle nécessaire pour un auditoire aussi éclairé que celui devant lequel j'ai l'honneur de parler? Il ne me fallut pas de longues méditations pour me faire sentir encore une fois que je devais [illegible] tenir. Je m'étais placé au point de vue des médecins qui nient [illegible] les matières grasses puissent être absorbées sans le concours [illegible] fluide pancréatique, et j'avais raisonné de la manière suivante :

Une vache, au canal thoracique de laquelle nous établissons [illegible] fistule, nous donne, en vingt-quatre heures, 40 litres d'un [illegible] émulsionné comme celui d'un ruminant. Pour émulsionner [illegible] le pancréas a fourni son liquide par un conduit excréteur qui [illegible] jecté, a le volume du doigt indicateur d'un adulte. Peut-on [illegible] mettre que, dans le cas où l'on détournerait au dehors le suc [illegible] verse cet énorme conduit, le canal filiforme que je vous [illegible] verserait dans l'intestin de quoi émulsionner ces 40 litres de [illegible] J'eus à peine posé cette question, que je compris tout le [illegible] qui s'attacherait à mes paroles, si je m'avisais de l'agiter devant l'Académie. Demander à être entendu pour prouver, à la [illegible] que ce rudiment de canal excréteur ne peut fournir ce qu'il faudrait pour émulsionner 40 litres, c'est-à-dire 80 livres de chyle en vingt-quatre heures ! Ne ressemblerais-je pas à ce lourd orateur qui, au dire de Voltaire, prouva très longuement ce qui était clair pour tout le monde ?

Puisque j'ai été conduit, pourtant, à prendre la parole, je vais vous dire, à l'occasion de ce petit conduit, une chose dont on n'a point encore entretenu l'Académie.

La disposition anatomique qu'il présente est sans analogue, je crois, dans les appareils excréteurs des mammifères. Quelque habitué que je sois aux descriptions anatomiques, j'éprouve un certain embarras pour faire comprendre la particularité dont il s'agit.

Essayons, cependant.

Le conduit excréteur d'une glande représente, comme vous le savez, un arbre, dont le tronc est au lieu d'émergence du conduit et dont les rameaux, divisés et subdivisés dans le tissu de cette glande, aboutissent enfin aux lobules et aux culs-de-sac glandulaires. S'il y a deux conduits excréteurs, il y a deux arbres, communiquant ou ne communiquant pas l'un avec l'autre, et ayant, chacun, leurs branches, leurs rameaux, leurs lobules et leurs culs-de-sac glandulaires. Eh bien, messieurs, chez les animaux de l'espèce bovine, il y a deux conduits excréteurs (quand le petit existe), et cependant il n'y a qu'un arbre. Les ramifications de cet arbre unique, représenté par le gros conduit, se répandent dans toute la masse du pancréas ; mais parmi ces ramifications il s'en trouve une qui, au lieu de prendre naissance, comme les autres, dans les culs-de-sac glandulaires aboutit au canal cholédoque. Voilà le petit canal, qui véritablement ne réunit pas les conditions d'un conduit excréteur. Ceci va vous expliquer, messieurs, ce qu'un auteur moderne a écrit sur l'appareil excréteur du pancréas de l'homme, où l'on trouve aussi un petit canal : « Ce » petit conduit se fait remarquer par son calibre qui, contrairement » à ce qui a lieu dans le canal pancréatique principal, va en diminuant à mesure qu'il approche de son insertion intestinale, de telle

» sorte qu'il semble prendre naissance dans l'intestin pour se » porter par un trajet récurrent vers le gros canal. Ce petit con» duit pancréatique, que nous désignerons sous le nom de *canal* » *récurrent*, n'a évidemment pas le même rôle que le grand, que » nous appellerons *canal direct*. Tandis que ce dernier porte direc» tement le suc pancréatique dans l'intestin, il semble, au con» traire, que le canal récurrent ait plus de tendance, ainsi que » l'avait déjà observé Santorini, à déverser son liquide dans le gros » canal pancréatique que dans l'intestin. » De qui sont ces judicieuses paroles? De M. Cl. Bernard, dont les travaux sur l'appareil excréteur du pancréas sont, à ce qu'il m'a paru, d'une grande exactitude.

Avant de quitter ce sujet, je ferai remarquer à l'Académie que, si on liait le gros conduit, on ferait refluer, par le petit, du fluide pancréatique dans l'intestin. Mais dans nos expériences, le suc est simplement détourné, il coule au dehors par la canule adaptée au canal pancréatique, rien ne le sollicite ni ne le pousse vers l'intestin

Faut-il dire, enfin, qu'il n'y a plus d'objections possibles à nos conclusions, lorsque le petit canal manque? Les cas d'absence complète de ce canal ne nous sont pas contestés.

Il reste un point à éclaircir.

On a parlé de petites masses glandulaires supplémentaires qui, dans le cas d'interruption des canaux excréteurs, verseraient encore dans l'intestin assez de suc pancréatique pour tenir lieu de l'appareil principal.

Les documents tirés de l'emploi de la balance ne prêtent guère aux mouvements oratoires; mais ils ont une certaine force, et je les consulte volontiers. La balance nous a appris ici qu'un pancréas, dans l'espèce bovine adulte, pèse, en moyenne, 325 gram. (J'emprunte ce chiffre à des tableaux dressés depuis longtemps par *M. Colin*.) Nous voyons, d'autre part, qu'en moyenne aussi, les parties glandulaires accessoires dont nous nous occupons restent au-dessous du poids d'un gramme. Ces chiffres réduisent à un rôle bien insignifiant les parties dites supplémentaires dont on essaye de faire si grand bruit depuis quelque temps. Ce que je vais dire achèvera d'édifier l'Académie sur cet appareil de sécrétion.

Brunner, en 1715, étudia dans le duodénum une couche glandulaire qu'il nomma *pancréas secondaire*. On trouve, en effet, dans les parois de la partie supérieure du duonénum, entre la membrane muqueuse et la membrane musculaire, une couche très abondante de glandules. On la regardait assez généralement comme une sorte de pancréas secondaire, lorsque, dans son *Traité de physiologie*, M. Colin écrivit que le tissu de ces glandules ne ressemblait pas à celui du pancréas et que le produit de leur sécrétion différait chimiquement et physiologiquement du suc pancréatique.

En 1856, M. Bernard dit absolument la même chose. Il oublia, il est vrai, de parler de M. Colin; mais tout le monde n'a pas la manie de citer. Vous êtes, certainement, disposés à croire ce que MM. Bernard et Colin s'accordent à affirmer: vous me saurez gré, cependant, d'ajouter à une simple assertion une démonstration en règle. Il y a six mois environ, M. Colin et moi avons fait l'expérience suivante, que mon collaborateur avait déjà décrite dans son *Traité de physiologie*.

Sur un cheval, on lia le canal cholédoque et le canal pancréatique; on jeta une troisième ligature sur l'orifice pylorique et une quatrième sur la fin du duodénum, après avoir, autant que possible, vidé cet intestin de ce qu'il contenait, par une pression extérieure. Vous comprenez que dans cet état un animal n'est pas destiné à vivre bien longtemps; en effet, on le tue au bout d'une heure et demie. On ouvre le duodénum, et de cet intestin, qui était vide au commencement de l'expérience, on retire 100 gr. environ d'un liquide dont la transparence dépasse celle du plus beau cristal, et dont la viscosité est telle, que si l'on incline le bord du vase qui le contient, il s'échappe en une masse unique ou reste en entier dans ce vase. D'autres caractères le distinguent du suc pancréatique: il n'émulsionne point les graisses; le suc pancréatique les émulsionne: il n'acidifie point les corps gras; le suc pancréatique les acidifie: il n'est point coagulable par la chaleur; le suc pancréatique normal se coagule comme du blanc d'œuf, etc.

D'où vient ce liquide? Il est, messieurs, sécrété par le prétendu pancréas secondaire de certains auteurs. Remarquez bien que, sur ce point, M. Bernard ne tiendrait pas un autre langage que le mien. Mais que nous restera-t-il donc pour constituer ce fameux pancréas secondaire? Rien, chez un certain nombre de sujets; chez d'autres voici ce que vous observerez. Le pancréas, on le sait, accompagne et recouvre son propre conduit jusqu'au duodénum. Arrivé là, il abandonne parfois quelques granulations qui se glissent entre le péritoine et la membrane musculaire et se retrouvent alors dans la paroi intestinale. Il semble que le spécimen le plus considérable de cette sorte de pancréas secondaire ait été fourni par le lapin. On représente une des glandes de cet animal qui égale en volume le quart de la graine de l'*ervum lens* (la lentille). Ce n'est pas gros; mais quel admirable usage on sait tirer du pancréas secondaire! Si après avoir lié le conduit pancréatique la chylification a paru interrompue, on regarde l'expérience comme bonne, comme démonstrative, et l'on se garde bien de parler du pancréas secondaire; mais si, après que le canal pancréatique a été lié on trouve encore du chyle chargé de graisse, du chyle émulsionné, vite on fait appel au pancréas secondaire, et la doctrine est sauvée! *E sempre bene*, comme disent les Italiens.

Dans l'espèce bovine, on ne voit point de ces granulations pancréatiques dans la paroi du duodénum; on a cherché ailleurs, et même fort loin du conduit excréteur, un pancréas secondaire. Constamment, chez ces grands ruminants, le pancréas contracte adhérence avec la surface externe du canal cholédoque. Si c'est cette portion adhérente qu'on appelle *pancréas secondaire*, je suis obligé de dire que ce prétendu pancréas secondaire n'est autre chose que le pancréas lui-même; il se continue avec le pancréas sans ligne de démarcation. Il s'injecte avec lui par le canal pancréatique; mais on a trouvé quelquefois, dit-on, une petite glande distincte du pancréas en connexion avec le canal cholédoque. Le volume de cette glande peut atteindre celui d'une cerise. Nous sommes trop réservés pour nier l'existence d'un fait parce que nous ne l'avons pas constaté; mais nous abandonnons à la pénétration de l'Académie de discerner si, après qu'on a détourné au dehors l'humeur du grand canal pancréatique, cette petite glande, quand elle existe, pourrait émulsionner encore, en vingt-quatre heures, la matière grasse de 80 livres de chyle. J'ai apporté et je présente le pancréas du bœuf que les habitants d'Alfort mettent aujourd'hui dans leur pot au-feu (nous ne choisissons pas nos pièces). Ceux de MM. les académiciens qui voudraient, après cette lecture, me suivre dans la bibliothèque, pourront se convaincre que sur ce sujet la partie de la glande adhérente au canal cholédoque n'est autre que le pancréas lui-même. Ils reconnaîtront aussi que le petit canal n'existe pas, puisque l'eau poussée avec une seringue dans le conduit pancréatique ne pénètre pas dans le canal cholédoque.

Messieurs, mon seul but, en rédigeant cette note, a été de démontrer que la configuration des parties qui constituent la glande et l'appareil excréteur du pancréas ne met aucun obstacle à ce qu'on applique l'expérimentation à la détermination de leurs usages.

Une commission de l'Académie est saisie d'une question importante qui depuis bientôt dix ans tient en éveil l'attention des corps savants. Elle a entre les mains les moyens de l'élucider: Je l'adjure de les mettre en usage.

PATHOLOGIE. — M. *Gubler*, professeur agrégé de la Faculté et médecin de l'hôpital Beaujon, donne lecture d'un mémoire intitulé: *Etudes sur l'origine et les conditions de développement de la mucédinée du muguet* (*oïdium albicans*).

L'auteur résume ce travail dans les conclusions suivantes:

1° Les concrétions d'apparence pultacée connues des cliniciens sous le nom de *muguet* sont constituées par un champignon de la famille des mucédinées (*oïdium albicans*).

2° Sans recourir à l'hypothèse des générations spontanées, nous admettons que l'*oïdium* provient de spores disséminées dans l'atmosphère, dont quelques-unes se fixent à l'entrée du tube digestif et s'y développent.

3° Si le muguet doit son origine à des spores apportées par l'air, ces spores étant nécessairement plus abondantes là où règne la maladie, l'invasion du cryptogame est plus imminente pour ceux qui habitent ces lieux.

Un espace confiné, une salle de malades, par exemple, où se trouvent des sujets atteints de muguet, peut donc, en quelque sorte, constituer un foyer d'infection, les cryptogames se transmettant d'un individu contaminé à un individu sain par l'intermédiaire de l'air.

4° Il existe un autre mode de propagation par contagion proprement dite, comme le démontrent les expériences, suivies de succès, dans lesquelles des filaments cystoïdes empruntés à un enfant malade et portés dans la bouche saine d'un autre enfant, ont reproduit le muguet chez celui-ci.

5° Mais les spores en suspension dans l'atmosphère, qui viennent s'attacher à la muqueuse buccale, ou les filaments de thallus qui sont apportés accidentellement dans la bouche, ne produisent pas fatalement le muguet. Le développement de ce champignon microscopique exige des conditions qui ne se rencontrent que dans certains états morbides. Les maladies dans lesquelles on a le plus souvent occasion d'observer le muguet sont les dérangements des voies digestives chez les enfants du premier âge et chez les adultes, la phthisie pulmonaire à sa dernière période, la fièvre typhoïde et les angines.

Dans ces affections diverses on retrouve un caractère commun : c'est l'état morbide des voies digestives, avec altération des sécrétions buccales, qui d'alcalines sont devenues acides.

6° Tout porte à penser que cette réaction est la condition d'où dépend le développement de l'*oïdium albicans;* car, d'une part, elle est constante tant que la végétation cryptogamique est progressive ou au moins stationnaire ; d'autre part, on sait que l'état acide des liqueurs tenant en dissolution des matières organiques favorise singulièrement l'apparition des moisissures. Enfin, la clinique nous enseigne qu'en dehors des agents de destruction mécaniques ou caustiques, il n'y a pas de meilleur moyen de le faire disparaître sans retour que d'employer les alcalins.

7° Les spores de l'*oïdium albicans*, rencontrant donc un milieu acide, germent rapidement comme dans un terrain qui leur convient. Leurs filaments se développent, soit dans des amas de cellules épithéliales en desquamation, mêlées à des concrétions de mucus altéré et à des parcelles alimentaires, soit dans l'intervalle laissé entre le derme muqueux et l'épithélium soulevé, soit enfin dans les cavités glandulaires. Le cryptogame vit uniquement aux dépens de cet *humus* approprié ; il ne pénètre pas dans l'interstice des tissus et n'emprunte rien aux sucs en circulation : c'est donc un faux parasite.

D'ailleurs, la présence de l'oxygène est utile à l'*oïdium albicans* comme aux autres mucédinées : les régions accessibles à l'air sont précisément celles où il pullule.

8° La production du muguet est donc un simple accident, un épiphénomène, si l'on veut, dans le cours d'affections variables quant à leur nature et à leur gravité.

9° Toutefois il peut constituer une complication en ce sens que, bouchant les conduits glandulaires, tapissant les surfaces muqueuses d'une couche plus ou moins épaisse et continue, entretenant la fermentation acide des produits sécrétés à la manière du cryptogame de la levûre (*torula cerevisiæ*) pour la fermentation alcoolique, irritant même par sa présence les surfaces sur lesquelles il s'est fixé, il s'opposerait ainsi pendant un certain temps au retour vers l'état normal.

10° Quelques conséquences thérapeutiques peuvent être déduites de toutes ces propositions. D'abord, il importe de soustraire les enfants sains au voisinage et surtout au contact des enfants attaqués par le cryptogame ; ensuite, si le muguet est développé, il faut en débarrasser mécaniquement les régions envahies ou même le détruire sur place avec le nitrate d'argent, les lotionner avec une solution fortement alcaline et même administrer l'eau de Vichy en boisson, pourvu qu'il n'y ait pas de contre-indications tirées de l'état général du sujet. En un mot, c'est dans la pseudo-diphthérite du muguet qu'il faut chercher le triomphe des alcalins (*Comm.:* MM. Beau, Blache et Chatin.)

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 3 JUILLET 1857. — PRÉSIDENCE DE M. DENONVILLIERS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend plusieurs mémoires, un numéro du *Bulletin de la Société des hôpitaux, de la Société* médicale de *Valence*, etc.

M. *Gros*, élu membre de la Société dans la précédente séance, est invité par M. le président à prendre place au milieu de ses nouveaux collègues.

La commission pour l'examen des employés qui font valoir leurs droits à la retraite est composée, pour le présent trimestre, de MM. de Pietra Santa, Guibout, Gros et Briquet.

M. *le président* donne lecture d'une circulaire adressée par la Société médico-pratique à toutes les sociétés médicales de Paris, elle demande que la Société veuille bien nommer trois membres pour constituer une commission qui devra demander des modifications aux lois qui régissent la médecine. La Société, après discussion, décide qu'il n'y a pas lieu en ce moment à nommer une commission. M. le secrétaire général est chargé de transmettre à la Société médico-pratique la réponse de la Société.

La parole est à M. *Duparcque* pour la communication suivante :

Sur l'établissement des eaux sulfureuses de Pierrefonds, et l'administration de ces eaux par inspiration, nouvelle méthode instituée par M. le docteur Sales-Girons.

Dans la séance du 15 mai dernier, M. le docteur *Sales-Girons* nous a présenté un appareil destiné à fragmenter l'eau, à la réduire comme en poussière, dans le but de remplacer les vapeurs dans les salles d'inhalation.

Comme l'a rappelé notre honorable confrère, la vapeur, soit qu'elle provienne de l'évaporation spontanée de l'eau thermale à un haut degré ou qu'elle soit artificiellement produite par ébullition, cette vapeur n'est généralement formée que de particules d'eau avec peu ou point des substances minéralisantes qu'elle contient. En effet, si les parties de ces substances s'y trouvent entraînées à cause de leur volatilité, la plupart, fixes, restent dans l'eau mère, même jusqu'à évaporation complète.

Dans la pulvérisation de l'eau, au contraire, tout s'y retrouve. Chaque particule a sa part proportionnelle des substances étrangères ou médicamenteuses que le liquide contenait en dissolution ou même en suspension. On peut donc dire qu'en aspirant cette espèce de vapeur qui résulte de cette division ou pulvérisation, on respire l'eau telle qu'on la boit, tandis qu'on n'aspire que de l'eau simple, quelle que soit la composition du liquide, pour les vapeurs thermales ou par ébullition qui jusqu'alors alimentaient les salles d'inspiration.

M. Sales-Girons nous a dit et l'on conçoit facilement les immenses avantages de l'administration des eaux minérales sous cette forme nouvelle. A l'action locale, directe, topique, dans les cas d'affection de poitrine, se joint l'absorption si active sur la vaste surface des bronches et des vésicules pulmonaires, favorisée par l'état de division de l'eau, et partant une action générale ou modificatrice évidemment plus complète que par l'usage de ces mêmes eaux en boisson.

Quant à la division de l'eau en une sorte de poussière, qu'elle contienne ou non des substances étrangères ou médicamenteuses, ce phénomène s'accomplit sous nos yeux dans une foule de circonstances. Ainsi, dans les cascades, l'eau échappée en masse est bientôt réduite en une sorte de brouillard plus ou moins épais, en se brisant contre les roches qu'elle rencontre sur son passage.

s flots de la mer, en frappant les falaises et les roches, rejaillissent alement, non-seulement en écume mousseuse, mais en grande rtie en cette espèce de brouillard qui s'élève et s'épand à des stances plus ou moins grandes, et répand au loin une humidité lée... Et, plus près de nous, ne voit-on pas l'eau qui s'élève ı colonnes compactes plus ou moins volumineuses, des jets d'eau ; nos jardins, de nos places publiques, se divisant de la même anière, et retombant en pluie, en poussière. Ici la résistance : l'air contre laquelle vient se briser l'eau élancée suffit pour oduire ce phénomène. C'est à cette cause aussi qu'il appartient ns les chutes d'eau d'un lieu très élevé, comme dans celles que n voit dans les montagnes : l'eau n'arrive au sol qu'à l'état de vision pulvérulente.

L'exemple et les principes, la projection de l'eau contre une sistance pour sa pulvérisation, ne manquaient donc pas, et l'on urait tout lieu de s'étonner qu'on n'en ait pas plutôt profité pour n faire l'application dans l'emploi des eaux minérales, si l'on ne vait généralement qu'un long temps s'écoule avant que les idées s plus simples n'éclosent sous l'inspiration du génie, si ce n'est ar un heureux hasard. A notre savant et honorable collègue, l. Sales-Girons, l'honneur d'avoir saisi, compris la valeur, la uissance de ce phénomène de pulvérisation de l'eau, et pressenti es services que pourrait rendre son application à l'administration des eaux minérales.

Le très ingénieux appareil qu'il vous a présenté, fondé sur une juste appréciation des causes qui dans les faits précités président à la pulvérisation de l'eau, la force de projection et une force de résistance, en remplit exactement les conditions et produit parfaitement les effets voulus.

Frappé comme vous, messieurs, de la haute importance de ce nouveau mode d'emploi des eaux minérales, nous avons voulu le voir en action. Tel a été le but d'une visite que nous venons de faire à Pierrefonds, où il est en plein fonctionnement. Nous avons pensé que vous entendriez avec intérêt les résultats d'observations et remarques qui pourront contribuer à compléter la communication que nous avait faite à ce sujet M. Sales-Girons.

La salle d'inhalation, vaste pièce où peuvent être admises une vingtaine de personnes, partie assises, partie debout et circulant, est largement éclairée et aérée par des portes et des fenêtres. Au milieu est une table ovalaire, oblongue, du centre de laquelle s'élèvent à distance trois colonnes ou tuyaux terminés chacun par l'*appareil*. L'eau, poussée par une certaine force de pesanteur ou de refoulement, s'échappe par quatre petits tubes divergents en filets, du volume d'une aiguille, qui, à quelques centimètres, rencontrent la surface convexe de disques métalliques contre laquelle l'eau se brise, se divise, se pulvérise, s'éparpille, comme le fait un rayon de lumière sur un miroir convexe. Il en résulte un nuage, un brouillard qui enveloppe les appareils, s'étend et remplit en quelques instants toute la salle. Nous avons constaté que dès qu'elle est saturée, on peut impunément ouvrir portes et fenêtres, pourvu qu'il n'y ait pas de tourmentes dans l'air, de vents prononcés. Les courants ordinaires sont sans influence sur cette vapeur qu'ils ne semblent ni entraîner ni diminuer, probablement parce qu'elle est incessamment reproduite et entretenue.

Il est une remarque qui nous a frappé et qui mérite, croyons-nous, d'être prise en considération.

Dès que l'espèce de nuage que produisent les appareils enveloppe la table, et bien qu'il ne paraisse pas encore s'étendre au delà, les murs ne tardent pas cependant à suinter, et dans l'espace intermédiaire en apparence non encore envahi, on se sent trempé d'humidité en quelques instants ; on ressent en même temps sur les parties découvertes l'impression d'humidité que l'odeur et l'inspiration trahissent aussi. Là donc la poussière d'eau existe, mais à son plus haut degré de division qui la rend, sinon impalpable, au moins invisible.

C'est aussi ce qu'on observe au voisinage des cascades, des bords de la mer, des jets d'eau, à des distances auxquelles on peut se croire à l'abri du brouillard qui se produit ; on n'est pas moins trempé, et si c'est près de la mer, la projection invisible de l'eau se trahit en outre par la saveur salée que l'on constate en passant la langue sur les lèvres ou toute autre partie découverte, les mains, par exemple.

L'aspect vaporeux, nuageux, partant du foyer de projection, provient sans aucun doute, d'une part, de l'état de plus grande concentration de la poussière d'eau, et, d'autre part, de ce que les particules du liquide étant plus volumineuses, n'ont pas encore atteint leur plus haut degré de division.

Eh bien, il nous semble que l'on pourrait tirer un parti rationnel avantageux de ces états de pulvérulence à divers degrés, selon qu'on est plus ou moins près des appareils.

Ainsi, pour les cas où l'indication principale offre une action topique sur l'organe pulmonaire malade, seraient affectées les places autour de la table, au milieu des foyers de pulvérisation où les particules aqueuses sont plus volumineuses.

L'espace en dehors serait réservé aux malades chez lesquels on aurait plus particulièrement pour but une action modificatrice générale. Là en effet l'eau médicamenteuse, étant au degré le plus extrême de division, se trouve dans les conditions les plus favorables à l'absorption par les surfaces bronchiques et vésiculaires.

Enfin, et peut-être cela a-t-il été déjà fait, ne pourrait-on pas remplacer les bains de vapeur médicamenteux ou minéraux, tels qu'on les emploie jusqu'à présent, par des appareils de pulvérisation.

Quoi qu'il en soit, de très beaux résultats ont déjà été obtenus à Pierrefonds de ce mode d'inhalation respiratoire des eaux minérales de Pierrefonds, appliqué spécialement aux maladies chroniques de poitrine et particulièrement à la phthisie pulmonaire.

Nous sommes de ceux qui rapportent en général une grande partie des bienfaits que l'on obtient de l'usage des eaux minérales prises aux sources mêmes, aux influences non moins efficaces des conditions nouvelles dans lesquelles les malades s'y trouvent. Ce sont des accessoires favorables, dit-on ; nous les regardons au moins comme de puissants auxiliaires. Sous ce rapport, Pierrefonds ne laisse rien à désirer. Il faudrait une plume plus exercée que la nôtre pour donner une juste idée de la bonne organisation de l'établissement, du confortable, des agréments et de la variété de la vie qu'on y trouve, et surtout pour dire les charmes curieux et pittoresques de cette position exceptionnelle que tout concourt à embellir.

Tous ces avantages réunis expliquent la vogue méritée que prend Pierrefonds, surtout depuis la direction savamment intelligente de notre honorable confrère M. Sales-Girons et sa précieuse innovation, vogue qui ne peut que s'accroître et rivaliser avec celle des établissements de bains minéraux les plus justement renommés.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 7 AOUT 1857.

Cas d'épilepsie causée par des hydatides à la base du crâne, par M. *Gros*.

Rapport sur la Thèse du docteur Le Saulnier : Des affections mentales chez les enfants, et en particulier de la manie, par M. *Brierre de Boismont*.

Rapport de M. Briquet sur plusieurs mémoires du docteur Omer-Marquez (de Colmar).

Du panaris et du phlegmon des doigts, par M. *Bauchet*.

La discussion sur le mémoire de M. *Fauconneau-Dufresne* (Du diabète et de son traitement) est remise à la seconde séance d'août.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés, deux mémoires par M. HERVIEUX.

Dans le premier mémoire, qui date de trois ans, mais que nous nous sommes fait un devoir de rapprocher du second, dont la pu-

blication est toute récente, l'auteur étudie les altérations de plaques de Peyer et des follicules isolés chez les enfants âgés d'un mois à un an ; les conclusions de ce travail en résument parfaitement le contenu : nous n'avons donc qu'à les reproduire.

1° Il existe chez les nouveau-nés un état pathologique anatomiquement caractérisé par l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés.

2° Les plaques de Peyer, anormalement développées, ont pour caractères principaux :

a. D'être peu nombreuses. On en compte 6 à 8, 12 à 15, rarement davantage.

b. D'occuper le bord convexe de l'intestin et particulièrement la fin de l'iléon et le cæcum.

c. De présenter des colorations très-variées qu'on peut ramener à trois types distincts : plaques grises, plaques rouges et plaques jaunes.

d. D'apparaître sous la forme de petits îlots ovalaires ou circulaires, sans être jamais gaufrées ou réticulées.

e. D'être presque toujours molles, spongieuses, faciles à diviser, rarement dures et comme lardacées.

f. De s'ulcérer rarement.

3° Les follicules isolés hypertrophiés peuvent revêtir deux formes très-distinctes : la forme granulée ou psorentérique et la forme criblée.

4° Les ganglions mésentériques n'offrent d'autres altérations qu'une légère augmentation de volume, un état d'injection plus ou moins prononcé et une faible diminution de leur consistance.

5° Parmi les lésions intestinales concomitantes, il faut signaler :

L'injection à des degrés divers, l'anémie, le ramollissement partiel ou général, parfois des ulcérations, l'existence de divers produits morbides, caillots sanguins, pus, muguet, etc.

6° On peut rencontrer dans la séreuse péritonéale des produits variés, tels que sérosité, sang, pus et fausses membranes.

7° Du côté des autres viscères contenus dans l'abdomen, on observe des modifications très-variées et si peu constantes, qu'elles ne nous paraissent pas pouvoir être rattachées directement à la lésion intestinale que nous étudions.

8° Au premier rang, parmi les lésions de l'appareil respiratoire, il faut placer celles de la pneumonie à tous les degrés, puis des épanchements divers dans la plèvre, les uns séreux ou sanguinolents, les autres franchement inflammatoires, puis des foyers apoplectiques pulmonaires, et enfin l'emphysème interlobulaire.

9° Les lésions de l'appareil circulatoire sont : des épanchements séreux ou sanguinolents dans le péricarde, un état de congestion plus ou moins prononcé de l'endocarde et de la membrane interne des artères, l'injection des vaisseaux propres du cœur, l'existence de concrétions sanguines dans les cavités droites et gauches, la persistance du trou de Botal et du canal artériel. Il est bon d'ajouter que ces lésions sont loin d'être constantes.

10° Les modifications de l'organe encéphalique sont : tantôt un état d'injection plus ou moins prononcé, tantôt une pâleur profonde de la masse cérébrale, parfois un ramollissement général des deux substances, des épanchements séreux ou sanguins dans l'arachnoïde, et enfin, par exception, une véritable hémorrhagie cérébrale.

11° Si l'on range par ordre de fréquence les symptômes que fournit l'appareil digestif dans l'altération des plaques de Peyer chez les nouveau-nés, on trouve la diarrhée, le météorisme abdominal, le muguet, les vomissements, le gargouillement, la constipation, les ulcérations de la voûte palatine et la gangrène de la bouche.

12° Les troubles circulatoires consistent dans l'existence d'un appareil fébrile plus ou moins intense suivi ou non des symptômes de l'algidité progressive.

13° Parmi les troubles de la respiration, je signale l'accélération des mouvements respiratoires allant jusqu'à la dyspnée dans le cas de fièvre intense, leur ralentissement progressif dans le cas d'algidité progressive, la toux, les râles de la bronchite ou de la pneumonie, la faiblesse du cri, des bâillements fréquents, et dans la période ultime de la maladie, l'écume à la bouche et aux narines et la respiration diaphragmatique.

14° Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on observe les phénomènes nerveux suivants : agitation extrême, cris hydrencéphaliques, dilatation des pupilles, strabisme et contracture des extrémités.

15° Les modifications pathologiques dont la peau est le siége, rangées par ordre de fréquence, sont les suivantes : 1° érythème, mais surtout érythème anal ; 2° sclérème ; 3° ictère ; 4° érysipèle ; 5° ulcérations ; 6° purpura ; 7° pemphigus ; 8° cyanose ; 9° abcès multiples.

16° Au nombre des symptômes généraux, il faut ranger la décoloration générale de la peau, l'émaciation progressive, l'abattement et finalement les phénomènes qui caractérisent la décrépitude infantile.

17° Presque toutes les maladies que les nouveau-nés sont susceptibles de contracter peuvent compliquer l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés.

18° Aucun des phénomènes symptomatiques que nous avons signalés n'étant spécial à l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés, le diagnostic ne doit être porté qu'avec une extrême réserve.

19° Le pronostic est grave ; mais cette gravité n'est pas absolue ; elle dépend surtout des conditions hygiéniques, au milieu desquelles se trouve le nouveau-né.

20° Sans nier les prédispositions individuelles, nous attribuons une large part dans la production de l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés à l'influence nosocomiale, à l'allaitement artificiel et à l'oubli des soins qu'exige le nouveau-né.

21° Toute méthode de traitement, dans laquelle on ne mettra pas au premier rang les moyens hygiéniques, est d'avance et fatalement vouée à l'impuissance. (Lu à la *Société de médecine des Hôpitaux*, le [illegible] 1854, et publié dans la *Gazette médicale de Paris*, année 1856.)

— Les faits contenus dans le second travail, *et qui se rapportent à des enfants âgés d'un à douze mois*, peuvent se résumer dans les propositions qui suivent :

1° L'altération des plaques de Peyer, étudiée chez les enfants d'un à douze mois, comparativement à la lésion de ces mêmes plaques chez les sujets d'un jour à un mois, se distingue par les caractères suivants : siége toujours le même, consistance identique, nombre, étendue et volume plus considérable, rareté moindre des plaques jaunes, identité de formes, sauf l'aspect grenu qu'on observe dans certains cas, fréquence plus grande des ulcérations.

2° L'altération des follicules isolés peut revêtir, chez les enfants âgés d'un à douze mois, les deux formes, criblée et psorentérique, que nous avons observées chez les nouveau-nés ; seulement la forme criblée est celle qu'on rencontre le plus fréquemment chez les premiers.

3° Chez les enfants âgés d'un à douze mois, les ganglions mésentériques sont plus injectés, plus volumineux que chez les nouveau-nés, quelquefois ramollis ; dans certains cas, d'un blanc mat, durs et comme infiltrés d'une matière fibro-plastique ; d'autres fois, enfin, tuberculeux.

4° Quant aux lésions concomitantes du tube digestif, on peut dire d'une manière générale que les congestions, soit actives, soit passives, aussi bien que les extravasations sanguines qui en sont la conséquence, sont beaucoup moins fréquentes chez les enfants âgés d'un à douze mois, que chez les nouveau-nés ; mais, en revanche, l'anémie, le ramollissement de la muqueuse, s'observent bien plus souvent, et la tendance aux invaginations est incomparablement plus prononcée.

5° En ce qui concerne les autres viscères de l'abdomen, tels que le foie, la rate, les reins, les uretères, la vessie, etc., les lésions nombreuses et variées qu'ils présentent nous paraissent, chez les enfants d'un à douze mois, comme chez les nouveau-nés, être complétement indépendantes de l'altération intestinale qui fait l'objet de ce travail. Pour se convaincre de la vérité de cette assertion, il suffira de se reporter à la partie de notre mémoire qui traite de ces diverses lésions.

6° L'existence de concrétions sanguines occupant les cavités droites ou gauches, mais surtout les cavités droites, telle est la seule lésion importante et digne d'être notée, qu'on observe du côté du cœur chez les enfants âgés d'un à douze mois, tandis que, chez les nouveau-nés, nous avions noté, dans la maladie que nous étudions, la fréquence des lésions suivantes : persistance du trou de Botal et du canal artériel, congestions actives ou passives de l'endocarde et de la membrane interne qui tapisse l'orifice interne des gros vaisseaux, épanchements péricardiques, etc.

7° Les lésions qui caractérisent la pneumonie, la pleurésie, l'emphysème pulmonaire et les tubercules pulmonaires ou ganglio-bronchiques, sont beaucoup plus fréquentes dans l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés chez les enfants d'un à douze mois que chez les nouveau-nés, mais les hémorrhagies pulmonaires sont infiniment plus rares chez les premiers que chez les seconds.

8° Les lésions que l'on constate du côté de la cavité crânienne, examinées comparativement chez les enfants âgés d'un à douze mois et chez les nouveau-nés ; présentent les différences suivantes : chez les premiers, la congestion encéphalique se manifeste par un piqueté plus ou moins prononcé des deux substances ; chez les seconds, par une rougeur diffuse. L'état congestionnel des vaisseaux de la pie-mère et des sinus cérébraux n'est guère moins fréquent chez les uns que chez les autres. Mais c'est surtout chez les nouveau-nés qu'on rencontre les cas d'hémorrhagie méningée et de ramollissement général de la substance encéphalique. Enfin, si chez ces derniers on observe plus fréquemment des épanchements séreux dans l'arachnoïde et dans les ventricules, on observe plus

équemment chez les enfants âgés d'un à douze mois la méningite franke, avec pus et fausses membranes.

9° Somme toute, si chez les nouveau-nés les congestions passives, les panchements séreux ou sanguins sont plus fréquents dans l'affection qui nous occupe, en revanche les inflammations franches, soit des séreuses, soit des parenchymes, se montrent beaucoup plus souvent chez les enfants un à douze mois.

10° Parmi les symptômes de l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés, la diarrhée occupe toujours le premier rang. Elle présente les mêmes caractères chez les sujets d'un à douze mois que chez les nouveau nés. Seulement elle apparaît plus souvent chez les premiers avec les caractères de la diarrhée séreuse et cholériforme.

11° La constipation rebelle n'est guère moins rare chez les enfants âgés un mois à un an que chez les nouveau-nés. Chez les uns et les autres, le alterne le plus souvent avec la diarrhée.

12° Le météorisme, pour être un peu moins fréquent que chez les nouveau-nés, n'en est pas moins un symptôme très important de l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés chez les enfants âgés un mois à un an.

13° Chez les sujets d'un à douze mois, comme chez les nouveau-nés, gargouillement abdominal est rarement limité aux fosses iliaques. se perçoit, quand il existe, dans presque toute l'étendue de l'abdomen.

14° La rétraction des parois abdominales et la saillie à travers ces parois des circonvolutions sont des symptômes plus fréquents chez les sujets d'un à douze mois que chez les nouveau-nés, et qui, quand ils s'accompagnent de vomissements rebelles, de la fixité du regard avec dilatation ou contracture des pupilles, me paraissent significatifs de l'existence convulsions intestinales.

15° En général, dans l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés, les vomissements sont moins fréquents chez les sujets d'un douze mois que chez les nouveau-nés, mais ils sont plus souvent ilieux.

16° Très fréquent chez les nouveau-nés dans l'affection qui nous occupe, le muguet ne se montre plus qu'exceptionnellement passé le premier mois de la vie extra-utérine.

17° Habituellement humide et couverte d'un simple enduit muqueux chez les sujets d'un à douze mois comme chez les nouveau-nés, la langue acquiert, dans certains cas, assez rares il est vrai, une sécheresse extrême chez les premiers, et peut même, exceptionnellement, se couvrir, ainsi que les lèvres, de croûtes fuligineuses et noirâtres.

18° La fièvre est un phénomène constant chez les sujets d'un à douze mois, atteints de l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés. Elle est généralement beaucoup plus intense que chez les nouveau-nés, et ce n'est que par exception qu'elle fait place, comme il arrive souvent chez ces derniers, aux symptômes de l'algidité progressive.

19° Les troubles fonctionnels qui révèlent l'existence de la pneumonie, soit lobulaire, soit lobaire, tels que la dyspnée, la toux, la production des râles caractéristiques, etc., sont encore plus fréquents, et, dans tous les cas, beaucoup plus accusés chez les enfants âgés d'un à douze mois que chez les nouveau-nés proprement dits, dans la maladie qui nous occupe.

20° Les accidents nerveux qu'on observe chez les enfants d'un mois un an atteints de l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés l'emportent également de beaucoup, et par le nombre, et par la fréquence, et par l'intensité, sur ceux qu'on rencontre dans la même affection chez les nouveau-nés.

21° Les convulsions cloniques sont beaucoup plus fréquentes chez les enfants âgés d'un à douze mois que chez les nouveau-nés dans l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés, et se produisent soit isolément, soit conjointement avec les convulsions toniques, soit enfin alternativement avec ces dernières.

22° Les manifestations de la douleur sont beaucoup plus nombreuses chez les enfants d'un à douze mois que chez les nouveau-nés, et se traduisent non-seulement par des cris plus ou moins aigus, mais par des contractions répétées des muscles de la face, un air de souffrance répandu sur tout le visage, de l'agitation, par le balancement spasmodique de la tête (balancement céphalique), par un tremblement nerveux des mains, etc.

23° Parmi les lésions de l'appareil tégumentaire qui accompagnent l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés, l'érythème et les ulcérations périmalléolaires, le purpura et la diathèse purulente, se produisent beaucoup plus rarement chez les sujets d'un à douze mois que chez les nouveau-nés.

24° Les phénomènes par lesquels se caractérise l'aspect général du sujet chez les enfants d'un à douze mois, atteints de l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés, sont, comme chez soixante et un nouveau-nés, la décoloration générale de la peau et des muqueuses accessibles à la vue, l'excavation des yeux, l'amaigrissement extrême, et de plus, dans certains cas, la stupeur, l'hébétude de la face, la prostration excessive des forces, les fuliginosités de la langue et des lèvres, en un mot la plupart des symptômes qui, chez l'adulte, caractérisent l'état typhoïde.

25° Si l'algidité progressive, le sclérème, l'ictère, la cyanose, la diathèse purulente, ne s'observent plus chez les enfants âgés d'un mois à un an, comme chez les nouveau-nés, à titre de complications possibles de l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés, on voit en revanche survenir chez les premiers d'autres maladies intercurrentes, telles que la phthisie pulmonaire ou bronchique, la méningite tuberculeuse, la coqueluche, la rougeole, la variole, etc.

26° La durée de la maladie est généralement plus longue, sa marche moins foudroyante, et conséquemment son pronostic moins grave chez les enfants d'un à douze mois que chez les nouveau-nés.

27° Le diagnostic ne présente guère plus de certitude absolue chez les uns que chez les autres. C'est par l'ensemble des symptômes, et non par l'existence de tel ou tel signe, qu'on peut arriver à reconnaître cliniquement la lésion intestinale qui nous occupe.

28° Le traitement repose sur les mêmes bases chez les enfants âgés d'un à douze mois que chez les nouveau-nés.

29° Les causes prédisposantes et déterminantes de l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés sont les mêmes chez les enfants d'un à douze mois que chez les nouveau-nés. Seulement, chez les premiers, il faut ajouter aux causes prédisposantes ordinaires l'éruption des dents de la première dentition, éruption qui paraît exercer surtout son influence dans les trois derniers mois de la première année. (*Gazette médicale de Paris*, 1857, n°ˢ 20, 24, 26 et 27.)

— Ces résultats d'une observation patiente, résultats un peu arides dans le fond et dans la forme, n'en sont pas moins d'une utilité incontestable. Le diagnostic des maladies intestinales de l'enfance, spécialement de l'altération des follicules (qui a ici une importance plus générale et une autre signification que chez l'adulte), est assez difficile, pour qu'on se rattache avec empressement à toutes les indications susceptibles de l'éclairer, alors même qu'elles peuvent paraître minutieuses.

Des gangrènes curables du poumon, par M. CH. LASÈGUE.

On lit dans le TRAITÉ DE L'AUSCULTATION MÉDIATE (t. I, p. 250, édit. de 1826) : « Je serais tenté de croire, d'après plusieurs cas dans lesquels les malades ont survécu, que l'odeur et l'aspect des crachats, tels que je viens de les décrire, ne prouvent pas toujours l'existence d'une excavation gangréneuse du poumon, et que ces caractères peuvent quelquefois dépendre d'une disposition générale à la gangrène, qui n'a son effet que sur la sécrétion muqueuse des bronches. Il est vrai qu'on pourrait également supposer, dans ces cas, l'existence de petites eschares gangréneuses du poumon ; mais deux ou trois fois je n'ai rien trouvé absolument, à l'ouverture des corps, qui justifiât l'odeur gangréneuse, si ce n'est la promptitude de la putréfaction, particulièrement de la muqueuse bronchique. »

Ces remarquables paroles de Laënnec montrent qu'il avait entrevu l'espèce pathologique qui a fait l'objet de recherches récentes, habilement résumées par M. Lasègue. C'est à M. Briquet que revient l'honneur d'avoir appelé l'attention sur cette importante question clinique. Dans un mémoire publié par les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (mai 1841), M. Briquet cherchait à établir l'existence d'une gangrène pulmonaire distincte de celle qui est généralement connue et qui serait sous la dépendance de lésions primitives des extrémités bronchiques. Dans quelques cas, ces extrémités seraient susceptibles de se dilater en ampoules, et la cause déterminante de la gangrène résiderait dans la forme spéciale de la bronchite plutôt que dans une disposition gangréneuse générale. La gangrène, ainsi localisée, ne serait donc pas précédée par une pneumonie ; elle ne serait reconnaissable à aucun signe physique particulier, et serait curable sans production de caverne.

Voici comment M. Lasègue trace le tableau symptomatologique de la maladie :

Un individu d'un âge variable, d'une constitution plus ou moins robuste, le plus souvent éprouvé par des fatigues ou des maladies antérieures multiples, est pris d'une bronchite qui d'abord n'a pas de caractères

particuliers; l'oppression est médiocre, la toux peu intense, l'expectoration assez abondante et telle qu'on la rencontre plus ordinairement à une période déjà avancée des affections catarrhales des bronches ; cependant la santé générale décroît, les crachats deviennent plus copieux et plus purulents, quelques-uns sont d'une fétidité qui appelle l'attention ou du malade ou de ceux qui l'approchent.

Cette première crise passe plus ou moins inaperçue, la fétidité de l'expectoration s'atténue ou disparaît, la bronchite persiste, il y a peu ou pas de fièvre.

A un intervalle indéterminable, la bronchite semble subir une certaine recrudescence, l'expectoration devient d'un jaune verdâtre, parfois brune, d'autres fois grise ; elle est de nouveau d'une fétidité singulière et gangréneuse, son abondance va croissant et peut atteindre des limites extrêmes ; d'ordinaire elle se produit comme par accès à diverses heures de la journée, le matin, le soir, dans la nuit, en laissant des périodes de repos pendant lesquelles l'haleine garde plus ou moins une odeur désagréable ; les forces diminuent, l'appétit s'amoindrit, la fièvre est modérée ou nulle, les fonctions digestives peu troublées ; à l'auscultation, on constate la présence de râles humides occupant plus ou moins d'étendue, gros ou sous-crépitants, persistant dans les mêmes points, disséminés, mobiles, s'accompagnant ou non de retentissement bronchique de la voix, sans matité prononcée ; il survient parfois quelques frissons de courte durée qui précèdent l'expulsion abondante des crachats ; la toux n'a pas de caractère spécifique ; cet état de choses peut se prolonger des semaines, des mois, presque des années, au grand détriment de la santé générale, qui s'affaiblit, sans arriver néanmoins jusqu'à la débilité hectique d'une tuberculisation avancée ; il y a peu ou pas d'hémoptysie ; quelle que soit la continuité du mal, on observe de temps à autre des suspensions, l'expectoration diminue, et c'est toujours par là que l'amendement persistant ou momentané commence ; la fétidité cesse graduellement ou disparaît tout à coup ; pendant les intermissions, les signes stéthoscopiques s'atténuent ou ne se modifient pas.

Si la période de repos est longue, le malade semble se rétablir ; si elle est courte, il en éprouve un soulagement dont l'économie profite à peine ; quelque marche que la maladie suive à ce point de vue, la bronchorrhée est toujours un fait essentiel : c'est plutôt l'excès que la nature de l'expectoration qui semble exercer une influence fâcheuse.

M. Lasègue rapporte, *comme type de l'espèce*, l'observation suivante empruntée à The Lancet (mai 1854), et publiée par le docteur Molley.

Obs. — D... C..., quarante-neuf ans, relieur, vient me consulter le 27 août 1851. Il se plaint de malaise depuis quelques jours, d'accablement et d'une sensation de faiblesse remarquable dans le côté gauche de la poitrine. La face est altérée, pâle, le teint est jaunâtre ; il n'y a pas de toux. Pendant longtemps le malade a eu des habitudes d'intempérance ; mais, depuis deux ans, il y a complétement renoncé.

Le 31, il n'y a pas d'amélioration ; la percussion de la poitrine ne révèle rien, mais on constate, à l'aide d'un d'un stéthoscope, un craquement qui offre beaucoup d'analogie avec le frottement pleural, et qui occupe le tiers moyen du poumon gauche en avant ; l'inspiration prolongée se divise en deux ou trois temps qui correspondent chacun à un effort de volonté distinct ou plutôt à une contraction musculaire différente. Du reste, pas de douleur à l'inspiration, pas plus qu'à la pression. — Traitement : vésicatoire ; opium, trois pilules par jour, de demi-centigramme chaque.

Le 4 septembre, l'état est peu satisfaisant : si le malade paraît de temps en temps retirer quelque bénéfice du traitement qu'il suit, quelques heures suffisent à le faire retomber comme précédemment. La respiration est cependant peu gênée, et l'effort musculaire peut encore être considérable et prolongé, puisque le malade a pu faire à pied le trajet d'aller et retour au Jardin de zoologie de Regent's Park, qui est à une grande distance de sa demeure.

Le 6, sensation de faiblesse plutôt que de douleur dans la poitrine ; un peu de toux. — Un vésicatoire est appliqué sur le côté ; un autre est appliqué le lendemain à la région dorsale.

Le 8, la nuit a été bonne ; pas de douleur ni de gêne de la respiration ; toux ; l'expectoration qui, le 6, avait déjà commencé à se produire, a pris une couleur foncée, noirâtre ; elle est semi-purulente et très fétide ; pouls à 102, non déprimé. — Toniques, gentiane, vin et bouillon.

Le 10, l'expectoration est six fois plus abondante ; elle est plus franchement purulente et exhale une odeur gangréneuse caractéristique. Tout en causant avec le malade, je fis une curieuse remarque. Une odeur très désagréable, analogue à celle d'un gaz fétide, échappée sans nul doute de la cavité respiratoire, se répandit tout d'un coup dans la chambre ; le malade se prit alors à tousser et à évacuer, disant que son attaque le prenait, qu'il avait dans la bouche un goût de poisson, et qu'il en avait ainsi pour un quart d'heure. Trois fois ce fait se reproduisit dans la journée.

Le 12, l'expectoration, tout en augmentant beaucoup, a conservé les mêmes caractères ; les accès de toux sont devenus bien plus fréquents. Malgré cela, pas de douleur thoracique. Bruit de gargouillement [illegible] à distance quand le malade parle ; pouls à 102. Le sommeil est assez bon ; les aliments sont tolérés. — Solution de chlore et d'opium ; infusion de gentiane.

Le 14, on continue à noter la toux et l'abondance extrême des crachats, qui sont noirs, purulents, d'une odeur très forte et mélangés de mucus très fluide. Le malade se dit débarrassé du goût fétide dont il se plaignait ; il demande des aliments solides et les prendrait avec [illegible]. Pouls à 98, plus fort que la veille. Léger bruit de craquement en [illegible] en arrière de la poitrine ; le dédoublement de l'inspiration ne persiste plus.

Le 15, l'expectoration a quelque peu diminué ; elle a aussi perdu ses caractères : au milieu d'un liquide noirâtre flottent des masses [illegible] leuses, puriformes, blanches, jaunes ou grisâtres, intimement [illegible] au sang et faciles à enlever. Le nombre et la nature des crises, la [illegible] des crachats, n'ont pas varié.

Le lendemain, de grosses masses purulentes, blanchâtres, [illegible] encore dans les crachats, qui présentent une coloration moins foncée, et dégagent une odeur moins vive. Les accès de toux ont lieu toutes les deux heures.

Le 19, diminution de la toux et de l'expectoration ; crachats [illegible] puriformes, mêlés à un liquide filant.

Le 20, rechute ; le malade souffre plus que jamais du côté gauche de la poitrine ; la douleur s'étend même au côté droit ; la toux et l'expectoration ont augmenté. Il est survenu une bronchite aiguë développée [illegible] l'influence du froid ou de la constitution médicale régnante grippe [illegible] à 100, plein, développé ; râles fins, surtout dans l'expiration. [illegible] sur le côté gauche.

Le 21, il s'est fait une amélioration notable ; la toux est facile ; la douleur thoracique a cessé. Expectoration formée de mucus bronchique [illegible] d'un peu de matière pultacée.

Le 22, une toux violente trouble le sommeil du malade. Depuis ce [illegible] jusqu'au 30, les crachats sont composés d'un liquide gris sale, [illegible] des débris de matière puriforme ; l'abondance de l'expectoration est [illegible] grande. Le pouls est vif, fréquent, l'appétit bon, l'urine abondante et [illegible] acide.

Dans la première quinzaine d'octobre, l'expectoration devient plus purulente, plus uniforme, et contient moins de mucus bronchique. Les accès de toux sont beaucoup plus rares. Le tiers moyen du poumon gauche en arrière et au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate est plus perméable à l'air ; près de l'angle des côtes existe une petite cavité dans laquelle l'air s'introduit en produisant un souffle caverneux.

Le 15 octobre, une imprudence du malade ramène l'abondance et la fétidité des crachats, ainsi que les douleurs thoraciques. Grâce au traitement employé, ces symptômes alarmants s'apaisent dans les jours qui suivent. Les crachats diminuent peu à peu, prennent les caractères de ceux qui accompagnent la bronchite chronique. Au commencement de novembre, il s'y mêle quelques stries de sang ; mais le sang n'est pas fondu avec les crachats et vient ou des amygdales ou du pharynx, [illegible] plutôt de la surface sécrétante du poumon.

Le 21 novembre, une véritable hémoptysie a lieu ; puis tout se calme ; l'expectoration redevient purulente, puis muqueuse ; de temps à autre cependant elle contient encore quelques filets sanguins.

Le 2 décembre, le malade va habiter Holloway, dans le but de changer d'air. A partir de ce moment, son rétablissement se fait d'une manière rapide, au point de lui permettre de reprendre son travail.

Des observations analogues qui ont été rapportées, il ressort que le symptôme qui différencie surtout la *gangrène curable* de la gangrène ordinaire, c'est que, dans la première, l'élément catarrhal est prédominant, et l'expectoration, quoique non spécifique, a un cachet spécial ; tandis que, dans les gangrènes avec large fonte de tissus, les matières expectorées ont l'aspect tout spécial de détritus animaux.

A quoi tient l'odeur gangréneuse de l'expectoration ? Est-ce, comme le croit M. Dittrich (*Ueber Lungenbrand in Folge von Bronchien Erweiterung* ; Erlangen, 1850), à une décomposition des mucosités séjournant dans des bronches dilatées et en contact avec un air qui se renouvelle difficilement (car le médecin d'Erlangen relie, comme M. Briquet, la production de la gangrène à la dilatation des bronches) ? Est-il vrai que la putréfaction commence par les mucosités et que les mucosités, devenues délétères, affectent

par contact la muqueuse bronchique et en déterminent l'ulcération, ou que les matières septiques qu'elles contiennent sont résorbées et, reportées sur le poumon par le sang, y produisent des gangrènes consécutives ? Comme M. Lasègue, nous croyons que ces explications ne doivent être accueillies qu'avec une grande réserve ; comme aussi on ne peut qu'hésiter, jusqu'à plus ample informé, entre les affirmations contradictoires de M. Traube et de M. Virchow relativement à la possibilité de distinguer les deux espèces morbides à l'aide de caractères microscopiques

Quant à nous, nous sommes disposé à croire que les crachats peuvent acquérir une grande fétidité, non pas peut-être sans que l'air y contribue, mais sans que l'action de l'air en soit la seule et unique cause. Tous les crachats retenus, même très longtemps, dans les bronches, n'acquièrent pas l'odeur gangréneuse ; mais il est possible que la muqueuse en sécrète d'une nature particulière et susceptibles de dégager une telle odeur sous l'action prolongée de l'air, comme dans l'ozène. Il en était vraisemblablement ainsi dans le cas publié par M. Laycock (*Medical Times*, mai 1857), et rapporté par M. Lasègue. Un homme de trente-sept ans avait l'haleine et les crachats d'une fétidité extrême, qui rappelait l'odeur gangréneuse ; M. Gregory constata que cette odeur tenait à la présence de méthylamine et d'acides butyrique et acétique dans les crachats.

Puisqu'il y a eu une gangrène pulmonaire curable (ou au moins une maladie symptomatiquement analogue au sphacèle du poumon), on doit naturellement se préoccuper de savoir si cette affection est accessible à quelque moyen de l'art. Or, M. Skoda (de Vienne) et M. Helm ont rapporté deux cas de *gangrène pulmonaire* guérie par les inhalations d'huile essentielle de térébenthine. M. Lasègue fait remarquer avec raison que ces cas, dont il donne la relation abrégée, paraissent se rapporter à la maladie qui fait l'objet de son travail. Ce moyen, donc, qu'on ferait bien de mettre en usage dans tous les cas d'expectoration d'odeur gangréneuse serait celui sur lequel il y aurait le plus à compter, quant à présent, dans les cas où l'on aurait lieu de supposer qu'il n'existe pas de sphacèle proprement dit du parenchyme pulmonaire. (*Archives gén. de méd.*, 1857, juillet, p. 26.)

Études sur la menstruation chez les femmes des Sables-d'Olonne (Vendée), par M. MARCEL PETITEAU.

Nous ne pouvons nous étendre beaucoup sur des études restreintes à une aussi petite portion de territoire ; mais, d'un autre côté, comme il est très probable que des recherches de ce genre, aussi attentives et aussi scrupuleuses que paraissent l'avoir été celles de notre confrère, si elles se répétaient sur un très grand nombre de points, modifieraient sensiblement les résultats généraux qu'a jusqu'ici fournis la statistique, nous croyons qu'on ne saurait trop les encourager. Trop souvent la statistique est obligée de prendre ses éléments de toute main, sans contrôle possible ; de là des erreurs d'autant plus durables que le chiffre leur donne une apparence de vérité mathématique ; tandis que des observations faites par un médecin consciencieux dans la localité qu'il habite, sur des personnes qu'il connaît, qu'il peut interroger à loisir, dont il manie pour ainsi dire la santé, doivent avoir une précision aussi rigoureuse que possible. Sur la question si intéressante de l'âge auquel s'établit ou cesse la menstruation, on sait que les données statistiques n'offrent que de très faibles différences sous les diverses latitudes, depuis l'Afrique jusqu'à la Norwége. Si réellement la chose est ainsi, n'y a-t-il pas lieu de prendre le problème sous une autre face, et de rechercher, par exemple, comment se comporte la menstruation chez certaines agglomérations de femmes marquées d'un cachet spécial de vigueur ou de faiblesse, sans distinction de latitude. Les femmes des Sables-d'Olonne ont ce cachet spécial : elles ne ressemblent ni par leurs traits, ni par leur langage, ni par leurs habitudes, ni par leur désinvolture, à aucune de leurs voisines. Elles sont grandes, brunes, vigoureuses, et renommées pour leur activité au travail ; elles prennent rarement de l'embonpoint. Leur nourriture consiste principalement en crustacés et poissons. Elles ont presque toutes de nombreux et robustes enfants. Or, voici, en ce qui les concerne, les principaux résultats des investigations de M. Petiteau.

1° La menstruation s'établit, en général, facilement. Sur 500 jeunes filles, 376 n'ont ressenti à la première époque aucune indisposition ; 124 ont éprouvé des souffrances variées. Cette proportion de femmes menstruées sans accidents est sensiblement supérieure à celle que M. Brierre a trouvée sur 645 femmes de Paris.

2° L'âge le plus ordinaire pour l'établissement de la menstruation chez les Sablaises est de quinze ans et demi, âge absolument le même que celui qui a été indiqué par M. Brierre pour les provinces du centre de la France (le Poitou compris).

3° Sur 172 observations, 23 fois le sang a commencé à paraître le jour, 62 fois dans la matinée et *le plus souvent* au sortir du lit ; 11 fois dans la soirée ; 76 fois la nuit. L'auteur en conclut que les règles viennent 96 fois le jour contre 76 fois la nuit ; mais il est présumable que le sang qui apparaît au sortir du lit avait commencé à se répandre pendant la nuit dans le vagin, en sorte que les menstrues nocturnes pourraient bien être, malgré les apparences, plus fréquentes que les autres.

4° A Paris, d'après M. Brierre, dont le tableau ne comprend que 34 femmes, l'existence de la leucorrhée retarde l'établissement de la menstruation : l'âge commun y monte de 13 ou 14 à 18. Aux Sables, sur un total de 36 femmes, l'âge commun descend de 15 ou 16 à 15 ou 14.

5° Si l'on divise les *tempéraments* en nerveux-sanguin, nerveux-lymphatique, lymphatique pur, lymphatico-sanguin et sanguin pur, on trouve (sur un total de 517) que les femmes qui sont les premières réglées sont celles chez lesquelles domine le tempérament nerveux ; viennent ensuite celles de tempérament sanguin, et enfin les lymphatiques ; résultat très semblable à celui qu'indique M. Brierre. Relativement à la *constitution* (sur un total de 491), l'âge commun est de quatorze ans pour la bonne et la moyenne constitution, et de quinze ans pour les deux constitutions extrêmes : la robuste et la délicate. M. Brierre avait trouvé une gradation régulière de la constitution robuste à la délicate, différence qui, si elle ne tient pas aux localités, prouve une fois de plus l'indispensable nécessité des grands nombres pour l'étude de semblables questions.

6° Sur 294 femmes, 60 ont leurs règles huit jours ; 58 trois jours ; 47 quatre jours ; 44 cinq jours ; 27 deux jours ; 26 six jours ; 21 sept jours ; 5 neuf jours ; 5 un jour ; 1 dix jours. Ce tableau, assez semblable à ceux de M. Brierre et de M. Bouchacourt pour les trois premières catégories, s'en éloigne notablement pour les autres. Mais, l'auteur le remarque avec raison, rien n'est plus difficile que de déterminer exactement le commencement et surtout la fin d'une époque menstruelle.

7° Enfin, la cessation des règles, sur 108 Sablaises, a eu lieu 61 fois de quarante-cinq à cinquante ans ; tandis que, chez les Parisiennes, elle a lieu d'ordinaire vers quarante ans. L'auteur a voulu voir si, comme on le dit généralement, il y a un rapport entre l'âge de l'apparition des règles et celui de leur disparition. Le résultat, vérifié sur 106 femmes, a été négatif. Ainsi, tantôt elles n'ont disparu que très tard (cinquante-quatre ans et demi, par exemple), après s'être montrées de bonne heure, comme à dix ans ; ou bien c'est le contraire qui a eu lieu.

Tels sont les faits qui résultent principalement des études de M. Petiteau. Nous les consignons, ainsi que nous l'avons dit, comme documents à consulter, tout en faisant remarquer que de pareilles recherches ne peuvent avoir d'utilité sérieuse qu'autant que les observations serviront le progrès de la physiologie et de la pathologie. A cet égard, on peut dire de l'auteur qu'il a laissé ses études à moitié chemin. Ce qu'il en donne aujourd'hui attend un complément qui permette de voir si les conditions menstruelles propres aux femmes des Sables se reflètent en quelque manière sur leurs affections utérines. (*Bulletin de la Société de médecine de Poitiers*, 11e série, p. 547.)

VII.

VARIÉTÉS.

L'administration de l'assistance publique fait exécuter en ce moment des travaux de réparation et d'agrandissement dans différents établissements hospitaliers de la capitale, et notamment à l'hôpital Saint-Louis, qui, depuis trois ans, a reçu des additions considérables. De son côté, l'administration, voulant assurer la viabilité des abords de cet hôpital spécial, a fait pousser avec activité les travaux de percement de trois rues nouvelles qui l'avoisinent, percement qui avait été approuvé l'an dernier par le conseil municipal. Ces travaux de voirie sont presque entièrement terminés aujourd'hui. On parle toujours de modifications à apporter à l'hôpital des Cliniques de la Faculté, autrefois l'hôpital Saint-Côme, ou plutôt d'une destination nouvelle qui serait donnée à cet établissement. On y transporterait les bureaux, la bibliothèque et le musée de la Faculté (mais non le *musée Orfila*).

— S. A. le prince Charles Bonaparte, prince de Canino, est mort à Paris le 29 juillet.

Le prince de Canino était un savant très distingué, un ornithologiste d'un mérite reconnu. Il était membre libre de l'Académie des sciences. Il laisse d'importants travaux sur l'histoire naturelle, et notamment sur les oiseaux d'Amérique.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES. — Juillet. Influence de la grossesse sur la guérison de l'aliénation, par *Marcé*. — Symptômes physiques de la folie, par *Sauze*. — Influence pathogénique de l'insomnie, par *Renaudin*. — Attentat à la pudeur; rapport médico-légal, par *Cerise*.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Août. La *calenture* constitue-t-elle une individualité morbide? par *Leroy de Méricourt*. — Gangrène des membres dans la fièvre typhoïde, par *Bourgeois*. — Urine des femmes en lactation, par *Leconte*. — Sur l'hémophylie, par *Huss*. — Ulcération du larynx et de la trachée, par *Toulmouche*.

ART DENTAIRE (Juillet).

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 15 juillet. Perchlorure de fer à l'intérieur contre l'érysipèle. — Traitement des abcès par congestion, par *Pain*. — Hernies étranglées réduites sous l'influence de l'action du café, par *Carrère*. — 30 juillet. Tartro stibié contre la chorée, par *Marcotte*. — Fistules récentes guéries par le pessaire à air, par *Debout*.

ÉCHO MÉDICAL DE PARIS. — T. Ier, n° 29. Concrétions polypiformes du cœur, par *Armand*. — 30. Relation, etc. (suite). — Fièvres en Algérie (suite).

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — N° 29. Encéphaloïde et pseudencéphaloïde de la rétine et du nerf optique, par *Sichel*. — Propriétés thérapeutiques du sulfate double de morphine et de strychnine, par *Luppi*. — 30. — *Idem*. — Encéphaloïde (suite). — Observation de fissure anale, par *Pénard*. — 31. État du foie dans l'ictère grave, par *C. Robin*. — Injections iodées combinées avec les ponctions préalables dans le traitement des kystes, etc., par *Bourguet*.

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. 1857. — Juin. Castration des juments par l'incision vaginale, par *Charlier*. — Contagion de la phthisie pulmonaire, par *Dupont*. — Volvulus intestinal chez le cheval, par *M. Imbert*. — Effets du sous-carbonate de fer sur les bêtes ovines, par madame *Millet-Robinet*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 15 juillet. Question de la glucosurie, par *Bouchardat*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 13. Maladie d'Addison, par *Gromier*. — Thérapeutique de la blennorrhagie, par *Diday*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 7. Extraction de la cataracte par incision linéaire, et extraction scléroticale, par *Stœber*. — Typhus de l'armée d'Orient, par *Netter*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Juillet. Saignée des veines ranines dans les maladies du pharynx, par *Bitot*. — *Guarana* contre la diarrhée, par *Denucé*. — Clinique obstétricale, par *Rousset*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — 15 juillet. Cas rare d'abcès urineux de la fosse iliaque, par *Benoit*. — Paralysies dynamiques, par *Macario*. — 30 juillet. Sur les viciations atmosphériques, par *Maurin*. — Propriétés fébrifuges de la teinture d'iode, par *Barbaste*. — Sur la rage, par *Verdier*. — Traitement du panaris, par *Mourgue*.

UNION MÉDICALE DE LA GIRONDE. — Juillet. Accidents produits chez un aliéné par des corps étrangers dans les voies digestives, par *Desmaisons*.

GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE. — N° 7. Expédition de la Kabylie (suite), par *Bertherand*. — Alger et son climat (suite). — Maladies de l'armée d'Orient, par *Cazalas*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 9e livraison. É[illegible] variole et de varioloïde à Dunkerque, par *Zandyck*.

GAZETTE MÉDICALE D'ORIENT. — 1857. Juillet. Contagion dans ses rap[illegible] prophylaxie publique, par *Marchand*. — Effets toxiques de l'arséniate [illegible] comme matière colorante, par *Mongeri*. — Lèpre de Crète, par *Hjorth*.

ALLGEMEINE MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG. — Nos 45 à 52. — Ana[illegible] critiques.

DEUTSCHE KLINIK. — Nos 27 et 28. — 27. Sur la fragilité des os et les fra[illegible] simple action musculaire, par *E. Gurlt* (suite). — 28. La découverte de la [illegible]tion sanguine, esquisse historique, par le docteur *O*. — Cas de cholest[illegible] testicule, par *E. Lotzbeck*.

JOURNAL F. KINDERKRANKHEITEN. — Mai et Juin. Faits de la pratique des [illegible] *J. Bierbaum*. — Maladies de la bouche et du pharynx. — Quelques co[illegible] sur le traitement de la diphthérite en général et du croup en particulier. — [illegible] nævi congénitaux et leur traitement.

MONATSSCHRIFT F. GEBURTSK. — Juin 1857. — Sur les lésions intr[illegible] squelette fœtal, par *E. Gurlt* (fin). — Sur la présence du sucre dans l[illegible] femmes enceintes et des femmes en couches, par *Th. Kirsten*. — Cas [illegible] rétro-utérine, avec rupture dans le sac péritonéal et guérison, par *B. B[illegible]*.

ŒSTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT FUER PRACTISCHE HEILKUNDE. — Nos 26 [illegible] 27. Sur la symptomatologie des inflammations de l'utérus, par *Jacob[illegible]*.

VERHANDLUNGEN DER PHYSICALISCH-MEDICINISCHEN GESELLSCHAFT IN W[illegible] t. VII, 3e cahier. Sur un cas rare d'étranglement herniaire interne, [illegible] — Sur une réaction simple permettant de reconnaître la tyrosine, la [illegible]poxanthine, l'acide urique et un nouveau principe du foie (xantho[illegible] *Scherer*. — Examen chimique de la lymphe humaine, par *le même*. — [illegible] de la cataracte capsulaire, et nouvelles observations sur les modificat[illegible]roïde dans la maladie de Bright, par *H. Müller*. — Sur l'épaississement des [illegible] dans l'apoplexie entre les méninges, par *Textor j*. — Tome VIIIe, 1er c[illegible] cherches d'histologie comparée, par *Kölliker*. — Sur la terminaison des [illegible] l'organe électrique de la torpille. — Sur l'organe caudal de la raie [illegible] Distribution des nerfs dans la muqueuse olfactive des plagiostomes. — Sur [illegible]branes secondaires des cellules, les formations cuticulaires et les canaux [illegible] des membranes de cellule. — Sur les inflammations des bourses mu[illegible]liennes, par *Linhart*. — Anurie complète, atrophie du rein gauche, [illegible] thrombose des veines rénales, par *Brunner*. — Sur le développement de la [illegible] osseuse, par *H. Müller*.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — Nos 26 à 28. — 26. Cours d'[illegible] pathologique de Virchow, à Berlin. — Ulcère chronique simple (corrosif) [illegible]mac. — 27. Sur l'emploi de l'acide phosphorique dans les affections sy[illegible] secondaires, par *Stössel*. — 28. Sur la guérison et les récidives des [illegible] syphilitiques (fin), par le professeur *Sigmund*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — 1857. N° 21. Rapports de la [illegible]lose, etc. (suite). — 22. *Idem*. — 23-24. Deux lombrics ayant pénétré [illegible] pendant la vie, par *G. Pellizari*. — Rapports sur la tuberculose, etc. [illegible] — 25. Appareil mécanique pour la fracture de la mâchoire inférieure, par [illegible] — 26. Prolégomènes de physiologie appliqués à la pathologie, par *Pr[illegible]*. — 27. *Idem*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — N° 23. Histoire d'une tumeur [illegible] par *C. Ambrosoli*. — 24. Névropathie suite probable d'empoisonnement par [illegible] ciguë, par *A. Bianchi*. — 25. Fonctions du grand sympathique, par [illegible] *Ambrosoli*. — 26. *Idem*. — Quelques cas de miliaire, par *M. Rocca*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — N° 23. Observations de der[illegible] squammeuses, par *Fenoglio*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA R. ACCAD. MEDICO-CHIRURGICA [illegible] N° 10 (31 mai). Cas d'hydro-sarcocèle, par *Rosso*. — Sur la peau br[illegible] par *Peyrani*. — 11 (15 juin). De l'arthrite blennorrhagique, par *Berti*. — [illegible] bronzée (suite), par *Peyrani*.

IL FILIATRO SEBEZIO. — 1857. Juin. Sur la leucocythémie; cas de leu[illegible] splénique, par *Martini*.

EL SIGLO MEDICO. — N° 178. A propos d'un cas d'abstinence prolongée, par [illegible]*tana*. — 179. Pronostic dans les maladies aiguës, par *Higinio del Camp[illegible]* — 180. Sur le bubon constitutionnel, par *G. Olivarès*. — Sur l'amygdal[illegible] *Fernandez Lorada*. — 181. De la gangrène blanche et de ses formes, par [illegible] *y Alvarès*. — 182. *Idem*. — 183. *Idem*.

Livres.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE POITIERS. 2e série, in-8, p. 513 à [illegible]. Poitiers, 1857.

DE L'AMIDON DU MARRON D'INDE et des fécules amylacées d'autres substances [illegible]tales non alimentaires aux points de vue économique, chimique, agricole et [illegible]nique, par *Ad. Thibierge* et le docteur *Remilly*. Deuxième édition. 1857, 1 [illegible] in-18 avec planches gravées. Paris, Victor Masson. 2 fr. [illegible]

DE LA NÉCESSITÉ DU SPIRITUALISME POUR RÉGÉNÉRER LES SCIENCES MÉDICALES. Descartes et Bacon, — par le docteur *Pidoux*. In-8 de 100 pages [illegible] Malteste et Comp.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. | PARIS, 14 AOUT 1857. | N° 33.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, qui s'est préalablement concerté avec notre ministre secrétaire d'État au département de la guerre;

Vu les lois du 21 germinal et du 19 ventôse an XI ;

Vu les ordonnances des 13 octobre 1840, 12 mars et 18 avril 1841, relatives aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu le décret du 22 août 1854 sur le régime des établissements d'enseignement supérieur ;

Vu le décret du 28 octobre 1854 sur le prix des inscriptions prises dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu les divers règlements sur les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, et notamment ceux du 23 décembre 1854 et du 2 avril 1857 ;

Le Conseil impérial de l'instruction publique entendu,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

ART. 1er. — Une École préparatoire de médecine et de pharmacie est instituée dans la ville d'Alger.

Le siége de l'École sera établi dans un édifice domanial qui, à cet effet, sera cédé gratuitement à la ville d'Alger, à la charge par elle de pourvoir à l'entretien des bâtiments.

L'hôpital civil et l'hôpital militaire devront concourir au service de la clinique médicale et chirurgicale de ladite École, et mettre à la disposition des élèves toutes les ressources d'instruction qu'offre pour la pratique de l'art de guérir une grande réunion de malades.

Il sera pourvu aux moyens d'exécution conformément aux dispositions qui seront ultérieurement concertées entre les autorités locales et approuvées par le Ministre de l'instruction publique et des cultes.

ART. 2. — L'enseignement de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger est distribué entre huit professeurs titulaires de la manière suivante :

1° Anatomie et physiologie ;
2° Pathologie externe ;
3° Clinique externe ;
4° Pathologie interne ;
5° Clinique interne ;
6° Accouchements, maladies des femmes et des enfants ;
7° Chimie et pharmacie.
8° Histoire naturelle médicale et matière médicale.

Quatre professeurs suppléants sont en outre attachés à ladite École.

FEUILLETON.

Promenades bibliographiques sur les ruisseaux de l'érudition.

LETTRE A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE SUR UN POINT DE TÉRATOLOGIE.

Mon cher ami,

Personne n'ignore, et par conséquent vous savez, que le Parisien est dévoré par deux passions ardentes qui sommeillent dans son cœur au temps même où les marmottes sont engourdies, mais qui se réveillent avec énergie lorsque le printemps est revenu, que les feuilles sont sorties des bourgeons, ou comme dirait Th. Gautier :

> Lorsque la froide pluie enfin s'en est allée
> Et que le ciel gaîment rouvre son bel œil bleu...

Considéré au point de vue psychologico-physiologique, le Parisien est donc essentiellement canotier et pêcheur à la ligne. Défauts ou qualités, imperfections ridicules ou jouissances raffinées, les deux passions susdites m'ont toujours possédé : c'est pour cela sans doute qu'ayant vu le jour rue du Petit-Lion-Saint-Sulpice, j'ai depuis huit années élu domicile sur les quais, afin de pouvoir du matin au soir regarder l'eau verte qui coule ; c'est pour la même raison que dans mes plus beaux rêves je m'imagine toujours être bercé mollement dans un petit esquif flottant sur une rivière ombreuse remplie de poissons splendides qui mordent sans cesse.

Mais hélas ! les exigences impérieuses de la profession ne me permettent guère de cultiver à mon aise ces goûts aussi simples qu'innocents, et depuis longtemps j'ai été forcé de renoncer presque complétement à la gondole et au barbillon. Mon cœur en gémit, mais qu'y faire? Je viens par bonheur de trouver un expédient extrêmement ingénieux qui, sans nuire à mes travaux ordinaires, leur communiquera de temps en temps un vernis aquatique et champêtre tout à fait d'accord avec mes instincts.

Voici ce que mon imagination m'a suggéré. J'ai fait construire dans les chantiers de la *Gazette hebdomadaire* une petite embar-

Un des professeurs titulaires, désigné par le Ministre de l'instruction publique, remplira les fonctions de directeur.

Celles de secrétaire agent comptable sont remplies par le secrétaire de l'Académie d'Alger.

ART. 3. — Les traitements du personnel de l'École sont fixés ainsi qu'il suit :

Professeurs titulaires	2,000 fr.
Professeurs suppléants	1,500
Chef des travaux anatomiques	1,000
Prosecteur	600
Préparateur	600

Le professeur nommé aux fonctions de directeur jouira, à ce titre, d'un supplément de traitement de 400 fr.

Le secrétaire de l'Académie d'Alger, secrétaire agent comptable de l'École, jouit, à ce titre, d'une indemnité annuelle de 300 fr.

ART. 4. — Ainsi qu'il est prescrit par l'ordonnance du 13 octobre 1840, il sera pourvu par la ville d'Alger à toutes les dépenses, soit du personnel, soit du matériel de l'École, dont les recettes propres provenant du prix des inscriptions et du reliquat du prix des examens, prélèvement fait des droits de présence des examinateurs, seront versés dans la caisse municipale.

Toutefois il sera alloué, en déduction de ces dépenses, sur les fonds du budget local et municipal de l'Algérie :

1° Une somme de dix mille francs une fois payée pour frais de première installation ;

2° Une subvention annuelle de huit mille francs.

L'École sera organisée dès que le Conseil municipal d'Alger aura, par une délibération spéciale régulièrement approuvée, voté les crédits nécessaires pour assurer l'exécution des dispositions qui précèdent.

ART. 5. — L'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger est placée, quant aux sessions d'examen, dans la circonscription de la Faculté de médecine et de l'École supérieure de pharmacie de Montpellier.

ART. 6. — Les certificats d'aptitude des diplômes délivrés par l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, vaudront pour toute l'étendue de la colonie, sans que ceux qui voudront changer de province soient tenus de subir de nouveaux examens et d'obtenir un nouveau certificat d'aptitude ; mais cette condition sera imposée à ceux qui voudraient exercer dans un département de la métropole.

ART. 7. — Les officiers de santé, pharmaciens et sages-femmes de 2e classe reçus par l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger devront faire viser leur diplôme ou certificat d'aptitude à la préfecture de la province où ils entendent exercer leur profession ; en cas de changement de résidence, ils devront obtenir un nouveau visa.

ART. 8. — Les indigènes qui auront reçu l'enseignement du degré supérieur dans les écoles arabes-françaises seront admis à l'École préparatoire sur la production d'un certificat d'études visé par l'autorité administrative et sur l'attestation donnée, après examen, par le directeur du Collége impérial arabe-français, qu'ils sont en état de suivre les cours.

Le diplôme spécial, délivré en vertu de l'article 21 du décret du 14 mars 1857 aux élèves indigènes du Collége impérial arabe-français, dispensera de toute formalité quant à l'aptitude scolaire.

ART. 9. — Les étrangers, chrétiens ou musulmans, seront également admis à l'École préparatoire en justifiant de leur aptitude à suivre les cours. Cette aptitude sera constatée et certifiée par le recteur de l'Académie d'Alger pour les étrangers chrétiens, et par le directeur du Collége impérial arabe-français pour les étrangers musulmans.

Les titres délivrés par le jury d'examen de l'École aux élèves étrangers ne seront valables, pour l'Algérie, qu'en vertu d'une autorisation spéciale du Ministre de la guerre.

ART. 10. — Celles des dispositions, des ordonnances et décrets en tête du présent, auxquelles il n'est pas dérogé, sont rendues exécutoires en Algérie et applicables à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.

ART. 11. — Nos ministres secrétaires d'État de l'instruction publique et des cultes et de la guerre sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait au palais de Saint-Cloud, le 4 août 1857.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, ROULAND.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 24 juillet au 10 août 1857.

143. CHAIRON, Minoches-Émile, né à

144. GUILBERT, Louis-Amédée, né à

145. MAUREL, Jean-Camille, né à Paris (Seine). [*Des hémorrhagies utérines pendant et après l'accouchement.*]

146. HERNANDEZ, André, né à la Havane (île de Cuba). [*De l'ascite, l'anasarque et l'œdème.*]

147. CHAPIN, Édouard-Gabriel-Pierre, né à Neuillé (Maine-et-Loire). [*Hygiène de la première enfance.*]

148. DELOUC, Jacques-Michel-Ernest, né à Latour (Puy-de-Dôme). [*De l'hémorrhagie puerpérale utérine.*]

149. CATALA, Valentin, né à la Havane (île de Cuba). [*Essai sur l'hygiène des gens de lettres.*]

150. RUBIO, André-Antonio, né à Guano (île de Cuba). [*Des abcès dentaires.*]

151. GRENET, Constant, né à Sourans (Doubs). [*Des kystes folliculaires de l'utérus.*]

152. LALLEMANT, Henri-Désiré, né à Pont-de-l'Arche (Eure). [*De l'autoplastie par la méthode indienne.*]

153. LELIÈVRE, Eugène-Louis, né à Ballon (Sarthe). [*Des ulcères de la cornée.*]

154. GRESSY, Alexandre-Marie-Dieudonné, né à Carnac (Morbihan). [*Des imperforations et atrésies congénitales de la face.*]

155. JAPIN, Ernest, né à Billy-sous-Mangiennes (Meuse). [*De l'hypertrophie de la prostate.*]

---

cation que j'ai baptisée *Joco-Seria*. Deux plumes de fer à bec pointu y remplacent les avirons, toutes sortes d'in-folio et d'in-quarto servent de lest ; la cargaison consiste en encre d'un beau noir et en rames… de papier. J'ai pour boussole et pour gouvernail le double amour de la science et de la vérité. Ainsi équipé, j'ai lancé mon fragile esquif sur des ruisseaux connus d'un petit nombre de touristes et qui viennent d'être tout récemment signalés par un géographe inédit. Je veux parler des *Ruisseaux de l'érudition*. Ces ruisseaux ont, pour la promenade, des avantages qui n'ont pas été assez mis en évidence. C'est en les suivant qu'on remonte jusqu'aux sources, ce qui n'est pas à dédaigner ; puis on a encore le charme de rencontrer sur sa route diverses variétés de canards parmi lesquels je compte surtout le canard à la priorité et le canard académique. La navigation d'ailleurs, sans être, à proprement parler, périlleuse, est cependant assez difficile à cause des bourbiers et des fonds rocailleux ; mais on peut s'en tirer en déblayant le lit au fur et à mesure, afin de rendre le voyage plus doux et plus agréable aux amateurs futurs,

Pour arriver à ce dernier but que j'ose qualifier de louable, j'ai joint à mon équipement un croc et un râteau à l'aide desquels, grattant le fond, je ramènerai erreurs, absurdités, barbarismes, contre-sens, qui encombrent les ruisseaux en question et en troublent la limpidité. Après avoir ramassé toutes ces impuretés, j'en ferai de distance en distance sur le rivage de gros amas sur lesquels je placerai un écriteau ainsi conçu : « Tas de sottises qu'il faut laisser pourrir et qu'il est expressément défendu à MM. les auteurs et imprimeurs de ramasser pour les mettre dans leurs livres. »

Puis à mesure que j'aurai fait pour quelques segments du ruisseau un travail dépuratif analogue à celui que le robuste Hercule fit autrefois pour certaines écuries royales, je mettrai d'autres écriteaux portant ces mots :

« Ici l'eau est claire ; il est défendu à l'avenir d'y faire ou déposer des ordures — quand même elles auraient été récompensées par l'Institut. »

Ces préliminaires exécutés, je pêcherai quelques vérités et je

156. **Meynet**, Claude-Hyacinthe-Paul, né à Saint-Just-en Chevalet (Loire). [*Épidémie d'érysipèle et d'ulcération de l'ombilic chez les nouveau-nés, observée à l'hospice de la Charité de Lyon.*]

157. **Torino**, Damien, né à Jujuy (république Argentine). [*Des causes de la permanence des luxations latérales externes de la rotule, et de leur irréductibilité consécutive.*]

158. **Van Gaver**, Sauveur-Ferdinand, né à Tunis (Afrique). [*Réflexions sur l'herpès tonsurant observé chez l'enfant.*]

159. **Apostolidès**, Jean, né à Constantinople (Turquie). [*Quelques études philosophiques et cliniques sur la nature, la classification et le traitement de la folie.*]

51. **Guillermin**, Ernest-Eugène, né à Louhans (Saône-et-Loire). [*Étude sur la manie épileptique.*]

161. **Devers**, Alfred, né à Saint-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure). [*Sur le dépôt par épanchement d'urine, ou collection d'urine enkystée dans l'aponévrose périnéale inférieure, à la suite d'une solution de continuité du canal de l'urèthre chez l'homme.*]

162. **Portalier**, Jean-Baptiste, né à la Canourgue (Lozère). [*De la cirrhose du foie.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

Amette.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 13 août 1857.

FONCTIONS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE : MM. LONGET, BROWN-SÉQUARD, CHAUVEAU.

La physiologie de la moelle épinière, même après les travaux de Charles Bell sur les racines des nerfs spinaux, était pleine de doutes et de contradictions; elle comptait presque autant de théories que d'investigateurs, lorsque les expériences de M. Longet vinrent tirer la science de ce chaos et obtinrent pour quelque temps, du moins en France, l'assentiment général des médecins. Les conclusions tirées de ces expériences, si nettes et si séduisantes, semblaient de nature à satisfaire tous les esprits, à expliquer la plupart des phénomènes physiologiques et pathologiques. M. Brown-Séquard, cependant, fit voir que la doctrine de M. Longet était loin d'être la véritable expression des faits; il détruisait ainsi les espérances des amis de la science, qui croyaient tenir enfin une solution à l'abri de toute contestation. Les faits observés par M. Brown-Séquard ont été à leur tour, sinon niés, du moins interprétés d'une tout autre manière par M. Chauveau, jeune physiologiste de Lyon, déjà connu par d'excellentes recherches sur les fonctions du cœur. M. Brown vient d'écrire à l'Académie des sciences (séance du 27 juillet 1857) une lettre dans laquelle il s'efforce de réduire à néant les objections de son contradicteur. Nous allons tâcher d'exposer le plus brièvement possible l'état actuel de nos connaissances relatives aux fonctions de la moelle épinière.

La théorie de la moelle, telle qu'elle découlait des expériences de M. Longet, peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° Les cordons antérieurs de l'axe médullaire président exclusivement aux mouvements; quand ils sont coupés en travers, les excitations portées sur leur bout caudal déterminent des convulsions dans les muscles dont les nerfs ont leur origine en arrière de la section.

2° Les cordons postérieurs de cet organe sont affectés exclusivement à la sensibilité; leur excitation ne produit jamais de contractions musculaires dans les parties dont les nerfs naissent au-dessous du point irrité.

3° Les cordons latéraux, appelés par Ch. Bell cordons *respiratoires* de la moelle, participent aux fonctions des cordons antérieurs, mais exercent une influence spéciale sur les muscles affectés aux mouvements respiratoires.

4° Quant à la substance grise de la moelle, M. Longet l'a constamment trouvée, chez le chien, insensible et inapte à provoquer des secousses convulsives sous l'influence des irritations. La destruction de cette substance ne lui a paru modifier en rien la sensibilité des faisceaux postérieurs ou l'excitabilité des antérieurs.

Cette théorie, en apparence si satisfaisante et si conforme à l'observation des faits, n'a cependant jamais reçu une approbation universelle : elle avait contre elle toutes les recherches anatomiques les plus exactes faites dans ces derniers temps, en particulier celles de MM. Stilling, Kölliker et autres. Jamais, en effet, l'anatomie n'avait pu démontrer que les racines des nerfs spinaux, arrivées à la moelle, se réfléchissent de bas en haut, les postérieures le long des cordons postérieurs de la moelle, les antérieures en suivant les cordons artéro-latéraux pour gagner l'encéphale; tout au contraire, des observations précises avaient montré qu'elles s'enfoncent toutes dans l'épaisseur de la substance grise de la moelle, où elles paraissent entrer en connexion avec les cellules nerveuses dont est formée cette dernière : ce sont ces mêmes cellules, unies entre elles par des anastomoses, qui,

---

les offrirai aux amateurs de la haute science. Remarquez qu'il faut, pour arriver au but que je poursuis, toutes les qualités exigibles d'un vrai Nemrod de carpes et de brochets, c'est à savoir : de la patience, du recueillement, du silence, de bons yeux et une vocation particulière.

La promenade aquatique, compliquée même de pêche à la ligne, a cela de bon qu'elle laisse à l'encéphale toute sa liberté; on peut donc, tout en s'y livrant, penser et dire des choses très sérieuses. J'espère, dès ma première excursion, vous démontrer que je n'ai pas absolument perdu mon temps et que la théorie et la pratique chirurgicales trouveront leur part dans mon butin. Si donc vous n'êtes pas rebuté par la frivolité de mon introduction, si vous allez jusqu'au bout de cet article, vous y apprendrez peut-être des choses que vous ignoriez et que j'ignorais moi-même, il y a un mois. Aujourd'hui je m'embarque pour résoudre une question de tératologie qui en entraîne une autre de médecine opératoire.

Voici ces questions : 1° *L'imperforation congénitale complète de l'orifice buccal a-t-elle été observée dans l'espèce humaine?*

2° *Cette imperforation étant constatée, est-elle susceptible d'être traitée et guérie par la chirurgie.*

Je dis que la seconde question est dominée par la première, et vous serez de mon avis; depuis longtemps vous avez remarqué dans la *Cuisinière bourgeoise* ce passage très sensé : « Pour faire un civet, prenez un lièvre; » de même je dirai : Pour traiter une imperforation buccale, prenez une imperforation buccale; sinon vous ressemblez à un Vatel doué d'une imagination trop vive qui donnerait le moyen d'accommoder un légume apocryphe ou l'entre-côte d'un animal de l'Apocalypse. Entrons dans la question sérieuse.

Si l'on s'en rapporte aux livres classiques, l'ouverture buccale, partageant le sort de tous les orifices naturels, peut être congénitalement imperforée ou rétrécie à divers degrés. Les noms d'*atrésie*, d'*occlusion*, d'*imperforation*, conviendront dans le premier cas; celui de *rétrécissement* dans le second. Toutefois ces termes suscitent quelques difficultés de nomenclature que nous allons, si vous voulez bien, examiner ensemble; car vous avez peut-être remarqué déjà que je suis assez pointilleux sur les termes et que j'aime

d'après les recherches les plus récentes, seraient le point de départ des fibres qui composent les faisceaux de la moelle.

En présence d'une texture si complexe, dont tous les détails ne sont pas encore connus suffisamment, il était difficile d'admettre la théorie de la transmission des impressions sensitives et des excitations motrices, telle qu'on l'avait à tort déduite des recherches de M. Longet. L'anatomie et la physiologie ne sauraient se contredire. M. Brown-Séquard a eu le mérite de démontrer expérimentalement que les impressions qui, des racines postérieures des nerfs spinaux, sont transmises à l'encéphale à travers la moelle épinière, suivent un trajet beaucoup plus complexe. Restituant à la substance grise de la moelle la part que l'anatomie semblait devoir lui faire attribuer dans la transmission des impressions sensitives vers l'encéphale, il a étudié minutieusement la marche des impressions depuis les racines postérieures jusqu'au siége de la perception, et des expériences nombreuses qu'il a répétées avec une patience et une complaisance au-dessus de tout éloge, il a tiré les conclusions suivantes : La section d'une moitié latérale de la moelle ou d'un cordon postérieur, loin de produire la paralysie du sentiment dans les parties du corps dont les nerfs naissent au-dessous de la section, détermine au contraire l'hyperesthésie de ces mêmes parties. Ce n'est pas par les cordons postérieurs de la moelle que s'opère en dernier lieu la transmission des impressions sensitives reçues par le tronc et les membres : c'est par la substance grise centrale que se fait en définitive cette transmission. Les fibres des racines postérieures des nerfs spinaux, arrivées dans la moelle, passent en grande partie dans les cordons postérieurs de cet organe, et, après un court trajet, quittent ces cordons pour pénétrer dans la substance grise centrale. Un petit nombre de ces fibres paraissent se porter aux cordons latéraux. Les unes et les autres se divisent en fibres ascendantes, se dirigeant vers l'encéphale, et en fibres descendantes, prenant une direction opposée. Ces dernières semblent même être les plus nombreuses dans les cordons postérieurs, ou du moins elles seraient capables, dans certaines circonstances, de donner lieu à plus de douleur que les fibres ascendantes. Dans les cornes grises postérieures, il semble aussi y avoir des fibres ascendantes et des fibres descendantes provenant des racines postérieures. Ces fibres, après un court trajet, pénètrent dans la substance grise centrale.

Tels sont quelques-uns des faits principaux mis en lumière par les expériences de M. Brown-Séquard, et que M. Chauveau a essayé de révoquer en doute dans son mémoire adressé à l'Institut le 11 mai 1857. D'après M. Chauveau, M. Brown-Séquard se serait trompé sur la nature des manifestations déterminées, chez les animaux en expérience, par les irritations auxquelles il les a soumis ; au lieu d'y voir des signes de douleur perçue, il ne faudrait les considérer que comme des mouvements réflexes, dont l'animal n'aurait aucunement conscience. La distinction entre ces deux ordres de mouvements, en effet, n'est pas aussi facile qu'elle pourrait le paraître au premier abord. Les animaux n'ayant point la parole pour manifester leurs souffrances, on est obligé de s'en fier chez eux à d'autres signes pour constater la douleur : ce sont, pour quelques-uns, les cris qu'ils poussent pendant qu'on les torture ; pour d'autres, qui ne crient jamais ou qui ne crient que très rarement, les mouvements auxquels ils se livrent. Mais comment reconnaître, parmi ces mouvements, ceux qui sont volontaires et ceux qui sont provoqués, à l'insu du patient, par le pouvoir réflexe de la moelle épinière ? Ce ne peut être par l'énergie de ces mouvements. Sur des ânes, dont la moelle avait été séparée de l'encéphale par une section pratiquée à sa naissance, M. Chauveau a vu la moindre excitation des membres postérieurs suivie de coups de pied d'une grande vigueur.

Ce n'est pas non plus par la localisation des mouvements, car les mouvements réflexes sont d'autant plus étendus que l'excitation qui les a provoqués a été plus vive. Chez le cheval surtout, M. Chauveau a constaté que les mouvements réflexes ont une grande tendance à se généraliser, c'est-à-dire qu'une excitation locale amenée sur la moelle par un nerf sensitif s'irradie facilement sur toute la longueur de cet organe, préalablement détaché de l'encéphale, et se réfléchit de là sur toutes les racines motrices.

Deux caractères importants, cependant, permettent de reconnaître à quels genres de mouvements on a affaire. Le premier consiste en ce que les mouvements réflexes cessent toujours avec l'excitation qui leur a donné naissance ; tandis que les mouvements volontaires, signes d'une réaction contre la douleur perçue, peuvent durer quelque temps et se répéter en l'absence d'irritation nouvelle. D'un autre côté, une excitation légère, qui avant toute mutilation sera supportée par l'animal sans provoquer de sa part aucun mouvement volontaire, déterminera souvent des contractions très énergiques après la section de la moelle. C'est ce dernier fait qui pourra faire croire à l'existence d'une hypéresthésie dans une partie du corps qui, en réalité, est paralysé du sentiment.

M. Chauveau, du reste, rendant justice aux travaux de

---

assez qu'on donne aux choses le nom qui leur convient réellement.

Supposons qu'il n'y ait nul vestige d'orifice, le terme d'*imperforation* sera-t-il rigoureusement applicable au point de vue anatomique ? Oui, et cependant au point de vue étiologique il suppose que l'ouverture de la bouche manque dans les premiers temps du développement et se forme consécutivement par une perforation spontanée et physiologique semblable à celle qui établit la continuité de la vessie, du vagin, du rectum avec les dépressions extérieures, urèthre, vulve, anus, qui leur correspondent. Cette supposition est inexacte, puisque le développement de la face démontre qu'à aucune époque l'ouverture buccale n'est comblée par une membrane. J'en conclus donc que le terme d'imperforation convient beaucoup moins bien à l'orifice supérieur qu'à l'orifice inférieur du tube digestif.

Vaut-il mieux dire *occlusion congénitale de l'orifice buccal* ? Le mot *occlusion* implique l'idée d'une ouverture préexistante et qui s'est consécutivement obturée ; c'est le synonyme d'*oblitération* ; l'employer serait préjuger le mécanisme de la malformation, mécanisme qui cependant nous est parfaitement inconnu.

Il nous reste *atrésie*, dérivé hellénique, et qui signifie tout simplement *sans trou* ou *absence de trou*, de α privatif, et [illegible] trou, avec l'aide duquel vous pouvez, si le cœur vous en dit, fabriquer *atrétostomie* (ἄτρητος, sans trou, στόμα, bouche) qui a déjà conquis droit de domicile dans les dictionnaires (*Nysten*, 10e édit.).

A l'exemple de Gerdy, je n'ai pas pour la technologie grécogène en général une admiration fanatique ; j'aime autant dire un pessaire qu'un *élythromochlion* comme M. Kilian, de Bonn (1), quoique cet honorable confrère tienne pour *fort important* le *baptême* de son *supporteur du vagin* (p. 16).

J'aurais beau vous dire que j'ai extrait un corps étranger de la vessie avec le *cystincamptulque* de M. Betti (si toutefois je parvenais à pouvoir prononcer cet abominable mot), que vous auriez

(1) L'ÉLYTHROMOCHLION, *procédé simple pour relever la matrice et la maintenir dans sa forme naturelle dans les cas de descente de matrice. Brevet d'invention sans garantie du gouvernement*, avec le nom et l'adresse du fabricant. Paris [illegible]

M. Brown, s'est assuré que, chez l'âne, les cordons postérieurs ne peuvent être regardés comme la voie suivie par les impressions sensitives pour gagner l'encéphale; mais il ne peut accorder que cette transmission ait lieu par l'intermédiaire de la substance grise: « Tantôt, dit-il, après avoir coupé les » cordons postérieurs au niveau de l'articulation occipito- » atloïdienne, je grattais le fond de la plaie médullaire avec » la pointe d'une aiguille, sans observer que la destruction » de la substance grise anéantît la sensibilité dans le tronc » ou les membres; tantôt j'obtenais les mêmes résultats en » coupant du même coup les cordons supérieurs, la substance » grise centrale, la plus grande partie des cornes grises, et » même une certaine portion des faisceaux antérieurs, au » moyen d'une ponction pratiquée sur la ligne médiane, avec » une lame à double tranchant. »

Quant à l'exagération de la sensibilité développée par la section des cordons postérieurs, M. Chauveau l'attribue tout simplement à l'irritation des fibres médullaires déterminée par la simple ouverture du canal rachidien.

Les caractères différentiels mentionnés par M. Chauveau sont excellents; ce sont eux précisément que M. Brown-Séquard invoque pour démontrer que les mouvements observés par lui étaient de ceux qui succèdent à une douleur perçue: c'étaient des mouvements de la face, des yeux, des oreilles, du col et de toutes les autres parties du corps, des *efforts très variés* et *longtemps continués* pour fuir, pour mordre, ou pour se dégager des liens ou d'autres obstacles qui empêchent la fuite, etc... Et d'ailleurs, les animaux sur lesquels a opéré M. Brown ne se trouvaient nullement dans les conditions où l'on observe des mouvements réflexes très violents; ils avaient la moelle intacte et en communication avec le cerveau.

M. Chauveau refuse à la substance grise le rôle que lui assigne M. Brown-Séquard; mais les expériences, encore peu nombreuses, sur lesquelles il s'appuie ne nous semblent point contredire celles de ce dernier physiologiste, car elles ont été faites dans des conditions différentes. M. Brown agit le plus souvent sur la région lombaire, M. Chauveau sur la région cervicale; or, la marche des fibres nerveuses dans ces diverses régions pourrait bien n'être pas la même: c'est un point d'anatomie qu'il importerait d'étudier.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur l'ensemble des faits acquis récemment à la physiologie de la moelle, nous trouvons que les observations de M. Brown-Séquard ne détruisent nullement celles de M. Longet, non plus que les expériences de M. Chauveau, infirment celles de M. Brown. Chacun de ces expérimentateurs, s'étant placé dans des conditions spéciales, a dû arriver à des résultats différents: les théories édifiées avec des matériaux insuffisants ont pu être erronées; mais les matériaux eux-mêmes, les faits n'en subsistent pas moins, et ils devront tous être pris en considération dans une appréciation exacte des fonctions de la moelle.

MARC SÉE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA NATURE ET DU TRAITEMENT DE LA COLIQUE NERVEUSE ENDÉMIQUE DES PAYS CHAUDS (COLIQUE SÈCHE, COLIQUE VÉGÉTALE, etc.), par le docteur J.-B. FONSSAGRIVES, médecin en chef de la marine à Cherbourg.

(Suite. — Voir n° 32, p. 548.)

§ II. — Hypothèses sur l'étiologie de la colique nerveuse des pays chauds.

L'intervention du plomb dans la production de la colique sèche étant définitivement écartée, on ne peut admettre, pour expliquer son origine, que l'une ou l'autre de ces trois opinions :

1° Elle est due à la température élevée des régions tropicales ou aux vicissitudes du climat qui leur est propre;

2° Elle tient à la nature de l'alimentation spéciale de l'homme de mer;

3° Elle dépend de la contamination de l'air par un infectieux quelconque.

1° L'influence de la température constamment élevée des pays torrides ne saurait être mise en doute; mais on peut interpréter cette influence dans deux sens bien différents, et la considérer comme *directe* ou *indirecte*. Ou bien, en effet, la chaleur agit en modifiant l'organisme, ou bien en élaborant certains germes infectieux. Nous nous rallions sans hésitation à cette dernière manière de voir. L'action soutenue des chaleurs torrides contribue encore d'une autre manière à faire naître une prédisposition à la colique végétale en engendrant cette anémie et cet éréthisme nerveux habituels, qui sont des conditions si éminemment propres à favoriser le développement des névroses. Un assez grand nombre de médecins se préoccupant de la fréquence et de la soudaineté des vicissi-

---

un jour sans doute l'indiscrétion de me demander comment est fait cet instrument, comment on s'en sert, et s'il est vrai qu'il a déjà été inventé une demi-douzaine de fois comme l'insinue mon très cher ami le docteur Denucé, de Bordeaux (1).

Si je parlais devant vous de la *batracosioplastie* (qu'on devrait au moins écrire *batrachosoplastie* par considération pour le radical), vous pourriez peut-être croire que c'est une industrie créée pour faire repousser la queue des grenouilles ou pour restaurer les membres de ces infortunées cruellement mutilées par la physiologie expérimentale; je vous détromperais aussitôt, mais vous ne seriez pas beaucoup plus avancé quand je vous aurai déclaré que cette expression homérique aussi euphonique que pittoresque cache dans son flanc une manière d'opérer la grenouillette. Mais ne perdons pas notre temps en route. Je disais donc que je ne m'extasiais pas sur les mots grecs, et cependant je reconnais qu'il y en a de bons. *Atrésie* est du nombre. Je consens à ce que l'on dise *atrésie buccale*, car *atrétostomie* est déjà bien long; et je n'ai pas besoin de vous démontrer qu'*astomie* ne conviendrait pas du tout et voudrait dire tout autre chose. L'avantage que je reconnais à cette dénomination est d'énoncer tout simplement un fait, sans préjuger une cause qui est assez obscure; la première fois donc que je verrai venir au monde un enfant sans ouverture buccale, je vous promets de publier l'observation dans la GAZETTE sous le titre d'*Atrésie congénitale de la bouche :* vous saurez ce que cela veut dire. A la vérité vous attendrez peut-être un peu longtemps le phénomène, et il serait possible que vous ayez déjà oublié la tirade philologique que je viens d'enfanter à votre intention.

Il est donc convenu que nous adoptons *atrésie*. N'allez pas en conclure cependant que, toutes les fois que dans vos lectures vous rencontrerez des observations portant ce titre, il s'agisse réellement d'une absence complète d'orifice. J'ai acquis personnellement l'expérience du contraire, et je commence à croire, avec un diplomate, que les mots sont souvent employés par l'homme pour déguiser sa pensée et pour obscurcir les faits. J'éprouve ici le be-

(1) *Mémoire sur les corps étrangers introduits dans la vessie.* Bordeaux, 1856, p. 93.

tudes thermométriques dans les pays chauds, ont considéré la colique sèche comme une entéralgie de nature rhumatismale, et l'habitude pernicieuse de se coucher sur le pont, exposé au refroidissement préjudiciable qu'entraîne le rayonnement nocturne, l'imbibition des vêtements par une rosée profuse, ont été invoquées comme justifiant cette manière de voir. Si nous croyons réellement à la nocuité de ces conditions étiologiques et à leur aptitude à jouer, dans la production de la maladie, le rôle de causes secondaires ou *prédisposantes*, nous pensons que leur influence serait nulle si l'organisme n'avait préalablement subi l'action de la cause *occasionnelle* d'où dérive la colique nerveuse des pays chauds. A un âge où l'on traite sa santé avec un sans-façon dont elle sait se venger plus tard, nous passions presque toutes nos nuits sur le pont, enveloppé dans un manteau, pour échapper aux chaleurs accablantes du golfe de Guinée, et cette imprudence (que nous ne cherchons pas du reste à excuser), quoiqu'elle fût très générale à bord, n'y a jamais produit un cas de colique sèche. Combien de fois, d'ailleurs, n'a-t-on pas vu cette affection frapper des individus qui, par l'habitude de porter de la flanelle et de se couvrir de drap le soir, se prémunissaient soigneusement contre le froid? Combien de fois, par contre, des chauffeurs et des mécaniciens ne se sont-ils pas présentés impunément à la bouche des manches à-vent ou sur le pont, le corps tout ruisselant de sueur? Est-il logique, enfin, de supposer que cette prétendue répercussion de la sueur aille rhumatiser le plan charnu des intestins et n'atteigne pas de préférence et simultanément les muscles extérieurs, qui ont été bien plus directement soumis à l'action du froid? M. le docteur Lecoq a surtout fortement insisté sur l'importance de cet élément étiologique, et il considère les variations brusques du thermomètre dans les pays chauds comme la cause *déterminante*, et l'appauvrissement du sang comme la cause *prédisposante* de la colique sèche. Telle est aussi l'opinion de notre distingué confrère M. Rochard. Nous ne saurions admettre cette étiologie, et, comme nous le disions tout à l'heure, la température des pays torrides ne nous paraît présider à la génération de la colique sèche que d'une manière indirecte, c'est-à-dire en favorisant la production du miasme spécial d'où elle dérive.

Si l'on ne peut nier que la tension électrique considérable des atmosphères équatoriales ne soit l'une des causes de la prédominance des affections nerveuses dans la pathologie des pays chauds, si l'économie est vivement influencée par ces orages si fréquents et d'une violence inconnue à nos climats, il faut également considérer cette circonstance comme créant une prédisposition et rien de plus.

L'état hygrométrique de l'air dans les pays chauds ne joue non plus, dans la production de la colique sèche, qu'un rôle tout à fait accessoire. La colique nerveuse endémique des pays chauds sévit de préférence sur les navires. C'est là son terrain de prédilection, mais elle ne leur est pas exclusivement spéciale; on la voit, quoique plus rarement il est vrai, éclater quelquefois à terre, et il est permis d'en conclure que l'atmosphère confinée d'un bâtiment contient les éléments de la cause génératrice de la colique sèche. L'atmosphère libre des pays intertropicaux les renferme également, mais moins condensés, moins nuisibles. Quel est le rôle que joue la température élevée des compartiments habitables des navires dans la production de la colique sèche? A bord des navires à voiles, à part le calorique rayonné par la cuisine, le four et la machine distillatoire, et celui absorbé de l'extérieur par les murailles généralement noircies, la chaleur intérieure est exclusivement le fait de l'encombrement. Nous avons prouvé ailleurs que cette chaleur est excessivement considérable, puisque l'équipage d'un vaisseau à trois ponts rayonne pendant les cinq heures de nuit qu'il passe en totalité dans les batteries ou le faux-pont 434,800 calories, c'est-à-dire une quantité de chaleur pouvant porter 434 litres d'eau de 1 à 100 degrés. D'un autre côté, les expériences de thermométrie nautique prouvent que la température s'accroît d'autant plus qu'on descend dans un compartiment plus inférieur, et qu'une différence, qui va quelquefois jusqu'à 10 ou 12 degrés, peut être constatée entre l'air de certaines parties de la cale et celui du pont. A bord des navires à vapeur, les conditions d'encombrement sont les mêmes, si ce n'est plus défavorables. De plus, la chaleur de la machine introduit dans le problème de leur thermométrie intérieure un nouvel élément d'aggravation. Or, ces bâtiments ont une insalubrité beaucoup plus grande que les navires à voiles, toutes choses égales par ailleurs, et la colique nerveuse des pays chauds en particulier a pour eux une prédilection qui a été constatée par tous les médecins de la marine. Enfin, les hommes de l'équipage que leurs fonctions exposent plus particulièrement à l'action soutenue d'une température élevée, coqs, boulangers, cuisiniers, chauffeurs, mécaniciens, sont ceux aussi que la colique sèche atteint de préférence. L'action d'une température habituellement très élevée, qu'elle soit le fait de l'encombrement, de la radiation solaire ou d'une source artificielle de calorique, paraît donc être une condi-

---

soin d'ouvrir une parenthèse,, ou puisque nous naviguons, de m'accrocher à une branche. Parmi les personnes qui emploient des mots grecs, il y en a environ les trois quarts qui ne les comprennent pas. On se sert mal d'un outil dont on ignore et l'usage et le mécanisme, de même on abuse des vocables en question. Lisez donc dans les recueils et dans les gros livres les articles *Atrésie*; vous verrez qu'on s'en sert indifféremment pour les cas où l'orifice manque absolument et pour ceux où il est seulement moins large que de coutume. De sorte qu'on emploie un mot qui veut dire *pas de trou*, alors même que le trou existe. C'est comme si l'on rangeait dans la même catégorie et sous la même dénomination les borgnes et ceux qui ont les deux yeux crevés, celui-ci qui a un rétrécissement de l'urèthre et celui-là qui a étranglé sa verge avec une ficelle.

Pour pallier tout ce qu'un tel langage a d'absurde, on a trouvé un échappatoire non moins ridicule. L'atrésie (ou l'atrétisme, choisissez) a été divisée en complète et incomplète. Je sais bien ce qu'on a voulu dire par là, ayant lu beaucoup de choses sur ce sujet; mais je déclare impossible de démontrer à un commençant le sens précis d'un tel patois. S'il avait un atome de bon sens, l'élève me répondrait en ces termes :

« Monsieur et honoré maître, l'existence d'un trou est une chose absolue : ou il y en a un, ou il n'y en a pas; à la vérité, il peut être plus grand ou bien il peut être plus petit; mais s'il n'existe pas, il n'est ni grand ni petit; s'il existe, il est toujours complet : il n'y a pas plus de trou incomplet qu'il n'y a de demi-morceau, ou si vous voulez un langage plus chirurgical, qu'il n'y a de demi-esquille dans une fracture comminutive. Si plus tard, dans ma clientèle, j'examine un nouveau-né atteint à l'un de ses orifices naturels d'un vice de conformation de cet ordre, je chercherai, à l'aide de l'œil, du doigt et du stylet, si l'ouverture existe ou non : s'il n'y en a pas vestige, je dirai qu'il y a atrésie; mais je ne consentirai jamais à employer ce substantif, si je parviens à introduire dans le pertuis n'importe quoi, fût-ce un simple stylet d'Anel. »

Je ne vois pas trop ce qu'on pourrait opposer à cet inflexible

ion indispensable pour que la colique sèche se produise; nais ce n'est là encore qu'une cause prédisposante, car combien de fois l'a-t-on constatée sans qu'elle déterminât l'affecion. Un bateau à vapeur qui chauffe devant Tunis a souvent ne température plus insupportable que celle du Sénégal. ue lui manque-t-il pour que ses chauffeurs et ses mécaniiens soient atteints de colique sèche? Rien, si ce n'est ce iasme, ce principe aérien spécial, qui est la condition génétrice de la maladie, et que l'atmosphère des tropiques enferme seule. Les partisans de la nature saturnine de la olique sèche n'ont pas manqué d'utiliser cette particularité tiologique et de dire que, si les cuisiniers étaient surtout ésignés aux atteintes de la maladie, cela tenait uniquement la quantité d'eau qu'ils ingurgitaient pour étancher leur oif. Mais cette explication tombe devant ce fait, que, par une izarrerie remarquable, ce sont quelquefois les hommes éloinés des feux, les gabiers par exemple, qui payent leur dette u fléau, tandis que les gens de la machine sont exceptionnellement épargnés : l'intempérance des boissons froides n'a lonc qu'une influence étiologique bornée.

2° Il n'est pas plus vrai que la colique nerveuse des pays chauds ait sa cause occasionnelle dans l'alimentation spéciale de l'homme de mer. La ration doit, bien entendu, être mise hors du débat. Elle est uniforme, la même pour tous les navires et aux diverses périodes de la même campagne; on peut certainement lui adresser des reproches légitimes de monotonie et d'altérabilité facile; mais s'il y a là un motif d'allanguissement pour la nutrition, on ne saurait y voir le point de départ d'une affection spéciale. Quant aux recherches qui avaient pour but la constatation de la présence du plomb dans les aliments, pain, vin, eau distillée, etc., nous avons vu que leurs résultats étaient demeurés négatifs, et que s'il en avait été autrement, il eût été loisible de refuser à ces quantités infinitésimales de plomb l'énergie toxique qu'on s'est efforcé de leur attribuer (1). L'eau prise à terre dans des ruisseaux, des aiguades, des marigots, des affluents de rivière, etc., pourrait à la rigueur être incriminée si des bâtiments qui renouvelaient leur approvisionnement par les seules ressources de la distillation, n'avaieut offert maintes fois des exemples d'épidémie de colique nerveuse. Quant aux productions empruntées à la flore ou à la faune des pays que visite l'homme de mer, on ne saurait leur attribuer la moindre influence sur la production de la maladie. Les fruits des pays chauds, quand ils sont mangés avec excès ou avant maturité, ont certainement des inconvénients, et certains embarras gastriques, des diarrhées, ou même des dysentéries, ont pu maintes fois et légitimement être rapportés à cette cause; mais l'influence des fruits des tropiques sur la production de la colique sèche tombe devant ce fait par nous constaté bien souvent, que des navires réduits par les circonstances de la navigation à la seule ration réglementaire, sont atteints par cette affection comme ceux qui ajoutent à l'alimentation habituelle de leurs équipages des fruits, des légumes ou de la viande fraîche achetés à terre.

3° Nous arrivons donc, par exclusion, à admettre que la cause productrice de la colique sèche est dans l'air et que cette cause est indépendante des modifications thermométriques ou électriques de ce fluide. C'est un élément surajouté à ses éléments constitutifs normaux, un principe particulier, un miasme. Cette opinion, que nous croyons avoir émise le premier dans notre mémoire de l'année 1852 des *Archives*, et que nous avions soutenue de nouveau et développée dans notre *Traité d'hygiène navale*, est aussi celle de M. Dutrou, qui l'a défendue dans le mémoire intéressant qu'il a publié il y a quelques mois. N'ayant pu prendre connaissance d'un travail qui était alors sous presse, notre honoré confrère avait pu nous reprocher de n'être pas assez affirmatif sur ce point et de n'émet que sous forme de doute la possibilité par la colique sèche d'une origine infectieuse. Il a pu voir que, depuis, nous nous sommes départi de cette réserve qui convient à toute opinion produite pour la première fois, et que personne n'est plus convaincu que nous que la colique des pays chauds est l'expression d'un empoisonnement miasmatique. Quant à déterminer la nature de ce miasme, nous laissons à d'autres ce soin; mais nous devons faire remarquer la vraisemblance de sa parenté avec l'infectieux complexe qui se dégage des marais. La coexistence très habituelle de la colique sèche et de l'anémie paludéenne; la succession si ordinaire de cette affection à des accès intermittents simples ou pernicieux; la marche périodique que la névrose intestinale affecte très sou-

(1) Au moment où nous corrigeons les épreuves de notre travail, nous lisons dans l'*Union médicale* (n° du 6 août 1857) un rapport fait à la Société médicale des hôpitaux, par M. Legroux, sur une note de M. Girard (de Marseille), relative à l'*intoxication saturnine et à son traitement*. Notre honorable confrère parle de *deux prétendues coliques des pays chauds*, qu'il aurait reconnues, par la seule constatation du liséré gingival, n'être que des coliques de plomb, et il reproche, aux médecins qui ont écrit sur la colique sèche, de ne pas avoir examiné les gencives de leurs malades. Nous n'acceptons ni l'importance diagnostique absolue attribuée à ce signe, ni le reproche de ne pas l'avoir interrogé. Cet oubli eût été impardonnable et eût en effet fourni une arme aux partisans de l'identité de la colique saturnine et de la colique sèche.

---

raisonnement. Si dans vos loisirs, mon cher ami, vous trouvez une réplique viable, jetez-la sur le papier et me l'envoyez sur le champ. Je donnerai un franc de prime au commissionnaire, et je regretterai que vous n'ayez pas vécu à la brillaute époque de la scholastique.

Et puisque nous sommes sur le terrain inépuisable des absurdités de notre idiome scientifique, je vous avoue que, si je rencontrais jamais un logicien de la force du jeune homme supposé plus haut, il me prendrait fantaisie de lui adresser une autre question: « Jeune adolescent, lui dirai-je avec douceur, comment vous y prendriez-vous pour remplacer l'atrésie incomplète des auteurs. Si dans votre future pratique, qui, je l'espère, sera nombreuse, vous rencontriez un faible fils d'Eve n'ayant à la place de la bouche qu'un trou capable à peine d'admettre un cure-dent, comment intituleriez-vous l'observation qu'à ce propos vous enverriez à l'Académie des sciences dans l'espoir d'obtenir un rapport sur vos vieux jours? Soyez donc assez bon pour satisfaire ma légitime curiosité. »

Après avoir bu un verre d'eau aussi peu sucrée que dans les Sociétés savantes, le jeune homme me répondrait : « Monsieur, j'ai déjà réfléchi à cette difficulté et j'ai remarqué que, si notre vocabulaire est trop riche en certains points, il est, au contraire, fort dépourvu en d'autres; ce qui, ne vous en déplaise, autorise parfois les plus farouches gallicistes à faire des emprunts à l'idiome d'Homère ou de Tacite quand ils veulent exprimer nettement une idée relative à un fait spécial ou nouvellement découvert. »

A ce moment je ferais de la tête un signe d'assentiment. L'orateur poursuivrait :

« Si l'on peut, à la rigueur, désigner assez clairement l'absence de l'orifice buccal par plusieurs mots plus ou moins exacts dont la liste vous est connue, en revanche je n'en trouve pas en usage un seul qui s'applique convenablement à l'aberration du *nisus formativus* auquel voûs faites allusion. »

Ici je dissimulerais mal une légère grimace; ce qui donnerait l'occasion à mon partenaire de me dire en souriant : « *Si l'aberration du nisus formativus* vous agace, je la retire volontiers. Je sais comme

vent ; ce fait que, de trois personnes qui chassent sur le bord d'un marigot sous l'ardeur du soleil, l'une peut contracter une fièvre intermittente, la seconde une dysentérie, la troisième une colique sèche, montrent que le marais, ce laboratoire d'infectieux multiples, paraît être la source d'où procède la colique sèche comme du reste la plupart des endémies tropicales.

On a voulu voir, dans le miasme palustre, la cause efficiente du plus grand nombre des maladies propres aux pays chauds; les médecins de la marine ont surtout cette tendance, et tout dernièrement un critique, d'une bienveillance parfaite par ailleurs, nous la reprochait à nous même en analysant notre *Traité d'hygiène navale* dans les colonnes de la GAZETTE HEBDOMADAIRE ; sans doute, on peut opposer contradictoirement, à la monotonie d'une cause unique, la variabilité des effets qui en résultent; sans doute cette idée médicale a été un peu exagérée, et il nous répugne, quoi qu'en pense M. Jacquot, de voir dans certaines affections, l'hépatite, par exemple, le résultat d'une intoxication palustre ; mais il en est d'autres (la colique sèche est du nombre) que nous rattachons sans hésitation à cette cause. « Partout où une matière organique se putréfie, avons-nous dit ailleurs, qu'elle procède d'une plante ou d'un animal, un germe infectieux prend naissance. L'habitant des marais, le bûcheron, le fossoyeur qui met à nu des couches de terre végétale, le paysan qui entr'ouvre le sillon d'une terre pour l'ensemencer, l'ouvrier qui exploite une tourbière ou un gisement de houille, sont exposés à l'action de ces miasmes qu'on a confondus sous la désignation générique de miasmes paludéens et dont le résultat est de produire l'infection *phyto-hémique*. Si celle-ci trouve dans la température et la végétation des pays chauds ses éléments de production les plus actifs, il ne faut pas oublier qu'à côté de cette décomposition végétale, s'opère une décomposition animale incessante et que l'*infection nécrohémique* (ou par des miasmes cadavériques animaux) doit aussi en être la conséquence. On a l'habitude de considérer l'empoisonnement palustre comme produit par un principe toujours identique avec lui-même et en quelque sorte indivisible, le *miasme des marais*, et l'on est tenté de n'attribuer à celui-ci que la seule production des pyrexies intermittentes. Eh bien ! ce point de vue nous paraît essentiellement faux : les miasmes marécageux sont complexes de leur nature ; ce sont des molécules cadavériques végétales et animales à la fois, empruntées aux espèces vivantes les plus variées; rien ne nous dit qu'elles aient les mêmes propriétés pathogéniques, et nous concevons très bien que des maladies de nature variée puissent être le résultat de leur absorption. Un marais alimenté principalement par des substances animales n'aurait probablement pas les mêmes propriétés infectieuses que celui où des matières végétales se putréfient : ce point de vue éclaire singulièrement la pathologie des pays chauds ; toutes les maladies qui leur sont propres et que leur état climatologique (température, humidité, électricité, etc.) ne produit pas, sont des empoisonnements par des matières organiques en voie de désagrégation, et la nature de ces maladies est commandée par la nature et l'origine de ces miasmes variés. Toutes les pyrexies paludéennes, sous leurs diversités de types, intermittent, rémittent, continu, l'empoisonnement palustre chronique, les névralgies paludéennes, improprement nommées fièvres larvées, la fièvre jaune, probablement aussi la colique nerveuse endémique des pays chauds, procèdent de l'infection phyto-hémique. La dysenterie épidémique est, au contraire, la manifestation des miasmes cadavériques animaux (1). »

Le miasme qui produit la colique endémique des pays chauds et les diverses fièvres larvées ou névralgies anomales est-il le même que celui qui engendre les pyrexies paludéennes et les dispositions de l'organisme qui en subit l'atteinte, impriment-elles seules une forme différente à ces effets pathogéniques, ou bien ce poison quoique rapproché du poison palustre, proprement dit, en est-il *spécifiquement* distinct? Nous inclinerions plus volontiers à admettre la seconde de ces hypothèses. En résumé, les émanations infectieuses qui se dégagent d'un marais naturel ou artificiel, celles qu'exhale une cale fétide où croupit, sous l'action d'une forte température, un mélange d'eau douce et d'eau salée, sont les deux conditions essentielles de la production des coliques sèches. Toutes les autres ne sont que de simples prédispositions à contracter cette redoutable névrose : ainsi de l'anémie idiopathique ou de l'anémie paludéenne, des transitions brusques et répétées de température auxquelles exposent certaines professions, celles de chauffeurs, de mécaniciens, de cuisiniers, etc., par exemple, du refroidissement causé par le sommeil nocturne en plein pont, etc. Si certains navires ne peuvent reparaître dans les pays chauds sans être ravagés par la colique sèche, c'est que la putridité de leur cale est une cause virtuelle de production de la maladie à laquelle il ne manque que l'impulsion de la chaleur torride ;

(1) *Traité d'hygiène navale*, 1856, p. 396 et suivantes.

vous que ce terme, fort en vogue autrefois, ne signifie et n'explique absolument rien, malgré son apparente profondeur; mais il est agréable à l'oreille, et l'auditeur, ne le comprenant pas, s'imagine aussitôt qu'il faut être très savant pour l'employer. Mais passons.. Puisque je flétris l'imperforation incomplète, il me reste le *rétrécissement congénital de l'orifice buccal* ; mais, en pathologie, qui dit *rétrécissement* sous-entend qu'une ouverture, une cavité, ou un canal auparavant plus spacieux, ont perdu accidentellement une partie de leur calibre par le rapprochement des bords ou des parois. Imposer cette dénomination à la difformité qui nous occupe, c'est préjuger imprudemment la question étiologique. Veuillez me permettre, ajouterait-il, de ne pas discuter un synonyme de rétrécissement qui, dans le cas actuel, serait aussi impropre et dont j'hésite beaucoup à me servir, ayant manqué un jour me luxer l'os maxillaire inférieur en prononçant lui et ses dérivés. »

Je n'insisterais pas, car il serait évident qu'allusion serait faite à la barbare *coarctation* et à la *coarctotomie*, plus rude encore. Il n'y a qu'un Polonais capable d'articuler de tels mots.

« Pourquoi, continuerait mon pédagogue temporaire, ne prendrai-je pas tout naïvement un mot français très clair, très usuel, qui serait compris de tout le monde et même des sages-femmes, des officiers de santé et des herboristes. Pourquoi ne dirai-je pas *étroitesse congénitale de l'orifice buccal*. On peut objecter qu'il est bien humiliant pour des savants de parler comme le premier venu. Je vois d'ici que vous cherchez dans votre tête un terme plus relevé, *stomatosthénosie congénitale*, je suppose, ou tout autre demi-alexandrin, la plupart des dérivés grecs composés ayant de six à douze pieds pour le moins.

» N'usez pas vos facultés dans cette recherche stérile. Avant de créer des mots, alors même que la chose est indispensable, il est bon de chercher autour de soi si l'on ne pourrait pas trouver son affaire, car les dictionnaires prennent, hélas! un embonpoint de jour en jour plus alarmant. Voulez-vous un dérivé latin. J'ai votre affaire. Il est assez court et d'une prononciation gracieuse [illegible] *angustie congénitale de l'orifice buccal*. Ce substantif a, d'ailleurs, d'assez beaux titres de noblesse. J.-L. Petit l'employait pour

les bateaux à vapeur sont plus souvent atteints que les ivires à voiles, il faut se l'expliquer, d'une part, par la ndition désavantageuse d'un encombrement plus grand (1); une autre part, par les éléments nouveaux que la chaleur la machine, l'accumulation d'un charbon souvent humide, nfection sulfhydrique spéciale de leur cale, introduisent ms le problème de leur hygiène spéciale.

Ces conditions particulières aux bateaux à vapeur sont de iture à expliquer la prédilection de la colique sèche pour ce nre de navires. L'encombrement, indépendamment de ses itres dangers, est une cause d'accroissement d'humidité et e température, double circonstance qui favorise à un haut egré la décomposition putride des matières organiques; la haleur irradiée par la machine dans toutes les parties du avire agit dans le même sens mais d'une manière plus sensible encore; enfin l'encombrement d'un charbon souvent umide, dont le volume atteint souvent le quart du cubage u navire qui est soumis dans les soutes à une température ui atteint quelquefois 50 degrés centigrades et qui doit dégager une masse considérable de produits gazeux, sont autant le particularités que l'on peut invoquer pour expliquer l'aptitude des steamers à contracter la colique sèche.

On le voit, en admettant : 1° que la colique des pays chauds est l'un des produits pathologiques qui résultent de la putréfaction des substances végétales, 2° qu'un navire peut porter dans sa cale un marais producteur de miasme de cette nature, on parvient à édifier une étiologie vraisemblable de cette affection, et toutes les autres causes viennent se grouper comme éléments de prédisposition autour de cette cause spécifique sans laquelle un cas de colique végétale ne saurait jamais prendre naissance.

(*La fin à un prochain numéro.*)

(1) Nous avons prouvé que le cube moyen d'encombrement individuel est de 1m,899 pour les différents types de navires à vapeur et de 3m,648 pour les différents types de navires à voiles.

NOUVEAUX FAITS ET CONSIDÉRATIONS NOUVELLES CONTRE L'EXISTENCE DE LA FONCTION GLYCOGÉNIQUE DU FOIE ; mémoire lu à l'Académie des sciences, le 27 juillet 1857, par le docteur LOUIS FIGUIER, agrégé de chimie à l'École de pharmacie de Paris.

Dans la Note que j'ai eu l'honneur de lire à l'Académie le 7 juin dernier, j'ai annoncé devoir lui communiquer prochainement des observations nouvelles sur le sucre contenu dans le sang de la veine porte et dans celui de la circulation générale chez les animaux carnivores. Je viens remplir cette promesse, et profiterai de cette occasion pour essayer de fixer les idées sur la véritable origine du sucre qui existe dans différents organes de l'économie.

§ I. — *Du sucre existant dans le sang de la veine porte et dans celui de la circulation générale.*

Personne n'a oublié les discussions et les dénégations auxquelles a donné lieu l'assertion que j'ai émise, pour la première fois, en 1855, de la présence du sucre dans le sang de la veine porte chez les animaux carnivores. Les démentis répétés donnés à ce fait tenaient à une confusion qu'il est grand temps de voir disparaître. Les expérimentateurs qui ont cru pouvoir nier la présence du sucre dans le sang de la veine porte prenaient, comme caractère fondamental et exclusif du glycose, le phénomène de la fermentation. Constatant que le produit sucré contenu dans le sang de la veine porte chez les animaux carnivores n'éprouve pas directement le phénomène de la fermentation alcoolique, ils partaient de ce fait pour conclure que ce produit n'appartient point au groupe des matières sucrées. Je n'avais pourtant nullement avancé, comme on peut le voir par la lecture de mon mémoire (1), que le sucre contenu dans le sang de la veine porte fût fermentescible directement. J'annonçais seulement qu'il réduisait, comme le glycose contenu dans le foie, le réactif cupro-potassique. Je prouvai d'ailleurs, dans un mémoire suivant, que le produit dont il s'agit donne des signes manifestes de fermentation sous l'influence de la levûre de bière, quand on l'a fait préalablement bouillir pendant quelques minutes avec l'acide sulfurique très étendu (2). La confusion qui a si longtemps régné sur ce sujet n'enlève rien pourtant à la certitude du fait que j'ai annoncé, et que j'ai vérifié un assez grand nombre de fois pour le considérer comme inébranlable, savoir que, ***dans le sang de la veine porte des animaux carnivores, il existe une matière sucrée réduisant avec énergie le réactif cupro-potassique.***

J'ai eu l'honneur de rendre témoin de ce fait, en 1855, la commission désignée par l'Académie des sciences pour

(1) *Deuxième mémoire à propos de la fonction glycogénique du foie*, lu à l'Académie des sciences, le 26 mars 1855.

(2) *Troisième mémoire sur la fonction glycogénique du foie*, lu à l'Académie des sciences, le 27 août 1855.

---

exprimer la diminution de calibre de l'urèthre, il a été réinventé depuis. Il est parfaitement synonyme d'étroitesse.

» Mais peut-être vous préférez un dérivé grec, et d'ailleurs il vous en coûte de prononcer seize syllabes pour rappeler la difformité en question. J'ai encore votre affaire, du grec et du plus pur, et pas du Bas-Empire, du grec de Galien; trois syllabes euphoniques et deux autres pour l'adjectif, et vous en serez quitte. C'est vraiment pour rien.

» Écoutez-moi donc avec attention ; les Anciens se servaient de deux mots : φιμὸς et φίμωσις pour désigner l'étroitesse des orifices naturels (1). Vous trouverez dans Paul d'Égine l'indication du phimos utérin, qu'il conseille de détruire avec le syringotome (2). Ce terme générique a été détourné de son acception étendue au profit du prépuce, qui n'a rien fait pour mériter cette distinction. Comme au reste l'iris a accaparé le mot très général de *coloboma*, qui conviendrait fort bien à caractériser les fentes congénitales ou l'absence de réunion des parties symétriques.

» Il m'est avis qu'on pourrait rendre au mot *phimosis* son sens général en l'attribuant exclusivement à l'étroitesse congénitale des orifices; *rétrécissement* resterait pour indiquer l'étroitesse acquise par cicatrice ou autres procédés. Le prépuce n'aurait, d'ailleurs, rien à réclamer : par considération pour son antiquité et ses longs services, on continuerait pour lui à dire *phimosis* tout court; pour ses confrères on ajouterait un adjectif : on dirait phimosis nasal, palpébral, anal, uréthral, vulvaire, auriculaire, etc. De là création d'une famille pathologique bien circonscrite, ce qui rend très facile l'étude et très claire l'exposition des ressources thérapeutiques. Dans l'occurrence présente vous pouvez dire *phimosis buccal*; mais je préfère encore *phimosis labial*, car moins heureux que les Latins, qui avaient *os* et *bucca*, nous ne possédons que le mot *bouche* pour désigner le vestibule et sa porte d'entrée, de sorte qu'il y a confusion possible avec l'adjectif dérivé ; *phimosis buccal* pourrait s'entendre d'une étroitesse très grande de la cavité comme

(1) *Dict. en 60 vol.*, t. XL, p. 322.

(2) *La Chirurgie de Paul d'Égine*, trad. franç. de R. Briau. 1855, p. 295.

lui rendre compte de mes recherches. Dans le rapport qui fut présenté à l'Académie par cette commission, et qui a eu un grand retentissement, il fut déclaré que la réduction du réactif cupro-potassique était un signe insuffisant pour caractériser le sucre, et que la fermentation alcoolique était le seul caractère qu'il fût permis d'invoquer pour prononcer sur la nature de ce produit.

Lorsque la commission de l'Académie des sciences a émis l'opinion que je viens de rappeler, elle se conformait rigoureusement aux faits et aux principes dont la science était en possession à cette époque. Mais, depuis ce temps, la chimie a fait de nouveaux pas dans l'étude approfondie des matières sucrées. Il a été reconnu, d'une part, que tous les sucres ne subissent point la fermentation alcoolique : tel est le cas de la *sorbine*, découverte par M. Pelouze; que d'autres sucres, tels que le *mélitose*, fourni par la manne d'Australie, découvert par M. Berthelot, ne donnent que la moitié de l'acide carbonique qui pourrait résulter de leur fermentation alcoolique (1). Il a été établi, d'autre part, que des matières autres que les sucres, telles que la glycérine et la mannite, peuvent fermenter et fournir de l'acide carbonique et de l'alcool sous l'influence de la levûre de bière, quoique n'appartenant point à la famille des sucres (2). On connaît enfin différents produits, tels que le sucre de lait, qui n'éprouvent point directement la fermentation alcoolique sous l'influence de la levûre de bière, mais qui deviennent susceptibles de subir cette décomposition quand on les a fait préalablement bouillir pendant un quart d'heure avec de l'acide sulfurique étendu. La matière sucrée dont j'ai signalé l'existence dans le sang de la veine porte est précisément dans ce dernier cas. En un mot, les progrès que la chimie a faits, depuis deux ans dans la connaissance du groupe des matières sucrées, conduisent à considérer le phénomène de la fermentation alcoolique comme un caractère secondaire : tous les sucres ne fermentent point directement sous l'influence de la levûre de bière; d'autres ne fermentent qu'après avoir été tenus en ébullition avec un acide étendu; de sorte que le seul caractère qui soit véritablement commun au groupe tout entier des matières sucrées, c'est de réduire le réactif cupro-potassique. D'après l'état actuel de la chimie, on est donc forcé de regarder comme un sucre proprement dit le produit dont j'ai signalé la présence dans le sang de la veine porte, puisqu'il réduit le réactif cupro-potassique et qu'il subit d'ailleurs la fermentation alcoolique quand on le soumet à une courte ébullition avec de l'acide sulfurique étendu.

L'examen chimique du produit sucré existant dans le sang de la veine porte est une opération difficile à reproduire, parce qu'elle entraîne la mort de l'animal. J'ai donc pensé qu'il y aurait intérêt à répéter avec le sang de la circulation générale les expériences que j'avais faites précédemment avec le sang du grand vaisseau de l'abdomen. En opérant avec le sang de la circulation générale, on a d'ailleurs l'avantage de pouvoir se servir plusieurs fois du même animal, en lui laissant des intervalles convenables de repos, et par une opération fort simple que chacun peut répéter pour vérifier l'exactitude des faits annoncés.

En opérant sur le sang de la circulation générale, je n'ai eu aucune peine à isoler le même produit qui existe dans le sang de la veine porte; à constater que, comme ce dernier, il réduit énergiquement le réactif cupro-potassique et subit la fermentation alcoolique après une courte ébullition avec l'acide sulfurique étendu. Voici les détails de deux de ces expériences. On y trouvera la description d'un procédé nouveau, extrêmement sûr et commode, et auquel je me suis définitivement arrêté pour isoler le sucre contenu dans le sang. Ce moyen est de beaucoup préférable à l'emploi de l'alcool, dont j'ai longtemps fait usage; il est plus économique et plus expéditif, et je crois devoir le recommander à l'exclusion de tout autre, comme permettant aux chimistes d'opérer avec certitude la recherche dont il s'agit.

Exp. Ire. — A la veine jugulaire d'un chien qui se trouvait depuis six mois au régime exclusif de la viande de cheval, on a pratiqué une saignée, six heures après le repas. Le sang ayant été battu, pour en séparer la fibrine, et passé à travers un linge, on a pris 330 grammes de ce sang défibriné, auquel on a ajouté une quantité d'acide acétique suffisante pour qu'il pût rougir faiblement le papier de tournesol. Placé dans une capsule de porcelaine, ce sang battu a été porté à l'ébullition pour le coaguler. Le coagulum épais, étant jeté sur un linge et lavé à l'eau distillée, donne un liquide rougeâtre qui est de nouveau porté à l'ébullition et faiblement évaporé, pour achever la précipitation de toutes les matières coagulables par la chaleur. En séparant ce nouveau coagulum au moyen d'un linge fin et serré, on obtient un liquide limpide qui réduit avec beaucoup d'énergie le réactif cupro-potassique.

(1) *Sur quelques matières sucrées*, par M. Berthelot, *Annales de chimie et de physique*. 3e série, t. XLVI.

(2) *Transformation de la mannite et de la glycérine en sucre proprement dit*, par Berthelot, *Annales de chimie et de physique*. 3e série, juillet 1857, t. L.

on le voit chez certains monstres; il devrait même recevoir cette acception par opposition à l'astomie, dans laquelle la cavité manque absolument. Notez bien que ce terme ne s'applique jusqu'à présent qu'aux orifices naturels, mais que sans le trop violenter on pourrait l'étendre aux cas, d'ailleurs très rares, dans lesquels à l'époque de la naissance un détroit s'observe dans la continuité du canal intestinal, de l'œsophage, etc. Je pourrais discourir longuement sur ce point et vous montrer que, sans néologisme, j'ai introduit de la clarté dans le sujet en supprimant à la fois et les longues périphrases et les expressions impropres, ambiguës et multiples appliquées à une seule et même classe d'affections. »

La carafe étant à sec par suite de cette longue dissertation, mon logicien se tairait après toutefois m'avoir donné deux conseils :

Premier conseil. A moins de raisons particulières écrivez autant que possible *phimosis* sans y grec, car *phymosis* est d'un très mauvais effet et ferait croire que vous ne vous êtes jamais promené dans le jardin des racines grecques.

Deuxième conseil. Mais je frémis en le publiant, tant il me paraît hardi et attentatoire aux choses saintes. N'envoyez jamais un travail à une Académie trop célèbre, si vous désirez réellement avoir un rapport; ce genre d'exercice étant presque complétement inconnu de MM. les grands Immortels de la section de médecine et de chirurgie; et si vous voulez figurer même dans le compte rendu, tâchez que votre note ne dépasse pas une page au plus : sans quoi elle gênerait beaucoup l'histoire très importante de la coquille fossile d'un petit mollusque, la description d'une cinq cent trenteseptième manière de cristalliser du carbonate de chaux et les développements d'une fonction tout à fait imprévue de *x*. Si vous étiez trop prolixe, on vous couperait tout simplement en quatre ou en huit, et on offrirait une des fractions médianes de votre prose à la curiosité des lecteurs: ceux-ci auraient acquis par là le droit de ne pas vous comprendre, et ils en abuseraient.

Le dialogue précédent aurait eu pour résultat de fixer mes idées sur les diverses variétés de malformation des orifices en général et de l'orifice buccal en particulier. Vous verrez dans la suite que ces préliminaires ne sont pas aussi superflus qu'ils en ont l'air.

(*La suite prochainement.*) Ar. Verneuil.

Pour s'assurer que le produit réduisant le réactif cupro-potassique jouit également de la propriété d'éprouver la fermentation alcoolique après son ébullition avec un acide étendu, on a évaporé ce liquide jusqu'à siccité : le résidu de cette évaporation, d'une couleur jaune verdâtre, pesait 10 grammes.

J'ai fait dissoudre ce résidu dans de l'eau distillée contenant 1 pour 100 de son poids d'acide sulfurique du commerce, et j'ai porté ce liquide à l'ébullition dans un ballon de verre. Cette ébullition a été entretenue pendant un quart d'heure, en remplaçant de temps en temps par de l'eau distillée le liquide réduit en vapeurs.

Après cette ébullition, l'acide libre ayant été saturé par quelques gouttes de potasse, j'ai mis ce liquide neutre en contact avec la levûre de bière dans un tube que j'ai achevé de remplir avec du mercure et l'ai renversé dans un verre à expérience plein de mercure. Le tout ayant été placé à une certaine distance d'un fourneau modérément chaud, la fermentation n'a pas tardé à s'établir. Au bout de vingt-quatre heures, le liquide a laissé dégager 10 centimètres cubes d'acide carbonique entièrement absorbable par la potasse.

Exp. II. — On a voulu constater par l'expérience suivante que le produit sucré qui fait partie du sang de la circulation générale n'est pas précipité par le sous-acétate de plomb, caractère nouveau et essentiel pour établir son identité avec les matières glycosiques.

Six heures après son repas, on a pratiqué une saignée à la veine fémorale d'une chienne qui, depuis trois ans, est soumise, à l'École d'Alfort, au régime exclusif de la viande de cheval. Le sang, défibriné et passé à travers un linge, pesait 300 grammes. Convenablement acidulé par l'acide acétique, on l'a coagulé par la chaleur, comme il est indiqué ci-dessus, et le liquide obtenu, après sa complète coagulation, a été précipité par le sous-acétate de plomb, employé en excès. Séparé, par la filtration, du précipité occasionné par le sel plombique, le liquide a été débarrassé de l'excès du sel de plomb par une dissolution d'hydrogène sulfuré. Le liquide filtré, et qui réduisait avec une grande énergie le réactif cupro-potassique, a laissé un résidu d'une saveur légèrement sucrée, et pesant 3gr,05. Ce résidu a été dissous dans de l'eau contenant 1 pour 100 d'acide sulfurique et entretenu pendant un quart d'heure à l'ébullition. L'acide libre ayant été saturé par quelques gouttes de potasse, le liquide a été mis en présence de la levûre de bière dans un tube qu'on a achevé de remplir avec du mercure et que l'on a placé dans la proximité d'un fourneau. La fermentation a commencé de s'établir au bout d'une heure, et après vingt quatre heures le liquide avait laissé dégager 15 centimètres cubes de gaz acide carbonique entièrement absorbable par la potasse.

On s'était assuré, comme dans l'expérience qui précède, au moyen d'une certaine quantité de sang mise à part dans cette intention, que le produit sucré dont il s'agit ne fermente pas directement par l'action de la levûre de bière. Nous ferons pourtant remarquer que, lorsqu'il est resté en contact pendant un ou deux jours avec de la levûre de bière et qu'on le sépare de cette levûre par la filtration, ce liquide n'exerce plus d'action réductrice sur le réactif cupro-potassique, ce qui montre bien que la levûre, si elle ne provoque pas la fermentational coolique de ce produit, détermine pourtant sa décomposition sous une autre forme

Il résulte, des deux expériences qui viennent d'être rapportées, que la matière sucrée dont nous avons démontré l'existence dans le sang de la veine porte se retrouve aussi dans le sang de la circulation générale, où elle sera plus accessible aux opérateurs. Cette matière appartient évidemment au groupe des sucres ; car elle présente les caractères propres à cet ensemble de corps, savoir : 1° la réduction par le réactif cupro-potassique ; 2° la fermentation alcoolique après l'action préalable d'un acide étendu ; 3° la non-précipitation par le sous-acétate plombique.

§ II. — ***Conséquences qui résultent de la présence du sucre dans le sang de la veine porte et de la circulation générale.***

Il n'est plus permis, maintenant, de mettre en doute l'existence d'un produit sucré dans les vaisseaux sanguins des animaux carnivores. Aucune équivoque n'étant plus possible à cet égard, ce qui nous importe seulement aujourd'hui, c'est de déduire les conséquences de ce fait.

La première conséquence à en tirer, c'est l'inexactitude bien avérée de cette assertion fondamentale de M. Bernard, que l'on ne doit point perdre de vue, puisqu'elle a été le point de départ de ses travaux relatifs à la fonction glycogénique du foie et qu'il formule en ces termes : « *Le foie, à l'exception de tout autre organe de l'économie, contient de la matière sucrée* (1). » Tous les travaux des expérimentateurs qui se sont occupés de ce sujet ont renversé sans retour cette assertion fondamentale de l'auteur de la théorie glycogénique. Est-il nécessaire de rappeler les belles recherches de M. Colin (d'Alfort), qui ont établi la présence du sucre dans presque tous les liquides de l'économie, et en particulier son expérience si remarquable avec un taureau carnivore, qui a fait découvrir l'existence du sucre dans le chyle recueilli par une fistule au canal thoracique ; celles de M. Chauveau (de Lyon), qui ont confirmé les résultats annoncés par M. Colin et prouvé l'existence du sucre dans presque tous les liquides de l'économie, dans les artères aussi bien que dans les veines, pendant le jeûne des animaux comme après la digestion ; celles enfin de M. Sanson, chef du service de chimie à l'École vétérinaire de Toulouse, confirmant tous les faits qui précèdent.

Ainsi, loin d'être localisé uniquement dans le foie, comme l'affirmait l'auteur de la théorie de la sécrétion glycogénique, le sucre se rencontre dans presque tous les liquides non excréteurs de l'économie; et si M. Bernard, à l'origine de ses recherches, n'a trouvé le sucre que dans le foie, c'est qu'il était plus facile de le reconnaître dans cet organe, où il n'est pas masqué par des produits étrangers en quantité suffisante pour dissimuler sa présence aux réactifs chimiques.

Mais, dira-t-on, le sucre que l'on trouve dans le foie n'est pas identique avec celui qui existe dans la veine porte et dans les vaisseaux de la circulation générale, puisque le premier a la propriété d'entrer en fermentation directement et sans aucun traitement préalable, tandis que l'autre n'est apte à subir cette fermentation que quand on l'a traité par un acide étendu. L'explication que je vais donner de ce fait paraîtra, je l'espère, satisfaisante.

Le sucre est un des produits du dédoublement chimique qu'éprouvent les matières azotées par l'effet de la digestion dans le canal alimentaire. Au moment de sa formation, et tel qu'on le trouve dans la veine porte, il n'est pas encore passé à l'état de sucre fermentescible directement ; mais il est susceptible de se modifier aisément et de passer à l'état de sucre directement fermentescible, quand il séjourne un certain

(1) *Sur une nouvelle fonction du foie*, in-4, 1853, p. 68. (Thèse à la Faculté des sciences de Paris.)

temps dans l'économie. Par l'espèce de stase sanguine qui se fait dans les cellules hépatiques, le sucre qui arrive par le sang de la veine porte séjournant longtemps dans le tissu de cet organe, et se trouvant en présence de diverses matières animales, se transforme en sucre directement fermentescible. Par l'action du temps et des matières avec lesquelles il se trouve en présence dans le tissu du foie, ce produit éprouve donc la même modification, fort simple d'ailleurs, qu'on lui fait subir en peu d'instants, en le tenant en ébullition avec un acide étendu. Les faits que nous allons citer confirmeront d'une manière frappante l'explication qui précède.

M. Sanson a observé que le sucre qui existe dans le sang veineux du cheval ne fermente directement qu'avec beaucoup de difficulté; mais que, si l'on abandonne à lui-même pendant quarante-huit heures ce sang défibriné, le sucre extrait de ce sang fermente alors avec beaucoup d'énergie par l'action de la levûre de bière et sans aucun traitement particulier. Dans ce cas, le sucre non fermentescible, demeurant un certain temps en contact avec les éléments organiques du sang, s'est transformé en sucre directement fermentescible, comme il arrive pour celui qui s'introduit dans le foie par la veine porte et qui, par son séjour au sein de l'organe hépatique, se transforme en sucre fermentescible.

M. Colin, qui a fait la belle découverte de la présence du sucre dans le chyle des animaux carnivores, a constaté que ce sucre éprouve directement la fermentation alcoolique. On ne s'étonnera point de ce fait si l'on considère qu'en raison de la lenteur de la progression du chyle dans les vaisseaux chylifères et dans le canal thoracique, en raison aussi du travail particulier d'élaboration qui s'accomplit dans l'intérieur des villosités intestinales, le produit sucré du chyle a eu le temps de subir la modification qui le fait passer à l'état fermentescible.

M. Blot a annoncé que, dans l'urine des femmes enceintes et des nourrices, il existe une quantité appréciable de sucre; et d'après le même expérimentateur, ce sucre entre directement en fermentation. On comprend, en effet, qu'après avoir séjourné longtemps dans l'économie et franchi toutes les trames organiques qu'il doit traverser pour se rendre dans la vessie, ce produit sucré ait eu le temps de devenir fermentescible.

On trouve, dans l'œuf des oiseaux, une certaine quantité de sucre qui est d'environ $0^{gr},1$ pour chaque œuf de poule; il est facile de mettre ce produit en évidence en coagulant l'albumine de l'œuf étendue d'eau par la chaleur ou par l'alcool et traitant le liquide filtré par le réactif cupro-potassique. Or, comme je m'en suis assuré, ce sucre est fermentescible directement, ce qui s'explique par le contact prolongé de ce produit avec les éléments organiques contenus dans l'œuf.

Tous ces faits concourent donc à établir qu'en présence des matières animales, vivantes ou non, le sucre non fermentescible peut subir la modification qui le rend directement fermentescible; ils généralisent le phénomène que nous présente le contraste chimique entre le sucre du foie et celui du sang dans la veine porte.

Mais ici une objection va s'élever. Comment se fait-il, dira-t-on, que le sucre qui fait partie du sang de la circulation générale ne soit point fermentescible, puisque le chyle, pendant la période digestive, et les veines hépatiques, presque à tous les moments, y déversent du sucre fermentescible? Cette difficulté disparaîtra si l'on réfléchit que le sucre fermentescible est un produit plus altérable que son congénère d'où il dérive, de telle sorte qu'il doit disparaître assez rapidement par le travail de la respiration ou de la nutrition. Une fois parvenu, par la série des mutations qu'il a subies, à l'état définitif représenté par le sucre fermentescible, ce produit est sans doute dans les conditions nécessaires pour sa destruction dans l'économie, et c'est sur lui que se porte de préférence l'action comburante de l'oxygène atmosphérique. Au reste, je développerai tout à l'heure, avec plus de détails, ce point particulier.

§ III. — *Origine du sucre contenu dans les différents organes et liquides de l'économie.*

Ce sucre que contiennent manifestement presque tous les organes parenchymateux et les liquides non excréteurs de l'économie, d'où provient-il? En 1855, dans mon premier mémoire, j'ai admis qu'il tirait uniquement son origine de l'alimentation; que le tube intestinal était son point de départ véritable, et qu'il ne fallait nullement chercher sa source dans une sécrétion glandulaire. Cette explication me paraît toujours la véritable expression des faits. Quand on voit la glycose disparaître du foie par l'abstinence et augmenter de proportion pendant la période digestive, comment chercher ailleurs que dans les matières alimentaires l'origine de ce produit? Le résultat d'expériences qu'il me reste à faire connaître confirmera, je l'espère, cette pensée.

J'ai trouvé dans le tube intestinal des chiens qui se trouvaient depuis des mois entiers au régime exclusif de la viande, un produit qui se rattache manifestement au groupe chimique des sucres, et qui est peut-être la substance primitive qui, diversement modifiée, devient le sucre fermentescible du chyle et du foie.

Tuez, par la section du bulbe rachidien, sept à huit heures après le repas, un chien tenu au régime exclusif de la viande; ouvrez l'abdomen, appliquez une ligature un peu au-dessous du pylore et une autre à la terminaison du petit intestin; détachez d'un coup de ciseau, au-dessus de chacune de ces ligatures, cette partie du tube intestinal; fendez ensuite l'intestin dans toute sa longueur, il s'en écoulera un liquide brunâtre, quelquefois blanc; laissez macérer pendant un quart d'heure dans l'eau distillée ce liquide et l'intestin lui-même; passez le liquide à travers un linge, précipitez-le par un excès de sous-acétate de plomb, et vous obtiendrez un très abondant précipité blanc. Ce précipité étant jeté sur un filtre et lavé, ajoutez une dissolution d'hydrogène sulfuré pour faire disparaître l'excès du sel plombique; filtrez pour séparer le sulfure de plomb et évaporez la liqueur jusqu'à siccité, vous obtiendrez un résidu que je ne peux me défendre de considérer comme le véritable produit originel du sucre dans l'économie animale. En effet, ce produit est doué d'une saveur sucrée des plus manifestes, caractère bien remarquable dans le cas qui nous occupe. Il ne réduit point le réactif cupro-potassique (1).

La présence dans le tube intestinal des animaux carnivores de cette substance d'une saveur sucrée et qui n'est pas précipitable par le sous-acétate de plomb, me paraît frappante pour marquer l'origine et la filiation du sucre dans l'économie animale. Elle nous fait saisir les différentes transitions chimiques qui ont pour résultat final de donner du sucre fer-

(1) Je me réserve de soumettre plus tard cette matière à une étude plus [illegible]

mentescible en partant de la matière alimentaire azotée. On aurait, en effet, d'après cela :

Dans le tube intestinal, le premier état du sucre, c'est-à-dire une substance de saveur sucrée, et non précipitable par le sous-acétate de plomb, mais qui ne réduit pas le réactif cupro-potassique et n'entre pas en fermentation ;

Dans la veine porte, le deuxième état du sucre, c'est-à-dire un produit qui réduit le réactif cupro-potassique, qui ne fermente pas directement, mais qui est susceptible d'éprouver la fermentation alcoolique, après avoir subi l'action d'un acide étendu ;

Dans le foie (comme aussi dans le canal thoracique), le troisième et dernier état du sucre, c'est-à-dire, un produit qui réunit les deux caractères : réduction des sels de cuivre et fermentation directe.

Pendant les discussions auxquelles a donné lieu l'importante question qui nous occupe, on est demeuré trop longtemps sous l'empire d'une idée qui n'est nullement en harmonie avec l'état présent de la science. On a voulu faire du glycose un produit unique à propriétés tranchées et constantes. Or, plus on pénètre, à l'aide de la chimie, dans la connaissance approfondie de ce corps, et mieux on reconnaît que le sucre ne constitue pas un produit unique, mais qu'il existe un grand nombre de corps composant le groupe général des sucres, lequel renferme un nombre considérable d'espèces à propriétés variées et qui n'ont nullement pour caractère commun la fermentation alcoolique. Selon nous, ce n'est pas un seul et même sucre qui existe dans les différents organes de l'économie animale, mais bien une série de produits appartenant à ce groupe chimique ; ces produits dérivent les uns des autres et sont différenciés par des propriétés spéciales. Le sucre qui provient de la transformation des aliments féculents n'est pas certainement le même que celui qui provient de la digestion des aliments azotés ; le sucre des urines diabétiques n'est pas le même que celui qui résulte de la modification des matières amylacées, etc... Ainsi, dans l'économie animale, le sucre, loin de constituer un produit unique et constant, traverse plusieurs états de modifications et de transformations intermédiaires; ce n'est qu'après avoir passé par ces différents termes qu'il disparaît de l'économie, soit par la combustion respiratoire, soit par l'assimilation nutritive. D'après les expériences que nous venons de rapporter, on trouverait dans le tube intestinal, et résultant de l'acte digestif, le premier état du sucre ; dans la veine porte, ce même produit ayant subi une modification notable, enfin dans le chyle et dans le foie ce produit plus profondément modifié et passé à l'état définitif de sucre fermentescible.

Faisons remarquer enfin que ce dernier composé représentant l'état chimique sous lequel le glycose est le plus aisément destructible, on s'explique ainsi que le sang pris dans la circulation générale n'en contienne point ; celui qui a été enlevé au foie par les veines hépatiques disparaissant par suite de sa facile destructibilité, il ne peut rester dans le sang, hors le cas de diabète, que le produit le plus stable, c'est-à-dire, le sucre fermentescible.

Telles sont les idées théoriques qui nous paraissent expliquer d'une manière satisfaisante les faits que l'expérience a établis. Nous les soumettons au jugement des physiologistes et des chimistes.

(La fin à un prochain numéro.)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 3 AOUT 1857.—PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

ANESTHÉSIE. — *Sur l'administration du chloroforme et des anesthésiques par projection*, par M. *Heurteloup*.

A la place du système qu'il appelle *anesthésie par rapprochement*, l'auteur propose d'employer un système qu'on pourrait appeler *anesthésie par projection*, et qu'il exécute au moyen d'un petit appareil, le *projecteur anesthésique*, qui consiste en un gros tube de verre, bouché à ses deux extrémités par deux bouchons de liége. Ces deux bouchons sont percés d'un trou, et traversés tous les deux par un tube : l'un de ces tubes finit en cône, et est percé à son extrémité ; le tube qui traverse l'autre bouchon se continue avec un long tuyau flexible, au bout duquel on introduit le cuivre d'un petit soufflet. Dans le gros tube de verre il y a de la gaze pour recevoir et étendre le chloroforme. L'éther étant introduit, l'air poussé par le soufflet traverse le magasin du chloroforme, qui sort par le petit tube siphon, mêlé à l'air.

Cet appareil ne dose pas, mais il régularise l'administration du chloroforme. (*Comm.* : MM. Flourens, J. Cloquet, Jobert.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 11 AOUT 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Cinq rapports définitifs touchant les épidémies qui ont régné en 1856 et 1857 dans les communes de Villert-l'Hôpital, Pierremont, Humerœuil, Beauvois et Échineux. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Carrière*, sur une épidémie de rougeole qui a régné à Cazouls (Hérault). — *c*. Un rapport de M. le docteur *Meyniol* (d'Aurillac), sur une épidémie de dysentérie qui a régné à Luccamp. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : — *a*. Une note sur la constatation du sucre dans l'urine des diabètes, par M. *H. Lespiau*, médecin aide-major au 5° chasseurs. (*Comm.* : MM. Ségalas, Bouchardat.) — *b*. Un pli cacheté concernant un traitement spécifique de la cholérine et du choléra, par M. le docteur *Sémanas*, de Lyon. (*Accepté.*) — *c*. Deux lettres de M. *Mathieu*, fabricant d'instruments, relatives : la première, à un nouvel appareil à cautère actuel (M. Jobert, *rapporteur*) ; la seconde, à la réclamation de priorité élevée par M. *Pouillien*, au sujet de l'irrigateur vaginal à double courant.

M. *Gibert* fait hommage à l'Académie, au nom de M. *Bayle*, du second volume de son *Traité de pathologie interne*.

Lectures et Rapports.

M. *Robinet* lit une série de rapports sur des remèdes secrets et nouveaux. Les conclusions négatives en sont adoptées sans discussion.

M. *Cloquet* fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, d'un opuscule intitulé : *Recherches statistiques et scientifiques sur les maladies des diverses professions du chemin de fer de Lyon*, par M. le docteur *Devilliers*.

Elections.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre titulaire dans la section de *thérapeutique et histoire naturelle médicale*.

La section présente :
En première ligne, M. *Moquin-Tandon* ;
En deuxième ligne, M. *Gubler* ;
En troisième ligne, M. *Réveil*.
Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 60,

M. Moquin-Tandon obtient. . . .	45	suffrages.
M. Gubler.	10	—
M. Réveil.	2	—
Billets blancs.	3	—

M. *Moquin-Tandon*, ayant réuni la majorité des voix, est proclamé membre titulaire de l'Académie.

OBSTÉTRIQUE. — M. le docteur *Félix Hatin* donne lecture d'un *Mémoire relatif à l'application du forceps avec introduction d'une seule main.* — La méthode de M. *Hatin* a pour caractères essentiels : 1° le choix tout facultatif de la main à introduire et de la branche à placer en premier; 2° l'introduction totale de cette main donnée comme précepte obligatoire, quand on opère au-dessus ou au niveau du détroit supérieur, et même dans l'excavation pelvienne; 3° et enfin l'emploi de cette seule et même main pour guider successivement les deux branches du forceps.

Ces propositions avaient déjà été formulées par l'auteur dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine au mois de septembre 1851, et dont M. Chailly-Honoré a été chargé de rendre compte. Ce nouveau mode opératoire, vivement recommandé par le rapporteur de la commission, fut attaqué par d'autres membres de l'Académie, et notamment par M. le professeur P. Dubois.

Dans ce nouveau travail, l'auteur discute les objections faites à son procédé, et il cherche à le défendre contre des modifications qui, sous prétexte de perfectionnement, en altéreraient la simplicité.

L'accoucheur, dit M. Hatin, trouve dans le choix facultatif de la main un soulagement pour sa mémoire, une commodité plus grande pour sa manœuvre, une économie de temps, quelques chances de succès de plus, quelques anxiétés de moins pour la patiente, et, pour lui-même, l'affranchissement des perplexités du choix à faire, surtout quand ces perplexités naissent des *desiderata* d'un diagnostic incertain.

L'introduction de la main tout entière donne à l'application du forceps une facilité et surtout une sécurité qu'on ne saurait obtenir avec le procédé ordinaire. Avec cette méthode, plus de tâtonnements, plus de fausses routes. Tout devient clair et précis : position de la tête, engagement simple ou multiple, conformation du bassin, tumeurs anormales, rigidité ou inertie des parties maternelles, tous ces différents points douteux sont éclairés avec une certitude mathématique.

L'emploi d'une seule et même main rend l'application du forceps plus sûre et plus régulière, et le placement de la seconde branche presque aussi facile que celui de la première.

Dans le procédé de l'auteur, la première branche étant placée et maintenue, la main introduite n'abandonne pas pour cela la tête. Elle la contourne quand elle est libre, ou passe au-dessous d'elle quand elle est engagée, pour gagner la région opposée du bassin, et, dans tous les cas, elle permet de constater les déplacements s'il s'en produit, et d'y remédier immédiatement, sans retrait de la branche, sans réintroduction de la main.

Pour le second temps de l'opération, il ne serait pas moins saillant. La main occupe la région où la seconde branche va venir se placer. Il n'y a donc point à violenter la vulve pour la franchir de nouveau, et, conséquemment, il n'y a point de raison pour que la patiente s'agite, ou que la deuxième introduction de la main (qui est supprimée dans ce procédé) déplace la première branche. Quant à la seconde, elle glisse avec facilité sur le poignet, puis sur la région palmaire de l'opérateur, et arrive sur la tête du fœtus avec toutes les chances d'une bonne et régulière application. (*Comm. :* MM. Moreau, Depaul et Cazeaux.)

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en *comité secret* pour entendre la lecture du rapport de M. *Michel Lévy* sur la présentation des candidats aux places vacantes parmi les *associés nationaux.*

L'Académie sera appelée à voter, dans la prochaine séance, pour la nomination de deux membres associés dans la section de chirurgie. A cet effet, la commission présente deux listes de candidats, portant chacune trois noms.

La première est ainsi composée : 1° M. *Sédillot;* 2° M. *Goyrand;* 3° M. *Bonnet.*

La seconde : 1° M. *Pamard;* 2° M. *Gensoul;* 3° M. *Bouisson.*

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur le mariage des sourds-muets, par M. DAVID-BUXTON.

Cette question, sur laquelle M. Ménière a appelé, l'an dernier, l'attention de l'Académie (GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1856, p. 31), est surtout une question de faits. Encore bien que l'induction soit assez autorisée à intervenir dans un pareil sujet, il n'en est pas moins prudent de ne conclure que sur les données positives de l'observation. C'est à ce titre que se recommande spécialement le travail de M. Buxton, qui emprunte à des tableaux statistiques des éléments importants. Si cette statistique est bien exacte (ce que nous sommes toujours tenté de mettre en doute quand il s'agit de documents administratifs), les résultats auxquels elle conduit sont précieux à enregistrer.

Après avoir établi, par le dernier recensement officiel, que le nombre de sourds-muets s'élevait, en 1851, dans tout le Royaume-Uni, au chiffre de 17,300, dont 9,572 du sexe masculin et 7,728 du sexe féminin; que sur ce nombre, 12,553 appartiennent à la Grande-Bretagne, et 4,747 à l'Irlande; que 4,565 hommes et 3,578 femmes ont moins de vingt ans, et 5,007 hommes et 4,170 femmes ont plus de vingt ans, M. Buxton s'appuie surtout sur cette grande proportion des sourds-muets en âge d'être mariés pour montrer l'importance pratique des deux questions suivantes : 1° Y a-t-il des raisons suffisantes d'empêcher le mariage des sourds-muets? 2° Est-il prudent que les sourds-muets s'allient entre eux?

Sur la première question, le recensement irlandais est favorable à la négative; car il établit que, dans ce genre d'union, la surdi-mutité passe rarement à la progéniture. De même le chef de l'asile d'Hartford (Amérique) (*Tribute to Gallaudet Appendix*; Hartford, 1857) assure qu'il n'a vu « que dans un petit nombre de cas, le défaut transmis des parents aux enfants. » Suivant le président de l'institution de New-York, c'est l'ordinaire que « les enfants de sourds-muets jouissent des facultés dont leurs parents étaient privés. » Assurément, ajoute-t-il, « la chance d'avoir un enfant sourd-muet sur *cent trente-cinq* ne peut être un obstacle à une union de laquelle dépendent le bonheur et le bien-être des parties. » Cette opinion est partagée par M. Buxton.

Mais il en est autrement dès qu'il s'agit du mariage des sourds-muets entre eux. L'auteur assure bien que, assez fréquemment, des enfants nés de deux sourds-muets jouissent de toute leur faculté auditive; mais il insiste sur ce fait que, dans beaucoup d'autres cas, les enfants naissent atteints de surdi-mutité, et il en cite des exemples venus à sa connaissance personnelle.

Ces affirmations générales ne vaudraient pas la peine d'être consignées dans un travail *ex-professo*, si elles n'étaient le résumé général des données statistiques annoncées au commencement. Ce sont ici les chiffres, c'est la proportion numérique des enfants nés de ces sortes de mariages aux sourds-muets compris parmi les enfants, qui fait tout l'intérêt de la recherche et aussi toute son utilité au point de vue social. Voici donc les chiffres, les uns extraits du recensement d'Irlande, les autres d'écrits américains; ceux-ci empruntés à un recueil publié à Londres par une *Association de secours pour les sourds-muets adultes*, ceux-là compulsés par l'auteur lui-même dans les asiles de Londres, de Liverpool, de Manchester, ou dans des publications diverses.

Les résultats de cette statistique pour les différentes localités sur lesquelles ont été pris les renseignements sont les suivants. (Pour la commodité, nous franciserons le mot anglais *inter-marriage*, pour désigner l'union entre *deux* sourds-muets, et nous réserverons le mot *mariage* pour l'union où l'un des conjoints seulement est atteint de surdi-mutité.)

A *Londres*, sur 50 *inter-mariages*, 5 ont donné des enfants sourds muets, formant un total de 10. Sur 16 *mariages*, aucun enfant sourd-muet, tandis qu'il y a dans la métropole 81 enfants sourds-muets provenant de parents en pleine possession de l'ouïe.

A *Liverpool*, 18 *mariages*, pas un cas de transmission.

A *Manchester*, 3 *inter-mariages* ont produit des sourds-muets.

Une mère sourde a eu d'un mari entendant deux ou trois enfants sourds. Le père de cette femme était sourd-muet.

En *Irlande*, dans dix-neuf cas, aucun renseignement sur le produit des alliances. Dans les familles où l'*un* des parents était sourd-muet, sur 203 enfants un seul a hérité de cette infirmité. Dans 6 cas d'*inter-mariage*, sur 13 enfants un seul cas également de surdi-mutité. Il résulte d'un tableau particulier que la prédisposition héréditaire dérivait, dans 9 familles, des grands-parents, dans 2 du père, et dans 4 de la mère.

A *Paris*, sur 33 familles, un seul cas d'hérédité, offert par un couple sourd-muet ayant donné 2 enfants atteints de la même infirmité. (Ce renseignement est tiré d'un document américain. New-York, *Rapport* 1853.)

A *Grœningen* (*Hollande*), sur 6 *inter-mariages*, un cas de transmission (4 enfants dont deux sourds-muets).

A *New-York*, « sur 120 ou 130 familles que formaient ceux des premiers hôtes de l'institution qui étaient mariés, on n'a que deux exemples de transmission directe des parents aux enfants. Dans un cas, le père et la mère étaient sourds-muets, et la mère, qui comptait sept sourds-muets dans sa famille, a eu six enfants, tous atteints de mutité. Dans l'autre cas, sur 4 enfants un seul était sourd-muet. Peut-être faudrait-il faire entrer en ligne de compte un cas où un couple sourd-muet a donné le jour à un enfant qui perdit partiellement l'ouïe dans le cours d'une maladie. » A ces renseignements empruntés aux American Annals of the Deaf and Dumb (juillet 1854), M. Buxton ajoute, toujours sous la rubrique de New-York, que, généralement, les *inter-mariages* donnent 1 sourd-muet sur 20 enfants et les *mariages* 1 sur 135.

A *Hartford* (Connecticut), c'est aussi *un vingtième* des enfants qui naît atteint de surdi-mutité dans les cas d'*inter-mariages*. En 1854, dans un *meeting* qui eut lieu à l'asile de cette ville, 390 sourds-muets, venus de divers États, se trouvèrent réunis. 150 *étaient* mariés, 45 étaient présents avec leurs femmes *sourdes-muettes*; il y avait 31 individus dont le conjoint était absent ou mort, et 29 dont le conjoint pouvait entendre et parler. Sur ces 105 familles, 71 avaient donné 154 enfants, sur lesquels 8 seulement, provenant de cinq familles, étaient sourds-muets.

Dans l'*Ohio*, suivant le chef de l'asile (*Annals of the Deaf* etc.), les premiers hôtes de cet asile n'ont jamais transmis la surdité à leurs enfants (on ne dit pas sur combien de mariages).

Tels sont les faits. On y remarquera aisément une lacune des plus importantes que l'auteur sans doute n'était pas en mesure de combler, mais dont nous nous étonnons qu'il ne paraisse pas se *préoccuper*. Toutes ces statistiques ne disent rien des causes de la surdi-mutité. Or, il est bien évident qu'une surdi-mutité qui dépend seulement d'une oblitération de la trompe d'Eustache, avec intégrité parfaite de l'encéphale et des nerfs, n'offre pas la même chance de transmissibilité qu'une surdi-mutité liée à un vice organique du centre nerveux et accompagné de quelque dérangement des facultés mentales. Autant, dans les premiers cas, il y aurait peu d'inconvénient à permettre le mariage, surtout avec une personne exempte d'infirmité, autant il y aurait lieu de l'interdire dans le second cas, même avec un individu parlant et entendant, à plus forte raison avec un sourd-muet. En outre, il est fâcheux que les documents rassemblés par M. Buxton ne touchent que très accidentellement à la question de la transmissibilité des grands-parents aux enfants, à travers une génération saine. C'est là un élément des plus importants au point de vue social du mariage, tout aussi indispensable que la question de la transmissibilité directe; car, outre qu'il importe peu que ce soient les fils ou les petits-fils des sourds-muets qui recueillent ce fâcheux héritage, on comprend très bien que cette hérédité de seconde main accroît le chiffre qui exprime la puissance de transmission de l'infirmité et que la proportion d'un vingtième indiquée plus haut peut ainsi s'élever à un quinzième ou à un douzième; c'est, nous le répétons, ce résultat collectif, et non celui que fournit l'hérédité directe, qui domine la question du mariage des sourds-muets. (*The Liverpool Medico-Chirurgical Journal*, n° 2, juillet 1857, p. 167.)

Exemple d'invagination du cæcum dans le côlon, avec tumeur anale formée par l'intestin invaginé, par le docteur Swartzwelder.

Obs. — Le 8 mai, le docteur Wilson fut appelé pour donner des soins à une petite fille âgée de sept mois. Cette enfant avait été prise, le matin même, sans cause connue, de vomissements qui bientôt devinrent presque incessants; elle rendait en outre par l'anus une petite quantité de sang et de mucus. Ces symptômes persistèrent le 9, et le 10 il s'y adjoignit un ténesme très violent et dont les accès se répétaient fréquemment. Cependant les matières vomies n'avaient pas l'odeur de matières fécales; et, bien que la soif parût intense, le pouls était naturel et la température cutanée normale. On fit usage de la créosote, du calomel administré à petites doses, de lavements avec l'acétate de plomb, etc.; mais on n'obtint par l'emploi de ces remèdes aucun soulagement. Le 11, le père de la petite malade remarqua qu'une tumeur d'une couleur noirâtre se présentait à l'anus. Cette tumeur était manifeste, surtout pendant les violents accès de ténesme; elle rentrait en grande partie lors de la cessation des efforts expulsifs. C'est alors que le docteur Swartzwelder fut appelé; l'exploration des parties donna les résultats suivants: Le doigt pénètre dans le rectum avec facilité; il contourne aisément la tumeur dans toutes les directions: celle-ci présente environ un pouce de diamètre. La partie qui fait issue par l'anus offre une coloration noire qui dépend évidemment de la congestion des parties. Pendant le ténesme, la consistance augmente; mais, dans l'intervalle des accès, la tumeur peut être réduite; on peut même la refouler jusqu'au-dessus du promontoire: il est impossible de la repousser plus loin, alors même qu'on fait usage d'une assez grande force. Dans l'abdomen il existe une tumeur située à peu près à égale distance de la crête iliaque et du rebord costal. On remarque en outre que la pression exercée sur la tumeur abdominale se propage à la tumeur anale. Pas de tympanite. Les jours suivants, les vomissements et le ténesme deviennent incessants. Les matières vomies n'ont jamais été stercorales; mais les gaz rendus par l'éructation avaient incontestablement l'odeur des matières fécales. La physionomie s'altéra bientôt profondément; le pouls devint petit, faible et très accéléré; enfin, la mort survint le 14, vers le milieu de la journée.

A l'examen nécroscopique, le petit intestin paraît modérément distendu par des gaz. On n'observe pas de traces de péritonite. L'extrémité colique de l'iléon a été entraînée dans la cavité du gros intestin, à la suite du cæcum et de l'origine du côlon, qui constituent la tumeur qu'on observait à l'anus. Quant à la tumeur qu'on découvrait par la palpation de l'abdomen, elle était produite par la partie invaginante du côlon, condensé, boursouflé, et présentant à la partie supérieure de gros plis circulaires qui lui donnent une apparence noueuse. (*The Cincinnati Medical Observer*, July 1857, p. 295.)

L'existence de la tumeur anale, résultant du prolapsus de l'intestin invaginé, donne un certain intérêt à l'observation qu'on vient de lire; elle constitue en effet un accident peu commun de l'invagination intestinale, affection qui, comme on le sait, n'est malheureusement pas rare, surtout parmi les jeunes enfants. Les exemples d'invagination rapportés par Hevin et Nissen (cités par Rilliet et Barthez, *Traité des maladies des enfants*, t. I, p. 813, 1852), et dans lesquels l'existence d'une semblable tumeur se trouve signalée, ces exemples ont été avec raison considérés, par les principaux auteurs qui ont écrit sur les maladies de l'enfance, comme étant tout à fait exceptionnels; mais, ainsi que le fait remarquer le docteur West (*Lectures on the Diseases of Infancy and Chilhood*), s'il est rare, en cas d'invagination de l'intestin, d'observer le prolapsus de l'intestin, il ne l'est pas à beaucoup près autant de rencontrer des malades chez lesquels le doigt, introduit plus ou moins profondément dans le rectum, permet d'atteindre l'extrémité libre du viscère invaginé. On comprend l'importance de ce renseignement, lorsqu'il s'agit d'une affection dont le diagnostic n'est que trop souvent enveloppé d'obscurité.

Quinoïdine substituée à la quinine dans le traitement des fièvres miasmatiques, par M. le docteur B.-F. Graham.

Les affirmations de M. Graham reposent-elles sur des observations peu rigoureuses; ou bien la quinine employée comparativement à la quinoïdine était-elle impure ou falsifiée; ou bien, enfin, faut-il croire que les fièvres miasmatiques de l'Amérique du Nord se comportent autrement à l'égard des antipériodiques que les fièvres

de notre pays? Ce sont toutes suppositions qu'on peut faire en présence de ce travail, mais dont la dernière ne nous paraît pas être la plus vraisemblable.

Plusieurs confrères d'Amérique poursuivent depuis quelques années des recherches sur les propriétés fébrifuges des alcaloïdes du quinquina, et, chose singulière, ils s'accordent généralement, — M. Da Costa dans le MEDICAL EXAMINER (mai 1855); M. GIBBS dans NORTH-AMERICAN REVIEW (mars 1857), et M. Graham dans le présent article, — à attribuer à la quinoïdine des vertus que personne ne lui reconnaît en France. M. Graham, qui ne rapporte pas de faits détaillés, s'exprime de la manière suivante : « Je considère la quinoïdine comme *tout à fait équivalente* (*fully equal*) à la quinine. En preuve de son efficacité, je remarquerai simplement que, *même* dans les intermittentes quotidiennes, l'administration du médicament a souvent coupé la fièvre, sans retour d'un seul accès; et dans quelques cas où la quinine avait été administrée à *hautes doses* sans succès, je suis parvenu, par l'usage de la quinoïdine, à amener une guérison prompte et définitive. Je ne me rappelle pas un seul cas où, après l'emploi de cet alcaloïde, la récidive soit survenue, tandis que l'expérience de presque tous les praticiens peut corroborer ma propre opinion sur la fréquence des récidives après l'emploi de la quinine. »

On remarquera d'abord que l'auteur semble présenter la cessation de la fièvre *quotidienne* comme la preuve la plus décisive de l'action du médicament, tandis qu'il est notoire que c'est précisément cette forme-là qui a le plus de tendance à s'arrêter d'elle-même. Une autre circonstance qui nous porte à présumer que la plupart des fièvres traitées par la quinoïdine étaient spontanément curables, c'est précisément qu'elles n'ont pas récidivé ; car il est connu que les fièvres réellement *coupées* par un fébrifuge récidivent plus souvent que les autres. Quant aux cas de guérison par la quinoïdine, après insuccès de la quinine, il faudrait, pour pouvoir en juger, autre chose qu'une simple affirmation. Il est visible, d'ailleurs, par la note de M. Graham, qu'il n'a pris aucune des précautions qu'il est si essentiel d'apporter dans de semblables expériences comparatives pour séparer ce qui est l'effet du remède de ce qui appartient aux seuls efforts de la nature.

Voyez sur le même sujet, GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1855, p. 470, et 1856, p. 4. (*The North American Medico-Chirurgical Review*, 1857, mai, p. 412.)

Sulfure sodique contre la gale, par M. MERCHIE. — **Sulfure calcaire contre la même affection**, par M. VLEMINCKX.

Nos lecteurs connaissent le *traitement rapide de la gale* institué dans les hôpitaux militaires de Belgique par les soins de M. Vleminckx (GAZ. HEBD., 1856, p. 50, 81, 147). Le service militaire, autant que les malades eux-mêmes, ont tiré et tirent chaque jour de ce traitement des bénéfices que personne ne songe à contester. Mais M. le docteur Merchie a pensé qu'il y aurait avantage à substituer au sulfure calcaire le sulfure sodique, sinon comme plus puissant contre la gale, du moins comme moins irritant et comme exposant moins à produire des exanthèmes et diverses sortes d'éruptions cutanées. Une communication verbale qu'il a faite sur ce sujet ayant été reproduite d'une manière, selon lui, incomplète, par les ARCHIVES DE MÉDECINE MILITAIRE (octobre 1856), il envoie à ce journal une note destinée à rétablir sa pensée dans toute sa plénitude.

Nous venons de dire que M. Merchie n'attribuait pas une supériorité réelle au sulfate de soude : ce n'est pas tout à fait exact ; car il laisse entrevoir que le racornissement de la peau produit par le sulfure de chaux a été pour quelque chose dans « l'accroissement marqué du chiffre des galeux dans la garnison de Gand, en avril, mai, juin et juillet. Parmi les galeux du mois d'avril, il s'en trouvait, dit-il, plusieurs qui avaient subi le traitement peu de jours avant le départ de Liége.»

A cette note de M. Merchie, M. Vleminckx, inspecteur du service de santé militaire, répond qu'il est bien possible que des traitements incomplets, c'est-à-dire mal faits, aient amené à un certain moment, dans un certain lieu, une plus forte proportion de récidives que de coutume ; mais que les rapports ne révèlent rien de semblable pour aucune autre localité ni pour aucune autre époque, et ne mentionnent non plus rien qui permette d'accuser le sulfure calcaire de produire plus particulièrement des éruptions cutanées. Nous rappellerons à cette occasion que notre confrère, M. Bourguignon, regarde le dépôt que la solution calcaire laisse sur la peau comme très propre à tuer les sarcoptes réfugiés profondément (*Gaz. hebd.*, 1857, p. 83): ce serait donc, selon lui, un avantage au lieu d'être un inconvénient.

M. Vleminckx profite de l'occasion pour faire connaître le résumé de quelques rapports du premier trimestre de 1857.

« ANVERS. 179 galeux. — 7 revenus dans la quinzaine. *Le mode de traitement n'a rien offert qu'il soit utile de noter.*

» BRUXELLES. 242 galeux. — 14 revenus dans la quinzaine. — Pas d'observation.

» BRUGES. 42 galeux. — Tous ont subi avec succès le traitement de deux heures. Un seul a été soumis à un deuxième traitement, dans un intervalle de huit jours.

» MALINES. 71 galeux. — 8 seconds traitements.

» MONS. 160 galeux. — 3 seconds traitements; etc.

» Et dans tous ces rapports, *pas un mot*, *pas un seul*, sur ces *éruptions*, *sur ces érythèmes*, *etc.*, *qui devraient faire condamner le sulfure calcaire !* » (*Archives de médecine militaire de Bruxelles*, cahier de mars-avril 1857, p. 129.)

V.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

AMERICAN MEDICAL MONTHLY. — 1857. Juillet. Préparation, impureté et essai du chloroforme, par *E.-R. Squibb*. — Anévrysme de l'aorte, par *C.-C. Hope*. — Ablation d'un vaste polype nasal par le bistouri, par *G.-J. Fisher*.

ATLANTA MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.— Juin. Anévrysme de l'artère brachiale guérie par l'injection de perchlorure de fer, par *Lagrange*.

THE CINCINNATI MEDICAL OBSERVER. — 1857. Juillet. Invagination complète du côlon, par *Swartzwelden*. — Selles et vomissements sanguinolents, par White

THE NEW-ORLEANS MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL. — 1857. Juillet. Remarques historiques et statistiques sur le choléra, par *B. Dowler*. — Influence de l'âme sur les maladies du corps, par *Mercier*. — Cas de choléra non mortels, par *B. Dowler*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — 1857. N° 28. Physiologie appliquée à la pathologie générale, par *Puccianti*. — 29. Effets des bains de mer et des ablutions d'eau froide, par *M. Buffalini*. — Rectification relative à l'ophthalmoscope, par *Paoli*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA R. ACCAD. MEDICO-CHIRURGICA T... — 30 juin. Statistique obstétricale, par *Giordano*. — Cas singulier de fièvre pernicieuse, par *Parma*. — 15 juillet. Du phosphore considéré comme poison, par *Restelli*.

EL SIGLO MEDICO. — N° 184. Manie sans délire, par *Higinio del Campo*. 185. — 186. Manie sans délire (suite).

Livres.

CINÉSIOLOGIE ou Science du mouvement dans ses rapports avec l'éducation, l'hygiène et la thérapie. Études historiques théoriques et pratiques, par *N. Dally*. Grand in-8 de XII-823 pages. Paris, Librairie Centrale des Sciences. 10 fr.

ESSAI SUR L'HYGIÈNE DES GENS DE LETTRES, par le docteur *Valentin Catala*. In-8 de 141 pages. Paris, Rignoux, impr. 3 fr. 50

ŒUVRES ANATOMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET MÉDICALES DE GALIEN, traduites sur les textes imprimés et manuscrits, accompagnées de sommaires, de notes, de planches et d'une table des matières, précédées d'une Introduction ou Étude biographique, littéraire et scientifique sur Galien, par le docteur *Ch. Daremberg*. Tome II, in-8 de 786 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 10 fr.

RECHERCHES STATISTIQUES ET SCIENTIFIQUES SUR LES MALADIES DES DIVERSES PROFESSIONS DU CHEMIN DE FER DE LYON, Essai de topographie et de géographie médicales des chemins de fer, par le docteur *C. Devilliers*. In-8 de 127 pages avec un tableau. Paris, Labé. 2 fr. 50

TRAITÉ DU GOÎTRE ET DU CRÉTINISME, et des rapports qui existent entre ces deux affections, par le docteur *J.-P.-A. Fabre*. In-8 de XIX-298 pages, avec 4 planches. Paris, Labé. 6 fr.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 21 AOUT 1857. — N° 34.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par décret impérial en date du 13 août 1857, rendu sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, ont été [pr]omus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Denonvilliers, professeur à la Faculté de [m]édecine de Paris ; — Girardin, directeur de l'École des sciences de [R]ouen.

Au grade de chevalier : MM. Payer, membre de l'Académie des sciences; — Molins, doyen de la Faculté des sciences de Toulouse ; — Deguin, [do]yen de la Faculté des sciences de Besançon ; — Dupré, professeur à la [Fa]culté de médecine de Montpellier ; — Docteur Isidore Bourdon ; — [Ri]chard, agrégé de la Faculté de médecine de Paris; — Seguin, médecin [de]s Écoles primaires ; — Raciborski, ancien chef de clinique à la Faculté [...] à la Charité.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 20 août 1857.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS. — ANGINES MALIGNES. — VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE LA ROUGEUR DES POMMETTES. — RHUMATISME CÉRÉBRAL. — GANGRÈNE DES MEMBRES DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

(Suite et fin. — Voir le n° 32.)

Établir l'existence du *rhumatisme cérébral*, déterminer ses caractères, son mode de formation, les conditions dans lesquelles il se produit, tel est l'objet du troisième mémoire présenté par M. Gubler à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*.

Ainsi que plusieurs membres de la Société, et plus particulièrement M. Cahen, en ont fait la remarque, les observa-

FEUILLETON.

[So]ciété médico-psychologique : ses phases, ses travaux.

II. — ALIÉNATION AU BENGALE ; INFLUENCE DE LA CIVILISATION SUR LA PRODUCTION DE LA FOLIE.

Deuxième article. — Voir le numéro 33.

Quelle influence exerce la civilisation sur la production de la [fo]lie ? Cette cause a été diversement appréciée. Pour les uns, elle [m]ultiplierait, par la surexcitation mentale, les cas d'insanité. Pour [le]s autres, les données numériques qui forment la base de cette [o]pinion n'auraient aucune valeur concluante. Matériellement et [m]oralement, les situations respectives des peuples ne constituent [p]as, d'ailleurs, des unités exactement comparables. Comment ôter [à] la question ses doutes et ses voiles? Que penser de cette contro[v]erse ?

Tel fut, après la présentation de notre mémoire, le thème attachant qui sollicita durant plusieurs séances l'attention de la Société et mit en évidence de remarquables talents.

Une discussion brillante surgit à propos d'une note sur l'aliénation au Bengale. Cette note, lue par M. Brierre de Boismont, émanait de M. Th.-A. Wise, et rendait compte des observations qu'avait faites son auteur dans l'asile de Dacca, dont il avait eu pendant une année la surintendance.

L'état du pays, où jadis les lumières avaient pénétré, est aujourd'hui sensiblement rétrograde. Sur deux cents malades admis en 1849 dans l'établissement, cinq seulement savaient lire et écrire. A la vérité, ce résultat tient peut-être à des préjugés dont, par un effet inverse, la conséquence est la même. Dans certaines localités, les idiots et les fous sont des créatures privilégiées : on croirait commettre une profanation en les isolant. Sur d'autres points, on dissimule les malades, car la déchéance intellectuelle est un déshonneur. Dès lors, les placements se composent presque exclusivement d'aliénés abandonnés ou appartenant aux classes infimes. Par une circonstance inexpliquée, les femmes, relevant

teurs du XVIIe et du XVIIIe siècle seraient passablement surpris si, de leur tombe, ils pouvaient entendre discuter sur la possibilité d'un envahissement des organes encéphaliques par le principe rhumatismal. Mais il y a, pour le moins, deux excuses à cette révision d'une opinion ancienne. La première est que la caractéristique du rhumatisme, aussi bien que celle des divers désordres dont l'encéphale est susceptible, a été notablement éclairée par la science moderne et qu'ainsi les deux termes essentiels de la question sont à cette heure beaucoup mieux définis que par le passé. La seconde excuse pourrait être exprimée par une sentence écrite à une autre fin par M. Gubler, sentence extrême dans la forme, mais foncièrement vraie : « Les doctrines s'en vont, a-t-on dit, les faits restent. Erreur: quand les doctrines passent, les faits s'oublient. » S'il n'est pas tout à fait faux que les faits survivent aux doctrines, il n'en est pas moins vrai que les doctrines, par la raison même qu'elles suscitent l'esprit de recherche et portent le flambeau dans le domaine de l'observation positive, peuvent quelquefois, en se relevant, ramener les ténèbres sur une partie des faits aperçus et constatés. C'est ce qui est arrivé pour certaines manifestations rhumatismales connues des anciens et dont le souvenir a été emporté avec le règne des théories qui les expliquaient. Aussi les recherches récentes de MM. Bourdon, Vigla et Cossy sur ce sujet; les observations publiées par MM. Picard, Duhamel, Thore, Mesnet; celles de plusieurs auteurs anglais et allemands dont M. G. Sée donne la liste dans un judicieux rapport sur le mémoire de M. Gubler (1), ont-elles eu toutes les apparences — et en réalité tous les avantages — de la nouveauté.

Qu'est-ce donc que le rhumatisme cérébral?

Disons d'abord que, dans les observations jusqu'ici publiées, c'est au rhumatisme aigu des articulations et des bourses synoviales que se reliaient les accidents cérébraux. C'est une question de savoir (et nous avons quelques motifs personnels de la poser) si les mêmes accidents ne pourraient pas se rattacher également à certains rhumatismes également erratiques, mais portant sur le système fibreux et musculaire. Quoi qu'il en soit, M. Vigla, qui a surtout insisté sur cette question, a admis trois formes de manifestations rhumatismales du côté du cerveau. La première est caractérisée par un simple délire, la seconde par une méningite, la troisième par une apoplexie séreuse. M. Gubler ajoute à cette div[illegible] une catégorie et se montre disposé à en retrancher u[illegible]. reconnaît donc aussi trois formes, qui se manifestent : l[illegible] par une *céphalalgie* d'un mode particulier; l'autre, [illegible] délire simple ou la manie aiguë, et la dernière, par l[illegible] ningite ou la méningo-encéphalite.

En ce qui concerne le délire aigu et l'inflammat[illegible] méninges, étendue ou non à la pulpe cérébrale, pas d[illegible] possible. Deux des observations de M. Gubler (la [illegible] et la troisième) offrent des exemples de ces deux fo[illegible] confirment pleinement à cet égard les assertions de [illegible] vanciers. La manie aiguë peut être comprise dans l[illegible] catégorie que le délire simple. Et à cette occasion nous [illegible] dire que, en compulsant nos notes de clientèle, nous [illegible] trouvé la relation sommaire d'un cas de phlegmasi[illegible] tismale des articulations, compliquée d'endocardite [illegible] puis d'une méningite qui, après l'apaisement du d[illegible] autres symptômes aigus, dégénéra en une sorte d'i[illegible] traversée de temps à autre par des accès d'agitati[illegible] lade, que M. Foville et M. Guibout virent avec [illegible] comba dans un de ces accès : l'autopsie ne put être [illegible] Nous comptons publier ce fait, qui remonte à une [illegible] d'années.

Restent deux autres formes moins définitivement [illegible] à la nosologie : ce sont la forme céphalalgique de M. G[illegible] et la forme apoplectique de M. Vigla.

M. Gubler ne présente pas la céphalée rhumatismale [illegible] étant hors de toute contestation. Bien au contraire [illegible] yeux, « cette manifestation ne prendra droit de domi[illegible] la faveur d'un nouveau contingent d'observations concl[illegible] En effet, ni ce que disent Boerhaave et van Swieten [illegible] une céphalalgie rhumatismale congestive, ni le mode de souffrance [illegible] cérébrale observé chez la malade dont notre confrère rac[illegible] l'histoire, ne sont suffisants pour marquer l'expression [illegible] bide d'un cachet réellement spécial. Dans l'observation [illegible] notre confrère, l'explosion rhumatismale avait été pré[illegible] d'*un mal de tête continu, avec paroxysmes nocturn*[illegible] *tolérables*. Cette douleur, occupant particulièrement [illegible] gions frontales et orbitaires, pouvait « être compar[illegible] *compression violente et soutenue, avec sensation* [illegible] *teur très pénible;* » elle s'accompagnait « d'une [illegible] aux étourdissements, d'obnubilation de la vue et d'u[illegible] tion marquée des conjonctives oculaires. » Il nous [illegible] que plus d'une maladie, soit aiguë, soit même chr[illegible] peut offrir une pareille forme de céphalée. On la re[illegible]

(1) Chandler (*The Lancet*, 1838), Cameror (*Schmidt's Jahrb.*, 1845), Barclay (*Speyer*, 1850), Schwartz (*Canstatt J.* 4, 1854), Durrant (*Canstatt et Assoc. Med.*, juillet 1854), Stute (*Preuss. Vereinszeitung*, 1855).

pour la plupart de la catégorie des prostituées, figurent pour un quart seulement dans la population de Dacca. C'est d'avril à novembre, pendant les plus fortes chaleurs, que s'élève le chiffre des admissions. L'accroissement des guérisons coïncide avec les mois les plus froids.

Parmi les causes déterminantes, l'hérédité, notée cinq fois dans une période de vingt-cinq ans, a été évidemment négligée : 77 malades, sur 286 présents en 1849, auraient dû à l'usage immodéré du gunjah (chanvre indien) uni au tabac la perte de leur raison. M. Wise cite un seul cas de délire par les alcooliques et quatre par l'opium ; mais il craint que l'abaissement récent des tarifs ne propage, avec l'habitude de ces substances, leurs effets funestes. L'éducation lui a toujours paru jouer un rôle préservateur à l'endroit du trouble mental, et l'action religieuse exagérée ne s'est révélée à lui ni comme mobile ni comme phénomène.

Des indices si incertains ne sauraient assurément fonder une statistique satisfaisante.

Sans dire la source de cette approximation, M. Wise évalue les aliénés du Bengale à 2,000, sur une population de 9,891[illegible] soit 1 fou pour 3,000 habitants, moyenne notablement [illegible] à celle de l'île de Ceylan, où l'on compte un aliéné sur 2[illegible] vidus, et aux estimations anglaises, qui donnent pour la [illegible] Bretagne la proportion de 1 sur 1,800.

Cette différence n'empêche pas, toutefois, M. Wise d'a[illegible] que, si l'aliénation apparaît moins fréquemment dans l[illegible] que dans certains États policés d'Europe, on ne doit point v[illegible] la civilisation une cause aggravante de la folie. Une telle opi[illegible] contredite en apparence par les faits qu'il cite, résulte probable[illegible] ment de ce que l'auteur, ayant constaté un défaut absolu de [illegible] chez les malades de l'asile indien, n'a observé qu'un petit [illegible] d'insensés dans les classes lettrées du pays, M. Wise a été [illegible] ainsi à restituer à la civilisation l'immunité précieuse qu[illegible] tistique lui enlevait.

M. Brierre de Boismont est, on le sait, partisan de l'idée qui rattache la production de la folie au développement civilisateur. Cette opinion, formulée avec ménagement par Georget, consentie plus [illegible]

exemple, au début de certaines fièvres graves, et nous aissons un sujet qui l'a présentée pendant plus d'un mois le cours d'une angine de poitrine. Les aperçus de l'au- sur ce point ne peuvent donc être qu'une porte ouverte bservation. Il est possible après tout que la céphalalgie rtienne *plus fréquemment* au rhumatisme aigu qu'à e autre affection ; c'est ce que l'avenir pourra décider.

uant à l'apoplexie rhumatismale, par épanchement de sité dans les méninges ou dans les ventricules, elle nous ble encore bien problématique. Elle n'a encore pour elle moignage d'aucune autopsie. Elle n'est qu'une conjecture uite de la rapidité et du caractère des accidents qui ont né la mort. On suppose une apoplexie, parce que le sujet rt en quelques heures ; on suppose un épanchement sé- , parce qu'il n'y a pas de paralysie des membres. Mais il d'autres hypothèses encore, qu'on pourrait faire avec nt de raisons : par exemple, celle que propose M. Gubler, laquelle incline M. Sée, et qui nous semble fort plau- e. Il n'est pas très rare que, dans le cours d'un rhuma- ne aigu avec endocardite, il se forme des concrétions guines dans les cavités du cœur; la mort, et une mort ide, est l'effet ordinaire de cette lésion. N'est-ce pas à cas de ce genre qu'on avait affaire, quand on a cru voir e apoplexie séreuse ? Il est bien vrai que la formation de illots volumineux dans le cœur donne lieu à des symptômes sez caractéristiques, tels que l'angoisse précordiale et une thopnée excessive ; nous avons vu un sujet se débattre en tant ses couvertures, mordre ses draps, sa table de nuit, en ême temps que sa face se tuméfiait et devenait bleuâtre. ais, d'un autre côté, l'enrayement brusque du jeu de la cir- ulation, l'insuffisance de la quantité de sang qui peut encore arvenir au cerveau, amènent une perte de connaissance lus ou moins complète qui peut et doit attirer l'attention rs l'encéphale. Il y a là une difficulté de diagnostic que . Vigla, le défenseur de l'apoplexie rhumatismale, est assu- ment bien capable de vaincre, mais à la condition d'assister développement des accidents, et c'est ce qui ne paraît ir eu lieu dans aucune des observations qu'il rapporte.

Une question d'une grande importance pratique a été in- emment soulevée à la *Société médicale des hôpitaux*. s médications actives qu'on a coutume d'employer contre rhumatisme articulaire aigu ne favorisent-elles pas les lisations internes, et, plus particulièrement, la médication ique n'attire-t-elle pas l'action du rhumatisme vers le veau? A cet égard, on ne peut encore former que des conjectures. Théoriquement, nous serions peu disposé à admettre que des médications exclusivement dirigées contre l'élément essentiel de la maladie, c'est-à-dire contre la phlegmasie rhumatismale, par exemple, la saignée, le nitre à haute dose, prédisposent au déplacement de la manifestation morbide, et les médications dérivatives ou répercussives nous paraîtraient seules susceptibles de produire un semblable effet. En ce qui concerne le sulfate de quinine, dont l'action spéciale sur le cerveau est connue, on est aisément tenté d'y voir, avec plusieurs membres de la Société, un adjuvant du rhumatisme dans la production des accidents cérébraux. Mais en réalité, les faits n'autorisent pas encore cette opinion. Si, dans quelques cas, le rhumatisme encéphalique s'est développé chez des sujets soumis à l'emploi du sulfate de quinine, des praticiens qui ont coutume, comme M. Guérard, d'administrer le même médicament dans le rhumatisme articulaire aigu, n'ont jamais vu se développer d'autres troubles cérébraux que ceux qui caractérisent l'ivresse quinique. On ne peut même savoir empiriquement si la forme cérébrale du rhumatisme augmente aujourd'hui de fréquence, puisque, comme l'a fait remarquer M. Cahen, la statistique manque de terme de comparaison dans le passé. C'est donc une question à réserver.

— On sait que la gangrène des parties extérieures qui accompagne la fièvre typhoïde a souvent pour cause occasionnelle une pression plus ou moins prolongée ; que parfois, néanmoins, elle occupe des régions qui n'ont été en aucune manière comprimées, mais qu'elle est alors peu étendue et peu profonde. M. le docteur Bourgeois (d'Étampes), dans le travail qu'il a lu à la *Société médicale des hôpitaux* (*Bulletin*, etc., n° 6) et dont nous avons promis de dire quelques mots, essaye de démontrer, à l'aide de deux observations, que la gangrène sèche, en tant que complication de la fièvre typhoïde, peut occuper tout un membre, comme fait la gangrène dite sénile. Après avoir lu ce travail, nous ne pouvons que souscrire entièrement à l'excellent rapport dont il a été l'objet de la part de M. Béhier. Pas plus que ce confrère distingué, nous ne pouvons voir dans les deux observations de M. Bourgeois les caractères de la fièvre typhoïde, et nous croyons bien plutôt que les symptômes généraux qui ont été rapportés à cette fièvre étaient tout simplement sous la dépendance de la gangrène elle-même, ou, pour mieux dire, de quelque lésion artérielle dont la gangrène aura été une conséquence. Nous nous bornons donc à consigner ce que nous regardons comme une erreur de diagnostic, en regrettant que le défaut

---

ment encore par Esquirol, M. Brierre de Boismont l'affirma à eurs reprises, notamment dans son mémoire de 1837. En se nt l'organe de M Wise, notre savant confrère, pour rester à sa théorie, dut faire ses réserves sur des conclusions qui ntrariaient la pensée, et qui, d'ailleurs, lui paraissaient en sition avec les faits produits, puisqu'à supposer exacte l'éva- n arbitraire de 2,000 fous au Bengale, et rigoureusement table celle des aliénés d'Angleterre, qui pourtant ne com- it que les malades en traitement, la civilisation gardait en- une efficacité prépondérante.

in donc de modifier ses idées premières, M. Brierre de Bois- n'y voyait qu'un motif d'y persévérer.

Cependant la discussion qui s'ouvrit devait le mettre aux prises de nombreux contradicteurs.

Moreau confessa avoir trouvé en Orient plus de fous que les gés européens ne le disposaient à le penser. Les asiles, à la é, en renferment peu ; mais beaucoup de déments, d'idiots imbéciles errent en liberté dans les villes et les campagnes. Incidemment, il s'étonna, quant au haschish, de la proportion que M. Wise lui assigne dans l'étiologie mentale, l'usage de cette substance, quoique très répandu dans les endroits qu'il a parcourus, y provoquant rarement des troubles intellectuels durables.

A son tour, M. Maury émit des doutes sur l'augmentation réelle des insensés. Selon lui, les causes d'excitabilité cérébrale sont généralement les mêmes : les mobiles seuls diffèrent. Les calamités n'ont jamais manqué aux peuples. Au rang des conditions les plus agissantes, M. Maury place le caractère national, les mœurs, les institutions sociales, les coutumes religieuses. Et par exemple, ce que n'a point observé M. Wise, les tribus indiennes participent de la constitution féminine. Elles sont impressionnables, défiantes, et, de plus, soumises à diverses sectes, deux entre autres, les vichoustes et les sivaïstes, dont les rites étranges sont susceptibles d'occasionner de graves perturbations mentales. Certaines peuplades sauvages s'adonnent aussi à des danses guerrières tellement excitantes, qu'elles les privent souvent de la raison.

d'espace ne nous permette pas de reproduire les lumineuses considérations de M. Béhier sur les diverses formes de gangrène spontanée dans leurs rapports avec l'ordre de vaisseaux (artériel ou veineux) qui est le siége de l'oblitération, et avec la marche et le degré de la lésion oblitérante. On peut lire ce travail dans l'*Union médicale* (n[os] 71 et 72).

A. DECHAMBRE.

II.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

DU VOLUME EXAGÉRÉ DU FŒTUS CONSIDÉRÉ COMME CAUSE DE DYSTOCIE, à l'occasion d'un cas remarquable qui s'est présenté à la Clinique obstétricale de Strasbourg.

De deux faits très curieux et intéressants à plus d'un titre, une *embryotomie nécessitée par le volume exagéré du fœtus* et une *méningite cérébro-spinale congénitale*, dont le professeur Stoltz a bien voulu confier la publication à M. Lévy, aide de clinique, nous n'emprunterons pour le moment que le premier, qui met en relief une cause de dystocie généralement méconnue. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 5, 22 mai 1857.)

OBS. I. — L. S , âgée de quarante-trois ans, d'une constitution robuste, masculine, est apportée à la Clinique, le 4 janvier 1857, en travail depuis la nuit. Elle est d'une taille moyenne, ses cheveux sont châtains, son teint coloré.

Mariée depuis douze ans, elle a eu six couches heureuses et faciles; la cinquième de jumeaux, dont l'un a vécu quinze et l'autre vingt jours. Dès les premiers mois de cette septième grossesse, elle éprouva des spasmes; la grossesse n'offrit, du reste, aucune particularité, si ce n'est que le ventre parut excessivement volumineux. Elle croit être au delà du temps ordinaire, et raconte qu'au 1er janvier, voulant aller à la garde-robe, elle fit une chute, et que dès lors elle ne sentit plus les mouvements de l'enfant.

Le travail, à son début, ne présenta rien de particulier; mais vers six heures du matin, à la suite de contractions très énergiques, une bonne partie de la tête étant dégagée, le fœtus n'avança plus. Un accoucheur essaya de la dégager complétement en introduisant successivement ses mains; il parvint à extraire la tête et à attirer le bras gauche, qui correspondait à la partie postérieure du bassin. Ne pouvant obtenir un succès plus complet, malgré des efforts réitérés qui eurent pour résultat l'arrachement de la tête et du bras, il envoya la patiente à l'hôpital.

Pendant le trajet, douleurs vives intermittentes qui se continuèrent après son arrivée. A onze heures et demie, elle fut p[illegible] travers sur le lit, comme s'il s'était agi d'une application [illegible] ceps, et l'on procéda à l'extraction de la manière su[illegible] M. Stoltz commença par des tractions énergiques sur la tê[illegible] le bras; ces tractions n'ayant pour résultat que l'élongation [illegible] et l'arrachement presque complet du bras, un coup de ciseau [illegible] sépara du tronc (1). Saisissant un crochet aigu qu'il [illegible] l'index de la main gauche, il l'enfonça dans la paroi costale, [illegible] ses efforts de traction n'eurent pour résultat que la déchir[illegible] chairs, la fracture de quelques côtes qui s'annonça par des cra[illegible]ments et une hernie de l'un des poumons. Il retira le croch[illegible] parvint, à l'aide de quelques doigts placés entre les côtes, à [illegible]ger la poitrine et l'épaule antérieure; la partie supérieure [illegible] domen apparaissait à la vulve. Le fœtus n'avançant pas, M [illegible] à l'aide des ciseaux de Smellie, incisa l'abdomen, et en [illegible] foie, la rate et la plus grande partie du paquet intestinal [illegible]geant alors son bras droit dans la cavité abdominale, il p[illegible] point d'appui solide sur le cercle du détroit supérieur du [illegible] fœtal, et fit tourner l'enfant de manière à présenter [illegible] bi-trochantérien à l'un des diamètres diagonaux du bassin [illegible] mère. Quelques tractions, dès lors, suffirent à la sortie [illegible] A midi moins le quart, ces laborieuses manœuvres étaient [illegible]nées. Le périnée de la femme paraissant déjà gravement [illegible]mis, M. Stoltz n'avait cessé de recommander à ses aides, [illegible] l'opération, de le soutenir avec le plus grand soin possible. La [illegible]livrance fut facilement opérée, à l'aide de quelques tractions [illegible] demi-heure après l'accouchement.

Une suffusion séro-sanguine générale très prononcée du fœtus, le soulèvement de l'épiderme sur plusieurs points, et des épanchements séreux, indiquent qu'il a dû succomber avant le début [illegible] travail.

Poids, 5600 grammes; taille, 64 centimètres.

Diamètre sus-occipito-mentonnier, 16 centimètres; occipito-frontal, 15 centimètres; bi-pariétal, 11 centimètres.

Diamètre bi-acromial (l'épaule arrachée aussi exactement [illegible] en place que possible), 21 centimètres; diamètre antéro-postérieur du thorax, 15 centimètres; diamètre bi-trochantérien, 11 centimètres; circonférence du bassin, 34 centimètres.

La description détaillée du fœtus montre un développement proportionnel de toutes ses parties, membres, squelette, muscles, tissu adipeux, organes internes semblent appartenir à un enfant de [illegible] à quatre mois. Le placenta lui-même participe à ce développement excessif: d'une forme ovalaire légèrement en raquette, [illegible] 870 grammes; son diamètre transversal mesure 17 centimètres, son diamètre longitudinal 19 centimètres; cordon épais, long [illegible] 90 centimètres.

(1) Nous ne savons comment concilier cette manœuvre avec ce qui a été [illegible] lignes plus haut de l'arrachement de la tête et du bras avant l'entrée de la [illegible] Clinique! S'agit-il d'un arrachement d'abord incomplet, ou bien a-t-on [illegible] ment pour dégagement?

On aurait tort, ajoute M. Gerdy, de calomnier le progrès: nos temps sont évidemment préférables.

Rien de plus épineux à préciser que le point en litige. M. Brierre de Boismont soutint d'abord vivement sa doctrine contre les objections qui lui étaient adressées; mais ensuite, dans le cours de la discussion, il fut amené, principalement par les observations de M. Parchappe, à des distinctions atténuantes.

Son argumentation s'appuie sur trois ordres de preuves: morales, statistiques, historiques. Plus un organe s'exerce, plus, dit-il, il est exposé à devenir malade. Or, l'ascension des idées, le jeu des passions, la complication des intérêts et l'antagonisme des efforts qu'un état social avancé suppose, en exaltant l'imagination et les sentiments, mettent au fond des situations un élément de douleur morale, tout à fait de nature à susciter et entretenir le trouble mental.

La présomption résultant de cette circonstance serait confirmée par des relevés montrant chez les peuples, comparés entre eux ou avec eux-mêmes aux diverses périodes de leur existence, une progression constante de la folie suivant le degré plus élevé qu'ils occupent dans l'échelle civilisatrice. Appliquée aux faits mo[illegible] méthode numérique offre (M. Brierre de Boismont le reconnaît) une grande élasticité interprétative. Il ne croit pas, néanmoins, qu'on doive lui refuser toute signification; et quand, sous l'[illegible] des mêmes évolutions, on voit apparaître le même phénomène, [illegible] serait à tort, suivant lui, qu'on dédaignerait les instructions qui en émanent.

Évoquant enfin le témoignage des exemples, notre savant collègue signale la folie exerçant ses ravages au sein des classes supérieures, chez des personnalités puissantes, et surgissant [illegible] satiété et la corruption, au milieu des splendeurs du luxe et [illegible] les raffinements de la vie sociale.

M. Brierre de Boismont se défend, d'ailleurs, d'avoir [illegible] civilisation; mais elle a son côté spirituel et son côté [illegible] ses avantages et ses plaies, sa virilité et ses défaillances. C'est [illegible] le progrès dans son essence, mais l'abus inséparable qu'il a [illegible] cause. Vainement on lui oppose les éléments d'exaltation nerveuse

La compression exercée par un fœtus d'un volume si considé-rable sur les organes pelviens de la mère avait déterminé une gan-grène du vagin, de la vulve, et une rupture complète du périnée. a femme succomba au dixième jour des couches, après avoir ffert des phénomènes de péritonite et de résorption purulente et utride.

L'autopsie révéla de nombreuses altérations, dont voici le ré-umé. Le rectum adhère, par l'intermédiaire de pus concret, à la essie, d'une part, à la matrice, de l'autre; à mesure qu'on des-end, l'on remarque que les anses intestinales sont fortement ag-lutinées les unes contre les autres. La partie inférieure des uscles de l'enceinte abdominale est infiltrée de sérosité purulente t fétide; après l'avoir incisée et rejeté les intestins en haut, on ombe dans une espèce de bouillie épaisse constituée par la morti-cation de tout le tissu cellulaire qui tapisse l'excavation pelvienne n dehors du péritoine. Cette mortification s'étend, d'une part, usqu'au plancher périnéal; de l'autre, jusqu'au bord supérieur es muscles carrés des lombes, en suivant les muscles iliaques en ehors du péritoine. La gangrène n'a décollé que la peau du pé-inée entourant l'anus; elle occupe tout le vagin et la surface in-erne de l'utérus à des épaisseurs variables; foyers purulents nom-reux entre les saillies des crêtes placentaires et dans les sinus térins; extérieurement la matrice paraît saine en haut, mais en as le tissu cellulaire sous-péritonéal est gangrené. Vessie petite, ontractée, contenant un peu d'urine purulente; les crêtes de la nuqueuse sont recouvertes de pus concret: cet état se prolonge lans l'urèthre. Le sang contient un grand nombre de globules lancs et de globules purulents.

« Cette observation, ajoute M. Lévy, mérite une très grande attention. Les auteurs parlent bien, en effet, de bas-sins, d'épaules, devenus par leur extrême développement des causes de dystocie; mais presque tous sont muets à l'égard le fœtus généralement monstrueux comme le nôtre, qui rap-pelait par son volume un enfant de quatre à cinq mois. Les difficultés de la manœuvre nécessitée par le volume mons-trueux du fœtus ne sont pas dignes d'un moindre intérêt; nous croyons les avoir décrites avec des détails suffisants. La mutilation du fœtus était la seule conduite à tenir; l'opéra-ion césarienne, en effet, n'était plus réalisable, puisque la ête se trouvait au couronnement inférieur, quand le pre-mier accoucheur fut appelé; d'ailleurs le fœtus était mort depuis quelque temps déjà, ainsi que le démontrent ces exfoliations épidermiques si étendues, ces nombreuses suffu-ions sanguines, ces épanchements dans les diverses cavités, enfin cet état particulier de ramollissement et de lividité cadavérique de presque tous les organes parenchymateux et utres. »

Sans doute, ce fœtus était arrivé aux limites extrêmes du développement qu'il est donné à l'enfant de pouvoir atteindre dans le sein de la femme; mais l'expression de fœtus *mons-trueux*, qu'on emploie pour désigner les fœtus dont le déve-loppement est excessif, n'est pas moins métaphorique. Sur ces fœtus la prédominance du tronc, surtout de la poitrine, sur la tête est l'effet d'un développement régulièrement normal, et non d'une hypertrophie des tissus ou de collec-tions liquides intérieures. Cette prédominance de dévelop-pement du tronc et plus particulièrement de la poitrine sur la tête est déjà très manifeste sur les fœtus de sept à huit livres, et présente une apparence monstrueuse sur les fœtus de neuf à dix livres, qui, sans être communs, ne sont pourtant pas très rares. Ces fœtus ont l'aspect athlétique où la tête paraît petite relativement au tronc; c'est justement le con-traire de ce qui existe chez le fœtus d'un développement ordinaire, où la prédominance du volume de la tête sur celui du tronc est extrêmement prononcée: ce qui a conduit à faire admettre d'une manière beaucoup trop absolue que dans l'ac-couchement, lorsque la tête a franchi les passages, le reste du corps suit promptement et facilement.

En tenant compte des différences signalées plus haut, on comprend facilement que, dans l'accouchement d'un enfant d'un volume extraordinaire, la tête puisse sortir et que le tronc soit retenu à l'intérieur, offrant à sa sortie un obstacle qui varie depuis un simple arrêt surmontable par les moyens ordinaires, jusqu'à une résistance absolue qui exige l'em-bryotomie. On comprend tout aussi facilement que la tête parvenue au détroit inférieur, à l'entrée du vagin ou à la vulve même, puisse cesser d'avancer, retenue, non par la résistance des parties molles, mais par la difficulté qu'éprouve la partie supérieure du tronc à s'engager dans le bassin. De là deux variétés dans la cause de dystocie que je signale, c'est-à-dire que les épaules et la partie supérieure du tronc, après s'être opposées à la progression de la tête à travers le détroit inférieur ou l'extrémité inférieure du vagin et de la vulve s'opposent à leur propre progression après que la tête a été dégagée spontanément ou artificiellement. Ces deux variétés de dystocie peuvent donc exister séparées ou réunies : l'ob-stacle que le tronc oppose à sa propre progression à travers le bassin peut ne faire sentir ses effets qu'après la sortie de la tête, et dans le cas même où il s'oppose à la progression de la tête, l'effort naturel ou artificiel, à l'aide duquel celle-ci est dégagée, entraîne du même coup le tronc, qui sort comme dans les cas ordinaires, et ne laisse pas soupçonner la

---

emarquées chez les sauvages. Ces tendances, d'après M. Brierre e Boismont, seraient neutralisées dans les pays incultes, et en articulier dans l'Inde, par la forme immobile du gouvernement et s croyances fatalistes. « Qui soutiendrait, s'écrie-t-il, que l'exci-ation cérébrale soit la même chez le rêveur mystique de l'Orient, sauvage apathique de l'Amérique, et l'homme aux mille projets e l'Europe et de la civilisation moderne? »

Malgré ces raisons ingénieuses, l'accord a été unanime sur la agilité de la statistique mentale. L'emploi de ce moyen est de ate toute récente ; en plusieurs contrées, ainsi que l'a remarqué I. Ferrus pour l'Angleterre, où l'on ne sépare point les aliénés es idiots, les évaluations demeurent encore très imparfaites. C'est ussi l'opinion de M. Parchappe. M. Baillarger, convaincu que, si a civilisation fait des fous, l'état contraire en fait davantage, n'a le confiance qu'aux relevés des médecins spéciaux. Suivant M. Ar-chambault, compétent en pareille matière, les campagnes ne comp-ent pas moins d'insensés que les villes. M. Cerise, enfin, nie la possibilité d'obtenir un recensement pleinement exact.

Autrefois, beaucoup de folies passaient inaperçues parce que, nées d'une superstition aveugle et d'une ignorance crédule, elles s'accordaient avec les mœurs. De nos jours combien, par opposi-tion, recueille-t-on d'individus qui naguère n'eussent point figuré dans le cadre des asiles! Énormément grossi par les cas de délire alcoolique, le bilan actuel s'accroît encore d'une foule de malades impotents, paralytiques ou légèrement monomaniaques, dont les familles contractent de plus en plus l'habitude de se séparer.

M. Parchappe a combattu avec autorité ce que la doctrine de Georget et celle de M Brierre de Boismont pouvaient avoir d'excessif. Si le mouvement intellectuel a quelque part dans le développement de la folie, ce n'est là, selon lui, qu'une cause limitée dans son action, et à laquelle sert de contre poids l'influence préservatrice d'une intelligence qui, secondant la fermeté, produit dans les fa-cultés une pondération très opposée à l'invasion du délire.

Il faut, d'ailleurs, s'entendre sur le mot *civilisation*, dont l'ho-rizon est, comme l'ont judicieusement observé MM. Maury et Cerise, indéfini et variable, et qui représente, dans son acception large et

part qu'il a prise aux difficultés de la progression de la tête.

Pourquoi une cause de dystocie d'une aussi grande importance pratique est-elle complétement passée sous silence par les accoucheurs modernes? Je puis répondre que ce n'est point un chapitre oublié, mais chassé de l'obstétrique moderne comme indigne d'y figurer. Ce chapitre tient une place assez étendue dans l'ancienne obstétrique. Mais ce qui s'y trouve de réel et de vrai est mal interprété et de plus noyé au milieu d'erreurs, de préjugés ou de faits qui sont le produit de l'impéritie ou la négation des lois de la parturition naturelle; mais, en rejetant le faux, on ne s'est pas aperçu qu'on rejetait aussi le vrai. Le hasard m'ayant fait rencontrer plusieurs cas embarrassants de dystocie par le volume des épaules et de la partie supérieure du tronc, je les ai rapprochés des faits analogues acceptables qui se trouvent dans quelques recueils anciens. Un mémoire sous ce titre : *Des épaules et de la partie du tronc considérées comme cause de dystocie*, lu à l'Académie de médecine en 1852, a été le fruit de cette étude. A l'occasion d'un cas récent que je vais rappeler, communiqué à mon intention à la Société de médecine de Paris par mon ami le docteur Cazeaux, j'ai fait un résumé succinct de mes recherches, qui a été publié dans la *Revue médicale* du 15 septembre 1854.

Obs. II. — Voici ce qu'écrivait à M. Cazeaux le docteur Deroux, de Villeneuve-sur-Lot, le 16 novembre 1853 :

« Permettez à un de vos anciens élèves de réclamer votre avis. Je voudrais vous demander s'il existe beaucoup de faits, dans la science des accouchements, dans lesquels les principales difficultés aient siégé dans le passage des épaules, la tête étant déjà sortie. Voici le fait à propos duquel j'ai l'honneur de vous consulter :

» La femme de Chevalier, sabotier à Casseneuil, âgée de trente-quatre ans, ayant eu deux accouchements antérieurs, par conséquent bien constituée, est prise des premières douleurs de l'enfantement le lundi 14 novembre, à quatre heures du matin. Vers les dix heures, un médecin de la localité est appelé; vers les six heures, un autre médecin est appelé à son tour. Plusieurs tentatives d'application de forceps n'amenant aucun résultat, les deux confrères précités me font appeler, vers les dix heures de la nuit, pour une opération de craniotomie probable.

» J'arrive auprès de la malade à une heure du matin, le mardi 15, c'est-à-dire vingt et une heures après le début du travail; je trouve la femme très affaiblie, le pouls est déjà faible et fréquent; cependant la femme a beaucoup de courage, se donne beaucoup de mouvements, a des contractions utérines énergiques, et est prête à se soumettre à tout pour qu'on la délivre. Je constate d'abord que les parties sont très tuméfiées, la membrane muqueuse excoriée en plusieurs endroits par les tentatives précédentes. [illegible] de grave ni d'anormal dans tout cela. La tête est fortement [illegible] gée en position occipito-cotyloïdienne droite. J'applique [illegible] tement le forceps sans de très grandes difficultés... J'ex[illegible] tractions avec ménagement d'abord, puis je m'anime un [illegible] enfin j'emploie des forces toujours croissantes, et ce n'est [illegible] à petit que je vois le pivot de mon forceps s'éloigner [illegible] génitales externes, qui, comme je l'ai dit, étaient très [illegible] au fur et à mesure que je sens mon forceps approcher, [illegible] redouble de courage et me seconde puissamment. [illegible] une heure de tractions, j'amène une volumineuse tête en [illegible] position : un léger mouvement, dit *de restitution*, s'opèr[illegible] quel la face se tourne vers la cuisse gauche de la mère [illegible] tout mouvement est suspendu : si l'on veut tirer sur la tête [illegible] ne s'allonge pas du tout en dehors; ce n'est qu'avec la [illegible] peine que j'amène le bras droit au dehors; rien ne [illegible] contractions de la matrice se suspendent; le pouls ne [illegible] plus; bientôt la femme expire, les choses étant à ce point [illegible] à-dire la tête et un bras étant au dehors.

» Mes collègues me relèvent, et tentent de terminer l'a[illegible] ment sur ce cadavre. Mais leurs efforts restent impuissants [illegible] faisons l'opération césarienne pour examiner de plus près [illegible] tion. La position de l'enfant dans la matrice est des [illegible] lières : le dos regarde à droite et en avant, le bras gauche [illegible] et libre sur le côté gauche du tronc; tout le corps de l'[illegible] très volumineux. Un de nous, pressant sur le corps de l[illegible] veut imiter les contractions de la matrice, pendant que l'[illegible] sur la tête et le bras qui est dehors. Efforts inutiles [illegible] gauche s'arrête toujours contre le pubis. Alors nous pra[illegible] symphysiotomie, et aussitôt sort un magnifique enfant. Le [illegible] étant coupé, nous le pesons : il a 9 livres en poids [illegible] 59 centimètres de longueur; le diamètre bi-pariétal a [illegible] mètres; l'occipital, 11c,50; le bi-acromial, 13 centimètres [illegible]

Comme on le voit, ce dernier fait offre, d'une manière [illegible] et évidente, les deux variétés d'obstacle que les épaules [illegible] partie supérieure du tronc peuvent apporter au passage [illegible] fœtus à travers le bassin, c'est-à-dire qu'après s'être op[illegible] à la sortie de la tête, elles ont fait obstacle à leur propre [illegible] Cette cause de dystocie ne me paraît pas aussi rare [illegible] l'avais cru d'abord. Depuis 1848, époque où un pre[illegible] de ce genre s'est offert à mon observation, il ne s'est pas [illegible] une seule année sans qu'un ou deux faits analogues ne [illegible] venus à ma connaissance.

Dans les cas de dystocie réelle par l'excès de volume [illegible] la partie supérieure du tronc, l'obstacle ne se présente [illegible] toujours sur un point assez élevé du bassin pour s'opposer [illegible] la sortie spontanée de la tête; mais alors celle-ci met [illegible]

élevée, non l'agglomération des individus, l'éclat du luxe ou la grandeur des découvertes, mais la propagation générale des connaissances, l'adoucissement des mœurs et le perfectionnement des moyens de satisfaire à nos besoins, circonstances plus capables de réfréner les écarts de l'esprit que de les faire naître.

Le développement des sciences, des arts et de l'industrie n'est pas, en effet, le signe unique ni le caractère essentiel du véritable progrès. Rarement il se trouve en rapport identique avec l'émulation des vertus publiques. Et sans prétendre, comme J.-J. Rousseau, que les âmes se corrompent à mesure que les sciences et les arts s'avancent à la perfection; sans citer, avec cet éloquent écrivain, la Grèce qui, peuplée de héros dans le temps de sa virile ignorance, resta depuis toujours savante, toujours voluptueuse et toujours esclave; Rome qui, en devenant l'arbitre du goût, devint en même temps le jouet des Barbares, il demeure certain que l'avancement intellectuel d'un pays n'est qu'une forme fragmentaire de son accession civilisatrice.

A notre sens, la civilisation forme un idéal dont la moralité est plutôt le symbole que l'intelligence. Son summum est [illegible] l'ensemble des principes immuables, des découvertes et des [illegible] naissances propres à chaque âge que dans l'aménité des [illegible] la sûreté des relations et la libéralité de la constitution [illegible] Aussi est-elle essentiellement mobile : dominante quand les [illegible] de chacun sont respectés, absente lorsque ces droits se [illegible] méconnus : point de morale, point de civilisation. On revi[illegible] barbarie, malgré la culture des sciences, toutes les fois [illegible] notions du bien et du mal, philosophiquement admises, ne [illegible] flètent point dans l'application.

M. Brierre de Boismont a rappelé les quatre périodes [illegible] par M. de Rosmini concernant la formation progressive [illegible] tions, période d'existence, de puissance, de richesses et de [illegible] Mais qu'inférer de cette gradation, en la supposant exacte? [illegible] séquement envisagée, la richesse est un élément de bonh[illegible] moyen d'affranchissement; elle crée le repos, la jouissance, [illegible] elle l'épanouissement des facultés. La pratique seule, dans [illegible] sociétés modernes, en fait un mobile de perturbations; car il [illegible]

lement un temps très long à franchir le détroit inférieur et vulve, même lorsque les parties externes sont souples et lâchées. Bien que les bosses pariétales soient arrivées au veau des bords de la vulve, la tête ne se dégage pas brusement : il faut encore attendre plusieurs douleurs, on est ême le plus souvent forcé de refouler le périnée et d'accroer le menton pour achever le dégagement. La tête, qui ne st pas relevée aussi haut au-devant des pubis, ne retombe s après le dégagement du menton comme dans l'expulsion turelle et n'exécute pas son mouvement de rotation habiel; elle reste au contraire immobile en position directe ou lique fortement appliquée par sa base contre le périnée et vulve.

La résistance à vaincre offre une foule de degrés diffénts : souvent on peut la surmonter par les moyens ordinaires ns exposer sérieusement la vie de l'enfant ; mais souvent ssi il faut trop de temps et des efforts trop considérables ur triompher de la difficulté sans compromettre son exisnce comme l'attestent des faits nombreux. Il y aurait ici à blir, au point de vue du diagnostic et des conséquences, la difrence qui existe entre la rétention du tronc à l'intérieur par sa sproportion avec les passages du bassin et la rétention du onc par inertie profonde de l'utérus, que les auteurs ont eu ssi le tort de négliger, quoiqu'elle soit bien moins grave. ne signale cette dernière rétention du tronc, la tête étant rtie, que pour montrer que je ne l'ai pas confondue avec la remière dans l'appréciation des faits.

Dans la seconde variété, les épaules et la partie supérieure u tronc, retenues plus ou moins solidement sur un point plus u moins élevé du bassin, empêchent la tête de parcourir espace compris entre le fond du bassin et les bords de la ulve, espace assez long dans le moment de distension du érinée. On comprend sans peine la difficulté de distinguer ette cause de dystocie des causes nombreuses et assez souent complexes qui rendent le parcours de la tête, à travers le étroit inférieur et la vulve difficile ou impossible. Une fois attention éveillée, on pourra soupçonner que les épaules et partie supérieure du tronc sont l'obstacle au progrès de la te, lorsque celle-ci, en bonne position et bien dirigée, est rrêtée dans le détroit inférieur plus ou moins près d'appaître entre les bords de la vulve, ayant ainsi que les autres arties molles du périnée sa souplesse accoutumée. Si, malgré espoir d'une terminaison très prochaine et facile de l'accouhement, on est forcé d'avoir recours au forceps après une ttente qui n'a rien produit, et que contre toute attente la difficulté de l'extraction soit considérable, on aura une nouvelle preuve que l'obstacle venait de la partie supérieure du tronc traversant difficilement le bassin. La démonstration sera complète si la tête, à peine dehors et abandonnée par l'instrument, vient se plaquer par sa base contre la vulve, et qu'on se trouve en face des phénomènes et des difficultés qui caractérisent la variété où le tronc seul est retenu à l'intérieur.

Des faits déjà nombreux établissent d'une manière incontestable cette variété de dystocie. Ce n'est pas que la partie supérieure du tronc d'un volume excessif soit absolument trop volumineuse pour s'engager dans le bassin ; elle s'y engage en effet le plus souvent, mais avec difficulté, et peut entraver l'expulsion de la tête non-seulement par la difficulté que les épaules éprouvent à avancer, mais encore en gênant le mouvement de rotation de la tête dans le bassin, qui est un mouvement de totalité du fœtus : on comprend de suite la gêne que cet obstacle doit apporter à la marche de l'expulsion de la tête dans la position occipito-postérieure.

Ce qui démontre surtout combien la partie supérieure du tronc des fœtus d'un développement excessif, considérée comme cause de dystocie, mérite de fixer l'attention, ce sont les conséquences fâcheuses qui résultent pour la mère et surtout pour l'enfant. Sur 21 cas analysés dans mon mémoire, sans y comprendre les 2 cas rapportés ci-dessus, 3 femmes sont mortes des suites plus ou moins immédiates de la longueur du travail et des efforts qu'il a fallu faire pour les délivrer ; une a succombé sans pouvoir être accouchée. Des 8 femmes qui ont survécu, une fut très longue à se remettre ; une autre, qui n'eut d'abord qu'une rétention d'urine, fut plus tard affectée de fistule vésico-vaginale. C'est surtout pour les enfants que les résultats ont été désastreux. Sur 17 qui étaient encore vivants à une période avancée du travail, 13 ont succombé, et presque dans tous les cas, par le fait même des moyens employés pour surmonter l'obstacle. Cinq fois la mort les a atteints pendant que la tête était encore dans le bassin, huit fois pendant le temps qui s'est écoulé entre la sortie de la tête et la sortie du tronc.

Dans les cas où la tête est retenue au détroit inférieur par une espèce d'enclavement des épaules et de la partie supérieure du tronc, quoique l'obstacle réel soit plus élevé que la tête, ce n'est pas moins au forceps qu'on est forcé d'avoir recours, instrument à redouter non à cause de son insuffisance, bien que dans deux cas il ait été impossible de faire avancer la tête à son aide, mais par le danger qu'il fait courir

---

uitablement répartie, concentrée en quelques mains, elle a pour ésultat de mettre en haut l'abondance et l'abus, en bas la privaon, la misère, l'envie, l'hostilité, la guerre latente. Un principe e progrès se change ainsi en un élément démoralisateur.

M. Brierre de Boismont a comparé les folies et les suicides de la ome impériale à ceux beaucoup plus rares de la Rome républiaine. Mais où était alors la barbarie ? Dans la cité libre, soumise ux règles d'une moralité sévère ; ou dans la Rome des Césars, livrée aux grandioses orgies, aux prédominances soldatesques, à obstruction des intelligences et à l'énervement général des âmes ?

En réalité, la civilisation n'a point de date dans l'histoire ; elle ne connaît pas de latitude privilégiée. Elle fut et elle est là où prédominent l'équité sociale, la raison pratique. Telle ville humble et paisible où les instincts sont réfrénés par la conscience, et les passions par l'exemple, est, sans contredit, plus civilisée que ces grandes capitales de l'intelligence, où, suivant les paroles même de M. Brierre de Boismont, on voit accourir avec les hommes l'activité, le génie commercial, mais aussi la paresse, les vices, les industries honteuses, et où plane bientôt la corruption, qui suit l'or comme son ombre.

Il importe donc de tenir compte, dans le rapprochement établi entre l'augmentation du nombre des fous et les périodes ascensionnelles de l'humanité, de ce qui peut appartenir en propre à la civilisation ou à des conditions surajoutées et réellement étrangères à son essence. Cette élimination ferait, je pense, aisément reconnaître que ce n'est point le progrès qui développe la folie ; mais l'antagonisme qu'il rencontre, et les résistances qu'il lui faut vaincre pour s'affirmer.

En ce qui me concerne, plus j'interroge mon expérience personnelle et plus je me persuade que l'éclosion des aberrations mentales est indépendante du mouvement actif des sociétés. Le génie lui-même, quand il succombe, doit rarement sa chute à l'exercice immodéré de la pensée. Les tribulations, le chagrin, les émotions, les situations embarrassées, humiliantes, contribuent, pour les quatre cinquièmes, au contingent des causes morales du dérangement psychique. Ce fait surtout est notoire dans les campagnes.

à l'enfant, dont la partie supérieure du rachis doit supporter une distension égale à la résistance apportée par la partie supérieure du tronc à s'engager.

Lorsque la tête est sortie et que les épaules restent enclavées si le fœtus est mort, les tractions sur le cou bien dirigées, suffisent presque toujours; dans le cas d'insuffisance, l'embryotomie serait appelée sans inconvénient à lever les difficultés. Mais si l'enfant est vivant, la conduite à tenir est fort embarrassante, bien qu'on semble avoir à choisir entre plusieurs procédés. Il est presque superflu d'ajouter qu'il n'est nullement question ici des cas assez communs où le tronc du fœtus, retenu par une inertie très prononcée, est facilement entraîné à l'aide de deux doigts appliqués sur l'aisselle, pendant que la femme fait des efforts volontaires soutenus. Les tractions sur l'aisselle, à raison du peu de danger qu'elles font courir au fœtus, se placent en première ligne; mais il faut saisir l'aisselle à pleine main, et encore est-on loin de réussir toujours. Avec le crochet mousse on peut agir avec plus de force, mais il n'est pas sans danger : dans un cas où j'ai été forcé d'en faire usage, il survint une déchirure assez étendue de la peau, bien que l'aisselle fût exactement embrassée.

Lorsque les tractions à l'aide de la main, secondées par les contractions de l'utérus et les efforts volontaires, sont insuffisantes, le moyen qui me paraît le plus propre à réussir, même dans les cas les plus difficiles, consiste à dégager successivement, avec les précautions nécessaires, les deux bras et à tirer dessus avec ménagement : l'élévation des épaules transforme la partie supérieure du tronc en un cône un peu allongé qui favorise l'engagement. C'est ainsi que j'ai pu surmonter la difficulté dans le cas le plus difficile qui s'est offert à mon observation. Ce double dégagement me semble toujours possible et sans beaucoup de danger, bien qu'en l'opérant dans le cas que je viens de citer, j'aie fracturé l'humérus, qui correspondait à la partie antérieure du bassin.

JACQUEMIER.

III.

REVUE CLINIQUE.

AMYGDALITE DOUBLE, MENACE D'ASPHYXIE, TRACHÉOTOMIE SUIVIE DE GUÉRISON RAPIDE.

En général, un pronostic ne saurait être porté avec trop de réserve, car rien n'est plus variable, et surtout plus trompeur. Les maladies les plus légères peuvent tourner à mal, et les mieux connues étonner par leur persistance et leur appareil insolites. Pour n'en citer qu'un exemple, l'amygdalite, qui d'ordinaire cède assez vite aux moyens employés, peut parfois déroger et réclamer une intervention active. Tout récemment, pendant que je suppléais M. Calvy, premier médecin en chef à l'Hôtel-Dieu, je me suis trouvé en pareille nécessité; aussi ai-je vu quelque intérêt à en rapporter l'observation.

OBS. Au mois de septembre dernier était couché pour une [illegible]tique, au n° 43 des fiévreux, le nommé Baloco (Joseph), [illegible] trente-trois ans. Cet homme, exerçant le métier de maçon, [illegible] complexion moyenne et de tempérament lymphatico-nerveux, [illegible] très sujet aux fluxions des amygdales, et, il y a deux ans, [illegible] mes prédécesseurs fut obligé de les lui exciser.

Soit prédisposition, soit voisinage d'une porte et influence [illegible] temps brumeux et humide, dans la nuit du 22 au 23, [illegible] douleur se déclara à la gorge. Elle s'accompagne de gêne [illegible] déglutition et d'envies de cracher très répétées qui chassent [illegible] longue des matières visqueuses et filantes. Le palper, à l'angle de la mâchoire, est douloureux, et le doigt, introduit par la bouche, constate avec une sensibilité exagérée des deux tonsilles, une augmentation de volume assez considérable.

Pr. 30 sangsues aux angles de la mâchoire, bain de pieds sinapisé, collutoire avec le miel rosat et le sirop diacode. Soupe, mauve miellée.

Le 24 *septembre*, la médication a été sans résultats; la gêne est peut-être augmentée, la toux devient rauque, et l'articulation des sons difficile.

Pr. 20 sangsues, bain de pieds sinapisé; collutoire avec 0gr,50 alun. Soupe et mauve miellée.

Le 25, l'amélioration est insensible, nonobstant l'état général n'est pas vivement influencé; la réaction est des plus faibles, le pouls est peut-être un peu plus fréquent que d'ordinaire, mais la peau reste naturelle.

Pour perturber l'économie et modifier à la fois l'état [illegible]naire des amygdales, on prescrit une potion rasorienne avec 0gr,30 tartre stibié. Elle suscite de nombreux vomissements et procure du calme pendant toute la journée du 26. Concurremment le malade est tenu au bouillon et à l'usage d'un gargarisme alumineux.

Le 27, cette amélioration se suspend au milieu de la nuit, et les symptômes locaux, un moment apaisés, éprouvent une prompte recrudescence. Les phénomènes signalés plus haut reprennent toute leur intensité, la dyspnée s'accroît, les ganglions sous-maxillaires sont d'une sensibilité excessive, et le malade accuse une vive douleur dans les oreilles, que l'on attribue à la position de la trompe d'Eustache près des points enflammés. Sur ses plaintes, il est [illegible]

Ma mémoire me rappelle une douzaine d'aliénés que j'y vis au début de ma carrière. Deux avaient subi leur atteinte à l'occasion d'un procès; quatre par désespoir d'amour ou instigation jalouse. Une jeune fermière s'était émue d'une tentative impudique. Une dame, déjà alarmée des bruits dont sa réputation était l'objet, se trouvait dans l'impossibilité de rendre une somme que, pour complaire à une liaison intime, elle avait empruntée à l'insu de son mari. Un individu que la médecine n'avait pu délivrer d'une affection névralgique, finit par attribuer sa souffrance à un sort. Sa femme partageait son erreur, ses plaintes, ses démarches. Pareille contagion gagna deux autres époux, qui, expropriés de leur domaine, voulaient agir comme s'il leur appartenait encore. La peur de s'être empoisonné, en buvant pour du vin une liqueur suspecte, troubla l'esprit d'un jardinier. Dans un dernier cas, le désordre mental avait été fomenté par les visions de l'Apocalypse. Tous ces malades étaient incultes. L'ignorance, en effet, privant l'homme d'essor, livre l'imagination sans défense à toutes les agressions morbides.

On a presque unanimement jugé irrésoluble le problème que nous agitons. Cette prévision est peut-être trop désespérée. Il nous semble, du moins, qu'une voie plus rationnelle que celle dans laquelle on s'est engagé peut mener au but. La statistique a [illegible] sa radicale impuissance. On ne saurait attendre mieux des aperceptions de pure logique. Mais les faits particuliers n'ont pas dit leur mot; et, en cette circonstance comme toujours, leur analyse méthodique et rigoureuse offre le seul moyen sûr et efficace de dénouer la difficulté. On ferait plus, en décomposant exactement une centaine d'observations bien choisies, que par les plus savantes dissertations. Si la solution est quelque part, elle est là, et en l'y cherchant on aurait une fois de plus la justification de cet axiome constamment applicable et éternellement vrai : « *Perpendendæ*, [illegible] *numerandæ, observationes !* »

(La suite à un prochain numéro.)

DELASIAUVE.

duit à la salle d'opérations : le voile du palais est rouge, et la luette œdématiée comble le vide exigu que laissent entre elles les tonsilles engorgées ; bien que gêné par le resserrement des mâchoires, l'amygdale gauche, qui est la plus douloureuse, est scarifiée, et un petit fragment en est enlevé. La surface incisée fournit du sang ; l'air paraît circuler avec un peu plus de liberté, et le malade, ramené dans son lit, passe une bonne journée et goûte un peu de repos.

Le 28, la matinée est assez bonne ; mais le soir la dyspnée reparaît, et vers les dix heures l'interne de garde vient me prévenir que ce malade est menacé d'asphyxie.

Assis sur son séant, cet homme était en proie à une angoisse inexprimable ; les yeux étaient hagards et saillants, la face congestionnée et livide, les veines du cou et de la tête distendues. Les carotides battaient violemment, la respiration ne se faisait plus que par le nez et difficilement encore ; à de rares intervalles seulement, et à la suite de grands efforts expiratoires, un peu d'air s'échappait par la bouche, expulsant avec peine les mucosités accumulées. En vain, dans une agitation extrême, il cherchait une meilleure position, il ne pouvait y parvenir : les gestes, la voix éteinte, réclamaient de l'air : « L'air me manque, je vais mourir. »

Devant un pareil tableau, affaibli plutôt qu'exagéré, toute expectation eût été coupable ; à ses risques et périls, il fallait agir vite et bien.

Deux partis se présentaient : l'amygdalotomie et la trachéotomie.

On avait tenté la première et l'on avait échoué ; fallait-il y recourir encore ? Sans doute l'existence du pus était probable, et l'on était autorisé à penser qu'avec la tumeur abcédée, l'oppression disparaîtrait ; mais cela n'était pas sûr, et, même en l'admettant, il fallait pouvoir y arriver, et là résidait la difficulté. On a vu dans un premier essai les difficultés de l'exécution ; elles s'étaient accrues avec la maladie : non-seulement les mâchoires, serrées spasmodiquement, ne pouvaient être écartées, mais encore le rapprochement était si intime, que le petit doigt ne pouvait glisser entre les dents.

La trachéotomie était donc la seule ressource ; c'est aussi à elle qu'on s'arrêta. En conséquence, et sans autres préparatifs que deux épingles recourbées en crochets anatomiques, une incision de 2 centimètres fut faite au milieu du cou, au-dessous du cartilage cricoïde ; une veine donna du sang. Elle ne fut point liée ; mais après s'être assuré qu'il n'existait aucun rameau artériel au-devant de la trachée, on plongea le bistouri droit et ouvrit de dedans en dehors les trois premiers anneaux. Un sifflement annonça la réussite, et une goutte de sang, ayant pénétré, fut chassée avec force sous forme de bulles. L'hémorrhagie s'arrêta peu après d'elle-même, et les deux crochets anatomiques, fixés en arrière du cou, maintinrent écartées les lèvres de la plaie.

Dès ce moment Baloco se sentit revivre et respira librement par cette voie nouvelle. Un bien-être indicible se manifesta sur la physionomie, les traits s'épanouirent, les veines du cou se dégonflèrent, le pouls se régularisa, et à l'oppression succéda un sommeil réparateur.

Le 29, vers le matin, un effort pour cracher a amené l'expulsion d'un pus blanc, rose en quelques points. Dès lors, le passage de l'air devenant aisé, l'ouverture trachéale était inutile ; en conséquence, les crochets sont enlevés et la plaie est pansée à réunion. Le pouls est naturel, et la déglutition facile, bien qu'encore gênée. — *Pr.* bouillon, fumigations et lotions émollientes ; tisane : mauve miellée.

Le 30, il n'y a point d'emphysème, le malade avale bien et repose la nuit. — *Pr.* soupe, *id.*

Le 1er *octobre*, il a grand appétit et a très bonne figure. Les maxillaires, encore tous resserrés, permettent à peine à l'indicateur d'atteindre les amygdales et de constater avec leur retrait la liberté de l'isthme du gosier. Il s'est levé pendant quelques heures. — *Pr.* quatre soupes, *id.*

Le 2, il mange le quart et va par les cours de l'hôpital ; la plaie profonde est complétement cicatrisée, et la plaie cutanée est en voie de réunion. Il n'y a point de suppuration, et le 5 octobre, c'est-à-dire le neuvième jour après l'opération, il est accordé à Baloco d'aller se promener en ville.

Signalons maintenant la terminaison de la double amygdalite : à droite, il y eut résolution ; à gauche, ouverture de l'abcès. Profondément placé, puisqu'il avait échappé au bistouri, cet abcès, en se faisant jour, avait formé un petit appendice pédiculé gros comme un noyau de cerise. Comme il gênait beaucoup le malade par suite de sa mobilité, je le saisis avec une pince à anneaux et l'amenai après quelques torsions.

Baloco sortit le jour même, 9 octobre 1856, portant une cicatrice très régulière que cache le nœud de la cravate.

A Vienne, P.-A. Albano, Guy de Chauliac, ont conseillé la trachéotomie dans l'esquinancie ; Shaw, Flajani et Pelletan y ont recouru. Dans un cas désespéré, j'ai suivi leurs conseils, imité leur conduite, et, bien que le succès ait couronné l'entreprise, je ne crois pas qu'ils doivent jamais être érigés en précepte. Je m'explique : entre les mains du médecin, l'ouverture de la trachée ne devra être qu'une dernière ancre de salut, une rude et inévitable nécessité ; pour tout dire en quelques mots, l'éviter dans les cas graves sera la règle, la pratiquer la grande exception.

Nous avons traité ou vu traiter près de cinquante amygdalites, et jamais, quelque grande qu'ait été l'acuité des symptômes, nous n'avons rencontré de sujets aussi rebelles à la médication employée. Il y a trois mois, chez un scorbutique, nous avons observé dès le début des accidents aussi formidables ; une application de seize sangsues les a fait disparaître comme par enchantement. Et pourtant ici, bien que le sujet ne fût pas des plus forts, une médication trois fois plus énergique a été sans effet ; la maladie n'a laissé de suivre son cours, et si elle s'est calmée par moments, ce n'a été que pour reprendre haleine et continuer à grandir. En vain, le cinquième jour, le scalpel a été porté sur la glande et a cherché le pus qui s'y formait. A son tour il a échoué et n'a produit qu'un bien-être trompeur. La trachéotomie a été la dernière ressource, et elle devra l'être alors que le péril sera en la demeure, que les dents seront rapprochées, et que les vomitifs auront été sans action. Vers le sixième, le septième jour, il y a de grandes espérances à fonder sur ces derniers, car les secousses qu'ils impriment aux muscles peuvent déterminer l'ouverture de l'abcès. On a regret de ne pas les avoir employés dans la journée du 28 ; on y a pensé, mais le soulagement du malade et la crainte de le fatiguer encore en ont détourné. Toutefois, si jamais l'occasion se présentait, je n'hésiterais pas un moment, et pour activer leur effet, je les porterais au besoin par la sonde œsophagienne jusque dans l'estomac.

L'indication de la trachéotomie admise, on ne s'est point arrêté à discuter le procédé à employer ; mais on a choisi le plus simple, l'ouverture longitudinale des premiers anneaux. On n'a point cru devoir lier la veine, ou du moins attendre qu'elle ait cessé de donner ; on a pensé, et l'événement l'a confirmé, que l'accès de l'air mettrait fin à toute hémorrhagie. On s'est encore passé de canule, la suppléant par de simples crochets qui maintenaient écartées les lèvres de la plaie.

Les suites de l'opération ont été des plus simples et à la fois des plus heureuses ; le malade a été immédiatement soulagé, et la cure complète, affaire de quelques jours, n'a plus causé la moindre inquiétude.

ALBERT PUECH,
Chirurgien chef-interne à l'Hôtel-Dieu de Toulon.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 10 AOUT 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

CHIRURGIE. — *Nouveau cas d'ablation totale de la mâchoire inférieure, exécuté avec succès par M. Maisonneuve.* — Il y a quelques années à peine, l'ablation totale de la mâchoire inférieure était considérée comme une entreprise tellement dangereuse, qu'aucun chirurgien français n'avait osé l'aborder.

Sans me laisser effrayer par cette opinion, je pratiquai une première fois cette opération en 1853 chez une jeune fille de dix-neuf ans, et je réussis. Un peu plus tard, en 1856, j'exécutai de nouveau cette opération chez un jeune homme de vingt-cinq ans, et cette fois encore avec un plein succès.

Aujourd'hui je viens communiquer à l'Académie un troisième fait également couronné de succès. Ce fait est relatif à une jeune fille de dix-huit ans qui était affectée d'un ostéosarcome de l'os maxillaire inférieur. L'opération a eu lieu le 30 juin, et dès le 15 juillet la malade était parfaitement guérie, sans presque aucune difformité.

Voici donc trois faits d'ablation totale de la mâchoire inférieure, tous les trois suivis de succès et tous les trois parfaitement exempts dans leur exécution, dans leurs suites et dans leurs résultats, des difficultés et des inconvénients dont on s'était effrayé jusqu'alors. Il est à remarquer que, dans ces trois opérations, j'ai conservé le périoste intact, selon la maxime établie par M. Flourens, et c'est à cette circonstance capitale que j'attribue la plus grande part du succès. J'en conclus que cette opération mérite à tous égards de prendre rang dans la science à titre d'opération régulière.

A cette note est joint un portrait photographié de la jeune fille après sa guérison.

PHYSIOLOGIE. — *Note sur la contractilité de l'allantoïde chez l'embryon de la poule*, par M. *Vulpian*. — En 1828, dit l'auteur, Baër fit voir que l'amnios jouit d'une contractilité propre chez l'embryon de la poule. En 1854, M. Remak a confirmé les observations de Baër, et a découvert les fibres musculaires auxquelles l'amnios doit sa contractilité.

J'ai constaté récemment que, chez les embryons de poule, l'amnios n'est pas la seule membrane douée de contractilité : cette propriété existe à un degré tout aussi prononcé dans l'allantoïde. Mes premières recherches ont été faites sur des œufs soumis à l'incubation artificielle depuis dix, onze et douze jours.

De nombreux essais m'ont convaincu que le feuillet superficiel de l'allantoïde n'est point contractile. Si l'on enlève ce feuillet sur un œuf de dix à douze jours, on voit se produire dans le feuillet profond une contraction vermiculaire, analogue à celle des intestins, qui semble partir du centre de la surface amniotique, se propage excentriquement, gagne l'amnios et en change plus ou moins complétement la forme.

La contractilité de l'allantoïde est liée à l'existence de très nombreux éléments musculaires qui entrent dans la constitution de cette membrane.

— Les membres d'une commission qui s'est formée pour l'érection, en France, d'une statue à la mémoire de *Jenner*, expriment l'espoir de voir leur projet accueilli avec bienveillance par l'Académie et son exécution favorisée par les souscriptions de plusieurs de ses membres.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 18 AOUT 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet *a*. Un rapport de M. *Gremaud* (de Poligny), sur une épidémie d'angine gangréneuse qui a régné dans la commune de Chatelay. — *b*. Un rapport de M. Grenerey [illegible] sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Tra[illegible] Saône). — *c*. Le compte rendu des épidémies qui ont régné dans le départe[illegible] Meurthe en 1850. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Un rapport de M. le [illegible] *Jaubert*, médecin inspecteur des eaux minérales de Gréoulx (Basses-Alp[illegible] service médical de cet établissement pendant l'année 1855. (*Commission des [illegible] minérales.*)

2° L'Académie reçoit : — *a*. Une note de M. *Berthé*, pharmacien à Paris [illegible] pour titre : *Relevé de quelques observations sur l'action thérapeutique de la [illegible] faites dans le service de M. Vigla* (Maison municipale de santé). (*Comm* [illegible] bourt, Bouchardat, Poggiale.) — *b*. Un mémoire sur le climat de Menton [illegible] M. le docteur *César Provençal*. (M. Robinet, *rapporteur*.) — *c*. Une note [illegible] *Interversion des sensations extrêmes de froid et de chaud humides dans [illegible]thésie*, par M. le docteur *Burq*. (M. *Beau*, rapporteur.)

3° M. le *secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre adr[illegible] à l'Académie par M. *Manec*, chirurgien de la Charité. L'a[illegible] proteste contre l'assertion de M. *Robert*, qui, dans la discussi[illegible] les anesthésiques, avait cité son nom au nombre des prat[illegible] qui ont eu le malheur de perdre des malades par l'emploi du [illegible]roforme.

« Je n'ai jamais perdu, dit M. Manec, un seul malade, soi[t] [en] ville, soit dans les hôpitaux, par l'emploi des anesthésiques. »

Election de deux ASSOCIÉS NATIONAUX *dans la section de chiru[rgie].*

Première élection. Le Bureau propose la liste suivante :

MM. *Sédillot* (de Strasbourg), *Goyrand* (d'Aix) et *Bo[nnet]* (de Lyon).

Premier tour de scrutin.

Votants, 52. — Majorité, 27.

MM. Bonnet obtient	25 voix.
Sédillot	16
Goyrand	7
Bouisson	2
Gensoul	1
Renault (de Montauban)	1
Billet blanc	1

Deuxième tour de scrutin.

Votants, 53. — Majorité, 27.

MM. Bonnet obtient	40 voix.
Sédillot	10
Gensoul	1
Bouisson	1
Billet blanc	1

M. *Bonnet* (de Lyon), ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé associé national de l'Académie.

Seconde élection. Le Bureau propose une liste composée de MM. *Pamard* (d'Avignon), *Gensoul* (de Lyon), *Bouisson* (de Montpellier), auxquels sont adjoints les noms de MM. *Sédillot* et *Goyrand*.

Premier tour de scrutin.

Votants, 48. — Majorité, 25.

MM. Sédillot obtient	19 voix.
Bouisson	10
Gensoul	8
Pamard	8
Goyrand	1
Bonnet	1
Billet blanc	1

Deuxième tour de scrutin.

Votants, 43. — Majorité, 22.

MM. Sédillot obtient	21 voix.
Bouisson	12
Gensoul	6
Pamard	4

Troisième tour de scrutin ; ballottage entre MM. Sédillot et Bouisson.

Votants, 38. — Majorité, 20.

MM. Sédillot obtient	26 voix.
Bouisson	12

M. *Sédillot*, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est [proclamé] associé national de l'Académie.

Lectures et Rapports.

ANESTHÉSIQUES. — M. *Jobert*, de Lamballe, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Robert* et *Larrey*, lit un *rapport sur un travail de M. Giraldès*, ayant pour titre : *Etudes cliniques sur l'amylène.*

Après avoir donné une courte analyse du travail de M. Giraldès, M. Jobert, de Lamballe, rapporte une série d'expériences qu'il a faites sur les animaux, et rend compte d'un certain nombre d'observations qu'il a recueillies sur l'homme dans le but d'étudier comparativement l'action de l'amylène et du chloroforme. Le rapporteur résume les résultats de ses recherches dans les termes suivants :

« Dans sa communication, M. Giraldès s'est proposé de démontrer que l'amylène était moins dangereux que le chloroforme et devait être employé de préférence; mais nous ne trouvons pas qu'il ait donné des raisons suffisantes à l'appui de son opinion. M. Robert se borne à lui donner la préférence dans certains cas exceptionnels. Nous ne pouvons même adopter cette dernière manière de voir, parce que, suivant nous, l'amylène a les inconvénients du chloroforme sans en avoir les avantages. Le chloroforme, en pénétrant les vaisseaux, laisse au sang sa couleur rutilante; il déprime, ralentit le pouls, et l'amylène l'accélère en congestionnant les organes. Sous le rapport du mode d'administration, l'amylène se manie difficilement, tandis que le chloroforme est d'un usage facile. Après l'administration du chloroforme, les malades éprouvent ordinairement du calme; et il en est souvent autrement de l'amylène, dont les effets se prolongent sous forme de malaise, d'agitation, de céphalalgie, de titubation, d'incohérence dans les idées, d'hésitation dans la parole.

» Le chloroforme nous a fourni les mêmes résultats satisfaisants sur les vieillards, les adultes et les enfants de différents âges; et nous croyons que son emploi n'est pas plus nuisible à cette première époque de la vie que dans les périodes plus avancées.

» En résumé, bien que les conclusions présentées par M. Giraldès ne nous paraissent pas devoir être admises, sa communication n'en renferme pas moins des parties intéressantes, et nous avons l'honneur de proposer à l'Académie : que des remercîments lui soient adressés et que son travail soit honorablement déposé dans les archives. »

M. *Velpeau :* Je ne viens point combattre les conclusions du rapport : je m'associe sans réserve aux légitimes éloges que M. Jobert accorde à M. Giraldès; mais je veux, une fois encore, m'élever contre l'emploi de l'amylène, qui vient de faire tout récemment, comme on le sait, une nouvelle victime entre les mains de M. Snow. La triste observation que vient de publier ce chirurgien doit nous faire rejeter définitivement cet agent dangereux et préférer le chloroforme, dont l'administration est à la fois plus sûre, plus facile, et infiniment moins périlleuse.

M. *Larrey* espère que les malheurs arrivés à M. Snow rendront M. Giraldès beaucoup plus réservé dans l'emploi de l'amylène.

M. *Devergie* estime qu'on pourrait retirer quelques avantages des appareils spéciaux d'inhalation dans l'administration de l'amylène.

M. *Jobert*, de Lamballe, répète que l'amylène détermine des accidents beaucoup plus prompts que le chloroforme, et que de plus il exerce sur le sang une influence fâcheuse, une action véritablement délétère. On a avancé que l'amylène agissait directement et localement sur les nerfs : c'est une erreur. M. Jobert s'est assuré, par de nombreuses expériences, que les nerfs demeuraient indifférents au contact direct de l'amylène tout aussi bien qu'à celui du chloroforme et de la noix vomique. Ces substances n'agissent qu'après avoir été absorbées.

Les conclusions du rapport de M. Jobert sont mises aux voix et adoptées.

CHIRURGIE. — M. le professeur *Denonvilliers* présente à l'Académie un homme et une jeune fille qu'il a opérés d'un ectropion de la paupière inférieure par un nouveau procédé d'autoplastie.

M. *Jobert*, de Lamballe, ayant manifesté l'intention de présenter quelques observations au sujet de cette opération, M. le *Président* invite M. Denonvilliers à communiquer à l'Académie une note qui sera soumise à l'examen d'une commission spéciale et pourra devenir le sujet d'un rapport et d'une intéressante discussion.

M. *Denonvilliers* répond qu'il se dispose à lire prochainement devant l'Académie un travail détaillé sur le nouveau procédé autoplastique, qu'il a eu déjà occasion d'appliquer avec succès dans un assez grand nombre de cas. Pour cette fois, il a voulu simplement faire constater par l'Académie les trois principaux avantages de la méthode opératoire nouvelle, qui lui donnent sur l'ancienne une incontestable supériorité. Ces avantages consistent dans l'aplatissement du lambeau, dans la guérison durable, permanente, de l'ectropion, et dans la possibilité pour l'opéré de clore complétement les paupières.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 3 JUILLET 1857. — PRÉSIDENCE DE M. DENONVILLIERS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Les membres de la commission examinent plusieurs malades de l'administration.

M. *Raoul Leroy d'Étiolles* fait hommage à la Société de son *Mémoire sur la gravelle.*

Recherches sur les affections des diverses professions du chemin de fer de Lyon, par M. *Devilliers*. M. Briquet est nommé rapporteur.

Plusieurs fascicules de la *Société de médecine de Poitiers* et de la *Société des hôpitaux.*

M. *Briquet* lit un rapport sur deux mémoires : l'un du docteur Marquez (de Colmar), sur la *Vaccination dans ses rapports avec la fièvre typhoïde*, l'autre, du docteur Mignot de Chantelle, *Sur la contagion du muguet.* La Société décide que ce dernier mémoire sera imprimé par extrait dans ses Comptes rendus.

M. *Brierre de Boismont* lit le rapport suivant sur la thèse du docteur Le Paulmier (du Calvados), ayant pour titre : *Des affections mentales chez les enfants, et en particulier de la manie.*

La folie de l'enfance n'a pas encore de monographie; au premier abord cela n'a rien d'étonnant, car pour perdre la raison, il faut déjà avoir fait l'apprentissage de la vie, avoir été initié à ses douleurs. La prédisposition héréditaire que les uns apportent en naissant, l'état nerveux qui chez d'autres est l'auxilliaire puissant de la maladie, ont besoin d'un concours de circonstances ou d'un développement des passions qui ne s'élaborent qu'avec les années. Les sensations sont sans doute vives et multipliées chez les enfants, mais elles sont aussi mobiles et fugaces. Là est le préservatif. Cependant les affections mentales ont été constatées à cet âge. Haslam, Perfect, Franck, Burrows, Spurzheim, ont cité des cas de folie chez des enfants âgés de moins de onze ans.

Greding rapporte l'exemple d'un enfant qui mourut de marasme à dix-huit mois. Né d'une mère imbécile, il fut amené avec elle dans l'asile de Waldheim; il avait alors neuf mois à peine et présentait des paroxysmes nerveux qui se terminaient par un rire indescriptible ou par des accès de manie dans lesquels ce petit être déchirait tout ce qui lui tombait sous la main. Jacobi cite également plusieurs exemples de manie chez de jeunes enfants, à l'hospice de Siegbourg.

Esquirol a donné ses soins à deux enfants âgés, l'un de huit ans, l'autre de neuf, et à une jeune demoiselle de quatorze ans, tous les trois maniaques. Il a été également consulté pour un mélancolique âgé de onze ans. On doit à Marc (*De la folie*, t. I[er], p. 96-97) l'histoire d'une petite fille de huit ans qui avouait froidement qu'elle voulait tuer sa mère, sa grand'mère et son père. Les mobiles de cette perversion sentimentale paraissaient être l'idée *d'avoir leurs hardes et celle d'aller s'amuser avec les petits garçons et les hommes.*

Elle était morose, pâle, parlant peu, et ne répondant que très brièvement aux questions qu'on lui adressait. Son impulsion au mal, que rien ne pouvait dompter, avait pour point de départ des excitations vénériennes invétérées. Élevée à la campagne, chez sa grand'mère, elle se livrait déjà à ses penchants; grâce au grand air et à l'exercice, sa santé n'en avait pas souffert. De retour à la ville, chez ses parents, elle pâlit rapidement et devint triste. Longtemps on ignora la cause de ce dépérissement; puis on finit par découvrir ses habitudes solitaires, qu'elle confessa cyniquement en regrettant de ne pouvoir y substituer le commerce des petits garçons.

Nous avons recueilli nous-même quatre faits d'enfants de six, sept et dix ans, chez lesquels il y avait des symptômes d'une aliénation mentale caractérisée, et maintenant encore nous donnons des soins à une jeune enfant de trois ans et demi née d'un père paralytique, chez laquelle on observe déjà des inégalités d'humeur, des moments de tristesse, de mélancolie et de violents accès de colère, qu'un rien provoque, et qu'il est très difficile d'apaiser; l'intelligence de cette jeune enfant est bien supérieure à son âge.

La folie existe donc chez les enfants; mais est-ce, à proprement parler, dans le jeune âge que M. Le Paulmier a choisi ses exemples? Il faut le dire, ses enfants sont plutôt de grands jeunes gens, car sur les treize sujets qu'il cite, trois ont quatorze ans, deux quinze, trois seize, et cinq dix-sept ans. Aussi préférerions-nous le titre choisi par M. le docteur Rousseau : *De la folie à l'époque de la puberté* (Thèse, Paris, 1857).

Ainsi circonscrit, ce sujet présente de l'intérêt, et nous nous empressons de reconnaître qu'il a été pour M. Le Paulmier l'occasion d'une bonne thèse. Mais avant d'analyser le travail de l'auteur, il nous a semblé que l'on consulterait avec fruit les documents que nous avons trouvés dans les médecins anglais, américains et français. John Thurnam, dans ses *Observations and Essays on the Statistics of Insanity* (London, 1845), sur un tableau de 21,333 aliénés, a constaté jusqu'à dix ans 8 cas de folie, et de dix à vingt ans 1,161. Quoique le médecin anglais sépare dans ses recherches l'idiotie de la folie, nous ne pourrions affirmer qu'il ne se soit glissé des faits d'idiotie ou d'imbécillité dans son chiffre de 1,161; mais la proportion la plus forte, suivant le docteur Thurnam, est toujours de trente à quarante ans. Aux États-Unis, les médecins ont fait la remarque que le nombre des aliénés était, au contraire, plus considérable de vingt à trente ans que de trente à quarante. Ils attribuent la prédominance de la maladie, dans la première série, à la nature de leurs institutions, et surtout à l'émancipation précoce des jeunes gens, qui abandonnent leurs familles et se jettent dans les affaires à une époque où les fils de l'Europe sont encore au collége et hors d'état de pourvoir à leurs besoins. Un de ces négociants imberbes disait un jour à son médecin : « Je sens très bien qu'au genre de vie que je mène, je serai fou ou mort d'ici à peu de temps; mais je ne puis m'arrêter, la concurrence est là-derrière : ce serait la ruine. » Dans quatre établissements américains, comprenant 2,790 cas, on en a noté 33,73 pour 100 de vingt à trente ans, et 24,41 de trente à quarante ans.

Le mode d'éducation est signalé par les docteurs Evans et Worthington, dans leur rapport sur l'asile de Pensylvanie (1844,5), comme ayant une grande influence sur le développement de la folie chez les jeunes gens en Amérique (*The American Journal of Insanity*, p. 148, vol. II).

Un auteur anglais, le docteur Wigan, qui a publié un livre curieux sur la *Dualité de l'esprit*, a laissé dans ses manuscrits inédits une note remarquable sur les *Crimes sans motifs des jeunes gens*. L'âge de ces délinquants est de seize à dix-huit ans pour les filles, et de dix-sept à vingt et un ans pour les garçons. Le caractère spécial des actes incriminés, c'est d'avoir été commis par des jeunes gens qui n'avaient contre leurs victimes aucun motif d'animosité.

D'après Wigan, la plupart de ces individus avaient des épistaxis qui, dans quelques cas, chez les individus du sexe masculin, se montraient avec la régularité de l'évacuation menstruelle. L'action répréhensible avait généralement eu lieu après la cessation temporaire du flux habituel. Lorsqu'on interrogeait les coupables présumés sur les mobiles de leur conduite, ils répondaient presque invariablement : « *Je ne sais pas, je n'ai pas de raison*; je croyais *devoir le faire, j'étais poussé à faire quelque chose.* » Quant à ce quelque chose lui-même, il était déterminé par une simple circonstance, la vue du moyen d'exécution. Il a observé des faits de ce genre dans les familles les plus respectables et qui avaient pris toutes les peines imaginables pour inculquer par l'éducation et l'exemple de bons principes à leurs enfants. Il rapporte à la même disposition d'esprit des actes inqualifiables d'oubli des règles de bienséance, de mépris de l'opinion publique, de témérité que rien ne pouvait expliquer ni justifier. Il cite enfin des exemples de bravoure en dehors de toutes les prévisions humaines, qui ont excité au plus haut degré l'admiration et les applaudissements des contemporains, dont la cause n'était ni une rivalité généreuse, ni l'amour de la gloire, ni le désir des louanges, ni la passion de la guerre; mais ce besoin irrésistible de faire quelque chose. Sous cette impulsion constitutionnelle temporaire, ces jeunes gens ont montré pour le danger un dédain, un mépris dont ils n'auraient pas été capables dans un autre moment, qu'ils n'envisageaient plus tard qu'avec une véritable terreur. Ces faits ont une grande portée pour la morale, l'éducation et la médecine légale.

MM. Delasiauve, Schnepf, se sont aussi occupés des aberrations de la raison chez les enfants. Un relevé de M. de Boutteville assigne à l'enfance une part assez forte dans l'aliénation mentale; ainsi, tandis que le maximum 100 se trouverait affecté à la période de trente à trente-quatre ans, on compterait :

De cinq à neuf ans.	0,9
De dix à quatorze ans.	3,5
De quinze à dix-neuf ans . . .	20

MM. Aubanel et Thore ont noté pour l'année 1839, à Bicêtre, 8 cas de manie et 1 cas de mélancolie chez des enfants âgés de onze à dix-huit ans. M. Le Paulmier conclut, d'une récapitulation de trois années dans ce même hôpital, que les réceptions d'enfants maniaques, lypémaniaques, des hallucinés, peuvent être évaluées à 10 pour 1,000. Dans ce chiffre ne figurent pas les idiots et les épileptiques.

On peut donc regarder comme un fait certain que l'aliénation mentale existe chez les enfants et les jeunes gens, et qu'elle y est plus fréquente qu'on ne le croyait. Sans doute la transmission héréditaire, les maladies, contribuent à ce résultat; mais la confusion des idées, qui fait partie de l'éducation, y a également une grande part. Un professeur du Collége de France a fait la remarque que, chez nous, l'enfant subit dix éducations contradictoires, celle du *De viris* et du citoyen Scipion, qui combat celle du père, en général mondain et voltairien, et celle de la mère, femme religieuse, à la mode ou nulle, sans compter celle du catéchisme et l'influence des jeunes amis. Nous ne parlons ici ni de l'éducation des feuilletons épicuriens, ni du théâtre, ni de la Sorbonne, ni du vaudeville, ni du roman, ni peut-être des prédications des apôtres du temps. Imaginez quelle doit être la confusion de ces teintes ou de ces demi-teintes entassées par couches transparentes dans la même intelligence, et de quelle misère, de quelle anarchie, de quel néant elle doit être frappée sous ces incohérentes notions panthéistiques, mystiques, matérialistes, catholiques, protestantes, démocratiques, aristocratiques, chevaleresques, poétiques, positives, machiavéliques, rhétoriques et romanesques! Si les maisons de fous ne se peuplent pas démesurément, je tiens le fait pour honorable à la nation (Philarète Chasles, *Revue des Deux-Mondes*, 1er août 1848). J'ajouterai à cette dernière réflexion qu'il est fort heureux que le bon sens et l'expérience corrigent les vices de cette première éducation, et qu'une foule de jeunes gens n'apportent aux leçons de leurs professeurs que de l'indifférence, car, les esprits faibles étant en majorité dans ce monde, la proportion des fous, déjà si nombreuse, serait incalculable.

Nous ne suivrons pas M. Le Paulmier dans les différentes formes que peut prendre le dérangement de l'esprit chez les jeunes gens; une seule, la folie maniaque, doit nous occuper, parce qu'elle est plus spécialement l'objet des recherches de l'auteur.

La manie peut se présenter sous trois variétés : l'excitation ma-

niaque, la manie et la manie incohérente. Ces trois catégories sont admises par M. Delasiauve. Dans le premier cas, le vice du raisonnement n'est pas toujours immédiatement appréciable ; mais il y a un manque évident de réflexion. Ce qui frappe surtout, c'est une sorte d'exaltation qui ne permet plus de garder la réserve habituelle. Les malades se montrent bavards, emportés, querelleurs, vains, présomptueux, oublieux de toute bienséance, se livrent parfois à de folles prodigalités, à des actes d'obscénité ou de violence tout à fait compromettante. Ce premier degré de la manie, que nous avons appelé depuis longtemps exaltation maniaque, se rapproche beaucoup de l'ivresse commençante. A un degré plus avancé, la dissociation des idées est beaucoup plus saillante; l'aliéné change incessamment de sujet, passe sans transition d'un sentiment à un autre. Enfin, dans une nuance extrême, l'obstacle à la coordination est tel, qu'on ne voit pas deux propositions, pas même deux membres de phrases concorder ensemble.

Il n'est pas rare d'observer dans les exaltés d'apparentes convictions, dont la reproduction est de nature à simuler une préoccupation exclusive. Telles sont, entre autres, les appréhensions lypémaniaques et les idées ambitieuses assez ordinaires dans la période d'invasion de la paralysie générale ou de la stupidité. Ces pseudomonomanies en imposent sur l'essence unitaire et la marche de la maladie. Indépendamment des signes propres à l'espèce, la manie des jeunes gens se complique fréquemment d'une sorte de stupeur extatique survenant par accès d'une durée indéterminée, vagues dans leurs retours, ou affectant quelque irrégularité.

Les hallucinations, que certains auteurs allemands ont regardées comme générales dans la manie, sont aujourd'hui contestées pour la fréquence dans cette forme de la folie. Georget avait signalé ce fait (*De la folie*, p. 106), passé inaperçu depuis, et sur lequel M. Delasiauve insiste avec raison, en opposant surtout à cette rareté du phénomène la fréquence des illusions. M. Le Paulmier a noté cependant des hallucinations chez les enfants maniaques, mais avec la stupeur extatique.

Le diagnostic de la manie est quelquefois difficile. Cependant la méningite, avec laquelle elle peut être confondue, présente une progression et une fixité plus grandes. La céphalalgie, l'accablement successif, la dilatation et l'inégalité des pupilles, les nausées ou les vomissements, tracent une ligne de démarcation généralement suffisante. La manie avec stupeur extatique se rapproche beaucoup de certaines confusions, succédant aux attaques épileptiformes, et dans lesquelles l'agitation se joint à l'obtusion hallucinatoire. La marche de la maladie aide à lever les doutes.

Les observations recueillies par M. Le Paulmier sembleraient annoncer une terminaison presque toujours heureuse. M. Delasiauve a fait néanmoins la remarque qu'il restait une impressionnabilité susceptible de rappeler la maladie, et que plusieurs maniaques de la section des hommes avaient été auparavant traités heureusement dans celle des enfants.

Voici, pour notre part, ce que nous avons constaté. Dans un relevé de quarante-deux jeunes gens, dont le point de départ de l'aliénation a pu être établi entre quatorze et seize ans, dix-huit fois les enfants ont hérité de la maladie mentale de leurs parents, de leurs humeurs bizarres, excentriques. Dans l'immense majorité des cas, soit sous l'influence de la prédisposition héréditaire, soit sous celle de la puberté, de la menstruation, nous avons reconnu le principe des éléments qui doivent constituer l'aliénation mentale. En interrogeant les parents sur le caractère de leurs enfants, ils nous ont presque toujours répondu qu'ils étaient tristes ou gais sans motifs. Ils ne pouvaient s'astreindre au travail, ils n'avaient pas de capacité; ou bien leurs aptitudes brillaient par moments, mais ne pouvaient se soumettre à une règle. Plusieurs avaient fait de bonnes études, mais sans application, par bonds inégaux. Les uns étaient apathiques, sans émulation; les autres d'une légèreté que rien ne pouvait fixer. Plusieurs avaient eu des affections convulsives. La période d'incubation, souvent très longue, faisait présager la gravité de la maladie. Les dix-huit guérisons obtenues avaient été plusieurs fois précédées de récidive, laissaient souvent après elles un changement dans le caractère, et surtout une inaptitude à prendre une position régulière dans la vie. Quelques-unes ne présentaient que des chances incertaines de durée. La conséquence à tirer de ce sommaire, c'est que si les guérisons persistent dans un certain nombre de cas, ce que nous sommes loin de nier, l'aliénation mentale est une affection grave chez les enfants et chez les jeunes gens, soit à raison des antécédents, soit à cause du développement incomplet des organes.

Ces réserves faites, nous donnons pleinement notre approbation au travail de M. Le Paulmier : sa thèse est du nombre de celles qui révèlent un esprit sérieux; elle prouve pour la millième fois que les sujets choisis par les auteurs seront toujours plus instructifs que ceux qu'on impose dans les concours et les prix.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 21 AOUT 1857.

1° *Observation d'épilepsie causée par des hydatides à la base du crâne*, par M. Gros.

2° *Observation sur un cas de pneumonie adynamique avec phthiriase*, par M. Guibout.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur l'usage du chlorate de potasse dans la grossesse,
par le docteur Thomas F. GRIMSDALE.

Les hommes versés dans la pratique des accouchements savent par expérience qu'un certain nombre d'enfants parvenus sans entraves à une époque rapprochée du terme de la grossesse succombent avant la naissance ou naissent dans un état tel qu'ils ne tardent pas de succomber; et, chose singulière, le même phénomène se reproduit souvent dans plusieurs grossesses successives sans qu'on puisse en faire remonter la cause, soit à des violences extérieures, soit à des accidents syphilitiques des parents, etc.

C'est dans de tels cas que M. Grimsdale, d'après l'indication donnée il y a quelques années par M. Simpson, a eu recours au chlorate de potasse, et, à son avis, avec des résultats satisfaisants, sans toutefois oser, jusqu'à présent, donner à ces résultats une forme complétement affirmative de la propriété prophylactique spéciale de ce sel en pareilles circonstances. Cette sage réserve de l'auteur à l'égard de ses propres observations nous dispense, en les faisant connaître sommairement, de tenir l'esprit du lecteur en défiance.

La première a trait à une femme robuste, d'une apparence saine, âgée de vingt-quatre ans, délivrée le 24 mars 1852, après un travail de onze heures, d'une fille d'une coloration jaunâtre, qui eut de la peine à respirer, et qui mourut d'une hémorrhagie ombilicale le dix-septième jour; les eaux de l'amnios étaient très abondantes, troubles, et d'une couleur très foncée; près d'un tiers du placenta était d'une couleur pâle jaune, d'une consistance ferme, qu'on ne pouvait, à l'examen du microscope, rapporter ni à une inflammation ni à une dégénérescence graisseuse. Cette femme avait eu quatre grossesses antérieures, terminées toutes les quatre par des enfants mort-nés, présentant, à son dire, une coloration jaune. Vers le milieu d'avril 1853, elle se présenta à M. Grimsdale enceinte de cinq mois. Après une recherche scrupuleuse, qui ne put faire découvrir des antécédents syphilitiques ni chez la mère ni chez le père, il fit prendre le chlorate de potasse trois fois le jour à la dose de 5 grains, pour être portée à 10 grains au bout de quinze jours. Elle continua le traitement jusqu'au terme de la grossesse, et donna le jour, le 13 août, à un enfant bien portant qui vit encore; le placenta était, dans toutes ses parties, d'une apparence saine.

Une autre femme âgée de vingt et un ans, d'une apparence délicate, sans antécédents syphilitiques, mariée à un ouvrier rangé, avait eu déjà quatre grossesses, terminées toutes par la mort du fœtus quelque temps avant le travail, qui, du reste, n'avait été ni long ni difficile. Dans le quatrième mois de sa cinquième grossesse, M. Grimsdale lui fit prendre le chlorate de potasse à la dose de 20 grains par jour pendant quatre mois, et elle fut délivrée, la

5 septembre 1853, d'un enfant d'une belle santé, et qui était dans le même état près d'un mois après; le placenta était sain.

Dans la troisième observation, il s'agit d'une femme de trente-trois ans, maigre, à disposition hystérique, devenue enceinte environ six mois après son mariage. Après avoir senti les mouvements de son enfant et leur accroissement progressif, elle cessa de les sentir vers la fin du sixième mois, et accoucha quelque temps après d'un fœtus avant terme et putréfié; le placenta était, dans quelques unes de ses parties, plus pâle et plus ferme, et les vaisseaux dépourvus de sang. Enceinte de nouveau, à trois mois et demi M. Grimsdale fit prendre le chlorate de potasse, à la dose de 15 grains par jour, qui fut discontinué au bout de trois à quatre jours à cause d'une céphalalgie intense. Quelques jours après, il le fit reprendre sans en prévenir la malade, mais le mal de tête ne tarda pas à se reproduire Après un mois, nouvelle tentative qui détermine le même accident; il abandonne définitivement le traitement. La grossesse suivit la même marche que la première, avec le même résultat. Redevenue enceinte quelque temps après, elle reprit à quatre mois le chlorate de potasse, sans accident, à la dose de 3 grains d'abord, de 4 grains après trois semaines, et de 5 grains ensuite. Tout allait bien lorsque, dans le cours du septième mois, elle fit une chute de voiture qui causa une forte commotion et un grand effroi; le fœtus cessa de remuer, et elle accoucha deux jours après d'un enfant mort qui contrastait, par son développement, avec les autres; le placenta était d'une apparence saine dans toutes ses parties. Enceinte pour la quatrième fois dans le commencement d'octobre 1855, elle fut mise, dès le troisième mois, à l'usage du chlorate de potasse, à 3 grains d'abord, pour le porter par degrés à 5 grains trois fois le jour: elle fut de temps en temps forcée d'interrompre à cause de la céphalalgie; mais malgré quelques suspensions elle persévéra jusqu'à la fin de la grossesse, qui se termina par la naissance d'un enfant plein de vie et encore vivant; le placenta était sain dans toutes ses parties.

Une quatrième femme, de forte constitution et paraissant bien portante, vient consulter M. Grimsdale du troisième au quatrième mois d'une huitième grossesse; elle avait été antérieurement sept fois enceinte, et n'avait jamais pu donner le jour à un enfant vivant. Une des grossesses était allée près de son terme, six entre six et huit mois, une avait été interrompue de bonne heure par un avortement. Elle fut mise à l'usage du chlorate de potasse, à la dose de 5 grains trois fois le jour. Tout allait bien; mais, ne tenant pas assez compte de la recommandation de garder le repos, elle fut prise des douleurs du travail vers la fin du sixième mois, après avoir pétri une large terrine de farine et s'être livrée à d'autres exercices domestiques. C'est le premier enfant vivant qu'elle avait mis au monde, mais il ne vécut que quelques heures; le placenta était entièrement sain.

Enfin une autre femme de trente-six ans, qui était accouchée d'un enfant mort l'année précédente, à six mois, sans cause apparente, était au quatrième mois de sa seconde grossesse lorsqu'elle commença à prendre le chlorate de potasse à la dose de 15 grains par jour, et le continua à la même dose pendant tout le reste de la grossesse; elle accoucha à terme d'un enfant plein de vie. M. Grimsdale conserve dans ses notes dix cas semblables à ce dernier; mais ils ajouteraient peu à la démonstration, la disposition à donner le jour à des enfants morts, dans les derniers temps de la grossesse, n'étant pas constatée par plusieurs grossesses successives infructueuses. (*The Liverpool Medico-Chirurgical Journal*, n° 2, juillet 1857.)

Anurie complète et symptômes urémiques. Atrophie rénale du côté gauche, pyélite du côté droit, par le docteur Brunner.

« L'atrophie d'un des reins, dit M. Rayer (*Traité des maladies des reins*, t. III, p. 465), étant presque toujours accompagnée d'un développement supplémentaire du rein du côté opposé, ne donne lieu par elle-même à aucune altération de la sécrétion urinaire appréciable pendant la vie, ni à aucun symptôme particulier; mais lorsque les deux reins sont atrophiés dans une étendue considérable, il en résulte non-seulement un dérangement de la sécrétion de l'urine, mais encore des phénomènes particuliers qui, le plus souvent, dépendent d'une affection du système nerveux. » « Presque toujours, ajoute M. Rayer, l'apparition de ces symptômes annonce une mort prochaine, que souvent il eût été impossible de prévoir quelques jours auparavant. »

La diminution ou la suppression de la sécrétion urinaire, et l'apparition plus ou moins tardive de symptômes cérébraux analogues à ceux dont il vient d'être question, peuvent être également observés dans des cas de néphrite simple, lorsque l'inflammation frappe dans une grande étendue le parenchyme des deux reins; dans la néphrite albumineuse aiguë et chronique; dans certains cas de pyélite; dans les circonstances où des kystes simples ou acéphalocystiques envahissent les deux reins; et enfin d'une manière générale, dans tous les cas où il existe dans les reins eux-mêmes ou dans leurs bassinets des altérations anatomiques dont la nature peut varier, mais qui doivent nécessairement porter sur les deux organes à la fois, de manière à gêner notablement ou même à suspendre complétement la sécrétion urinaire. Outre l'anurie et l'ischurie, il se développe alors, par suite de la rétention des principes qui concourent à la formation de l'urine, une altération particulière du sang dont la conséquence habituelle est l'apparition de phénomènes nerveux graves. C'est là ce qu'on a désigné, dans ces derniers temps, sous le nom d'*intoxication urémique*, sorte d'affection toujours consécutive qui peut venir se surajouter à la plupart des affections rénales et qui aboutit nécessairement à une terminaison funeste, pour peu que les désordres anatomiques et fonctionnels qui l'ont engendrée persistent pendant un certain temps.

Dans l'observation rapportée par le docteur Brunner, et que nous allons présenter en abrégé, le rein gauche était complétement atrophié. Tout porte à croire que cette atrophie remontait à plusieurs années, si même elle n'était pas congénitale. Cependant le rein droit, chargé d'un travail physiologique double, avait augmenté de volume, et la sécrétion urinaire s'accomplissait sans désordres bien marqués; mais, sous l'influence d'une cause inconnue, il s'est déclaré une inflammation dans le bassinet et les calices de ce même organe. Dès lors la sécrétion urinaire s'est bientôt supprimée; des symptômes d'intoxication urémique, tels que des vomissements répétés, et, en dernier lieu, des phénomènes comateux, sont survenus, et la mort a eu lieu dix jours environ après l'apparition des premiers accidents.

Obs. — Le nommé Valentin, âgé de soixante-cinq ans, ancien militaire, n'a jamais eu de gonorrhée ni d'accidents syphilitiques. Il est d'une bonne constitution, se nourrit bien, et a toujours joui d'une bonne santé. Vers la fin de novembre 1856, il consulta pour une rétention d'urine. On apprit alors que, dans ces dernières années, il avait remarqué déjà, à plusieurs reprises, dans l'excrétion de l'urine, quelques dérangements qui, d'ailleurs, n'avaient jamais été accompagnés de sensations douloureuses. Le 30 novembre, on trouve le malade dans l'état suivant: la région hypogastrique n'est ni tuméfiée ni douloureuse à la pression; les régions du rein droit et de l'hypochondre droit sont le siége de douleurs qui se répandent dans la direction de l'uretère correspondant. La température cutanée est normale: il n'y a pas de phénomènes cérébraux; mais il y a des nausées, et de temps à autre des vomissements bilieux. L'excrétion urinaire est supprimée depuis environ quarante-huit heures. Une sonde est introduite dans la vessie, où elle pénètre sans rencontrer d'obstacles; mais elle ne donne pas issue à la plus petite quantité d'urine. L'introduction d'un cathéter explorateur et l'exploration de la vessie par l'anus restent sans résultats: on ne recueille aucun des signes qui révèlent habituellement l'existence d'un calcul urinaire. Traitement antiphlogistique: ventouses sur la région des reins, cataplasmes, bains de siége, etc.

Les jours suivants, l'anurie persiste; les douleurs rénales et vésicales deviennent un peu plus intenses, un peu de fièvre revenant par accès irréguliers. L'intelligence est nette. Dans la nuit du 2 au 3 décembre, il y a tout à coup émission d'une certaine quantité d'urine, claire, limpide, non mélangée de pus, de sang ou de mucus, ne donnant aucun précipité par l'addition de l'acide nitrique ou par la chaleur, mais répandant une forte odeur urineuse. Deux nouvelles émissions d'urine, qui présentent les mêmes caractères, ont lieu dans les douze heures qui suivent. Le 3 décembre, vers midi, on constate que les régions rénale et vésicale du côté droit sont un

peu moins douloureuses que les jours passés ; mais il y a de nouveau anurie complète, ainsi qu'on le constate à l'aide du cathéter. Nausées et vomissements muqueux, température normale, pas de phénomènes cérébraux. Les 4, 5 et 6 décembre, mêmes symptômes ; l'anurie persiste. Le 7, des phénomènes comateux se manifestent, et la mort survient le 8, vers cinq heures du matin, sans que l'anurie ait cessé d'être complète.

Autopsie. — Le cadavre répand au loin une odeur urineuse très manifeste et très pénétrante. Il y a dans le bassin une petite quantité d'une sérosité trouble et filamenteuse. La tunique musculeuse de la vessie est manifestement hypertrophiée ; la cavité vésicale, très ample d'ailleurs, ne contient pas d'urine. L'uretère gauche est oblitéré dans toute sa longueur, comme ratatiné et tordu sur son axe. Le rein du même côté a subi une atrophie complète : il a 2 centimètres et demi de longueur sur 1 centimètre 8 millimètres de largeur. Dans certains points il a à peine quelques millimètres d'épaisseur ; son tissu est ratatiné, d'un jaune pâle, comme ridé. On trouve dans la veine rénale gauche un caillot de 1 centimètre de longueur, sec, aplati, et adhérant fortement à la paroi veineuse. L'uretère droit est entouré par une exsudation fibrineuse. Son calibre est rétréci de place en place. Le rein droit a un volume trois fois plus grand que dans l'état normal ; le bassinet et les calices sont dilatés en forme de kystes et contiennent une certaine quantité d'urine trouble et floconneuse. Leur membrane muqueuse porte des traces d'inflammation intense ; elle est épaissie et fortement injectée. La veine rénale gauche, très adhérente, dans toute sa longueur, aux parties voisines, contient un caillot dense, de couleur brune, à surface irrégulière et à peine adhérent à la membrane interne du vaisseau. (*Verhandl. der Physical-medic. Gesellsch. in Würzbourg*, VIII *Band*, 1 *Heft*, p. 146, 1857.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies de l'œil, de W. MACKENZIE, 4ᵉ édition, traduite et augmentée de notes par les docteurs WARLOMONT et TESTELIN. Victor Masson, 1857, 2 vol. gr. in-8 de 1828 pages, avec 257 figures dans le texte.

Le traité de M. Mackenzie, par la perfection magistrale des descriptions, le génie pratique des moindres détails, la sincérité et la bonne foi de tout l'ouvrage, est un des rares chefs-d'œuvre de la littérature médicale. C'est un défi permanent jeté au chirurgien, spécialiste ou non, que tente la publication d'un traité d'ophthalmologie. Il est donc naturel que chaque nouvelle édition provoque le zèle de traducteurs nouveaux. Cette fois, c'est de Belgique que nous arrive la traduction française, très française malgré cela ; car un des traducteurs est notre compatriote, M. Testelin, et l'éditeur s'appelle Victor Masson.

A un texte fidèle joindre des notes, quelquefois des chapitres entiers, propres à enrichir l'ouvrage des questions neuves soulevées de nos jours par l'étude des affections oculaires, tel est le but accompli par MM. Warlomont et Testelin.

Cette double tâche expose à un inconvénient sérieux : l'unité du traité pratique est rompue ; le lecteur habituel de Mackenzie s'étonne, à côté du langage sévère et convaincu du maître, de tomber sur des discussions, des expériences même qui contredisent le texte ; la lutte, dissimulée par les traducteurs, éclate pourtant aux yeux de qui sait lire, entre la vieille et prudente expérience du praticien de génie et la science contemporaine aventureuse et outrecuidante. Pouvait-il en être autrement? Nous ne le pensons pas, et nous sommes bien loin d'en faire un reproche aux traducteurs. C'est la faute du moment. On ne peut être tenu à fournir de la science toute faite, quand celle-ci n'existe pas.

Le chapitre de M. Mackenzie sur l'ophthalmie contagieuse est suivi d'une note additionnelle des traducteurs sur l'ophthalmie militaire en Belgique. C'est le résultat très bien présenté des études nombreuses auxquelles nos voisins ont soumis l'ophthalmie des armées et l'affection granuleuse des conjonctives palpébrales ; — maladie terrible, perpétuellement méconnue chez nous, et qui domine, dans tous les pays, le diagnostic, le pronostic et le traitement des affections oculaires dans les classes pauvres.

« Si nous ne nous adressions qu'aux médecins belges, disent » MM. Testelin et Warlomont, si ces notes ne devaient pas franchir » les étroites limites du pays où elles ont été écrites, nous nous » serions dispensés de les introduire dans ce livre. En effet, il n'est » pas, en Belgique, de médecin un peu instruit qui ne sache tout » ce que nous disons de l'ophthalmie qui a frappé notre armée, de » sa génésie, de son mode de propagation, de sa prophylaxie, de » son traitement. C'est aux médecins étrangers que ce travail s'a- » dresse. »

Et ils ont bien raison ; car il est impossible de faire aux médecins français le même compliment. La contagion granuleuse sévit aussi cruellement dans nos grandes villes que dans les corps belges. Si là l'armée est le foyer de l'infection, chez nous celle-ci naît et s'entretient dans les salles d'asile et partout où les pauvres sont accumulés. Et comme, à l'égard de ce terrible fléau, la négligence de l'administration va de pair avec l'ignorance des médecins, nous pouvons dire que nous sommes plus maltraités qu'en Belgique. La jeune génération médicale commence son éducation sur ce point important, grâce aux leçons de M. Sichel et de son élève M. Desmarres. Cet heureux changement sera complété par la nouvelle traduction de Mackenzie.

On lira avec intérêt, dans la note additionnelle, la série des mesures prises par l'administration belge contre l'ophthalmie contagieuse, l'analyse des idées de M. Fallot sur la nature même du mal, l'exposition des preuves de son génie contagieux, la distinction des diverses espèces de granulations, enfin tous les traitements tour à tour préconisés.

La nature de l'ophthalmie contagieuse reste, malgré tout, bien obscure. Sans doute, dans les cas tranchés, rien de plus différent que l'ophthalmie catarrhale ordinaire, d'une part, et de l'autre cette blennorrhagie de l'œil par laquelle l'organe est sacrifié en vingt-quatre heures. Mais que répondre aux observations suivantes? La blennorrhagie uréthrale donne l'ophthalmie purulente, l'ophthalmie granuleuse. — Est-ce donc, dans tous les cas, une seule et même maladie? Et l'ophthalmie des nouveau-nés serait donc toujours le produit d'une contamination directe. — Et la blennorrhagie uréthrale, qui semble si spécifique, n'est-elle pas souvent puisée à des sources différentes? — Il faut l'avouer, tout cela est d'une complète *obscurité*.

Le traitement des granulations par l'acétate neutre de plomb, d'après la méthode de M. Buys, est présenté par nos deux traducteurs avec des éloges sans restriction. Il y a là exagération évidente. Ce qu'il faut dire de l'acétate plombique, c'est que, dans une foule de cas, c'est un merveilleux topique, et qu'il donne une grande simplicité à des soins généralement si longs. Mais ses inconvénients sont vraiment trop déguisés par ces messieurs : souvent il provoque une douleur extrême ; assez fréquemment, il est comme non avenu, et la purulence recommence de plus belle le soir même de l'application ; enfin, et surtout, on s'étonne du peu de souci des médecins belges pour les taches métalliques persistantes qui suivent l'emploi de ce moyen, pour peu que la cornée soit altérée. — Il y a donc de grandes distinctions à faire dans les cas où le sel plombique peut être appliqué aux granulations, et ces distinctions manquent dans la note additionnelle. Cette lacune peut nuire à la propagation d'un remède utile, dont l'emploi, dans mon opinion, doit être la règle générale du traitement des granulations.

L'ophthalmie *diphthéritique* forme aussi un petit chapitre ajouté à l'ouvrage, non pas celle que M. Chassaignac a ainsi désignée, mal à propos, suivant nous, en outrant un certain aspect de l'ophthalmie des nouveau-nés, mais l'ophthalmie diphthéritique dont M. Albert de Graefe s'est fait l'historien. La roideur de la paupière supérieure, l'exsudat jaunâtre de la conjonctive, l'absence de vaisseaux apparents, l'écoulement de larmes souillées de débris épithéliaux et teintes de la matière colorante du sang ; enfin, la chaleur mordante accusée dans l'œil par les malades et perceptible au toucher, tels sont les traits principaux de l'ophthalmie diphthéritique à son début, seul moment où elle est bien caractérisée.

En France et en Belgique, ce genre d'affection ne paraît pas s'être jusqu'ici montré.

Après les vues ingénieusement développées sur la kératite par

M. Broca, il est curieux de lire la page consacrée par Mackenzie à la cornéite en général (t. I, p. 844).

A l'opinion de M. Broca, qui peut s'exprimer d'un mot : « La » cornée n'a pas de vaisseaux, donc elle ne peut s'enflammer, » opposons quelques citations de M. Mackenzie, pour décider entre eux :

« Bien que la cornée soit dépourvue de vaisseaux, elle n'en est » pas moins susceptible d'inflammations fréquentes et intenses.

» Sous l'influence d'une cause inflammatoire, une exsudation » occupant le plus souvent les lamelles extérieures, parfois le tissu » propre ou la membrane interne de la cornée, vient en troubler la » transparence. Plus tard, des vaisseaux sanguins se développent » dans la matière exsudée..... Si la maladie continue, il peut sur- » venir d'autres changements, tels que la suppuration, l'ulcération » et même la gangrène..... »

Puis il invoque les suites des blessures de la cornée, etc.

Ce sont là, en effet, les arguments à opposer à M. Broca pour combattre l'exagération d'une idée à laquelle il a peut-être déjà renoncé de lui-même.

Comment, nous voyons une plaie de la cornée se réunir en quelques heures, un ulcère se cicatriser, un abcès se développer, s'ouvrir ou se résorber ; et quand la marche des phénomènes est ici ce qu'elle est partout ailleurs, nous pourrions supposer que leur cause est différente ! Le siége de l'inflammation, dites-vous, est dans les capillaires. Je n'en sais rien ; mais, ce que je sais, c'est que tous les phénomènes dits inflammatoires se passent hors des vaisseaux ; que le corps tout entier, et chaque organisme en particulier, peut être représenté comme un lacis capillaire, plus une trame intervasculaire, et que c'est dans cette dernière que se voient les produits de l'inflammation. Un éclat d'acier tombe au milieu de la cornée : cela est bien loin des vaisseaux, et cependant, dès le soir même, du plasma est épanché dans les lames cornéennes, tout autour du corps étranger : c'est pourtant bien là de l'inflammation.

Ce n'est pas que je prétende que toujours l'expression de *kératite*, comme celle plus attaquée de *conjonctivite*, soit une bonne expression. Un point bien touché par M. Broca, mais développé d'une façon insuffisante, est l'abus que nous faisons, en pathologie, de l'inflammation, du nom et de la chose. — On n'ose plus nommer *dermite* un eczéma. — On devrait de même, pour la plupart des ophthalmies externes, bannir les expressions de conjonctivite et de kératite, lesquelles, dans la majorité des cas, sont des dermatoses de l'œil ; ce qui n'empêche pas qu'ici, comme dans les affections cutanées, l'inflammation ne vienne secondairement jouer son rôle. L'angine scarlatineuse, la pustule variolique ne sont pas des inflammations, et pourtant, en dehors du génie morbide spécial qui les a fait naître, elles seront, dans leur marche, dans leur réparation, soumises aux lois ordinaires des phénomènes proprement inflammatoires.

Parmi les additions des traducteurs, l'*ophthalmoscope* devait jouer un grand rôle. Une grande partie du dernier fascicule est remplie par une sorte de traité dû à M. Liebreich (de Berlin), sur l'examen de l'œil au moyen de l'ophthalmoscope. Cet important sujet y est traité avec conscience ; mais, franchement, c'est un peu trop allemand, difficile à lire, difficile à suivre, noyé dans de petits détails à propos desquels on se demande : « A quoi cela peut-il servir ? » ou même : « Est-ce bien sûr ? est-ce bien vrai ? » — Du reste, il ne faut pas s'en prendre à l'auteur allemand, mais à la direction que tendrait à imprimer à l'ophthalmoscopie l'espèce de steeple-chase engagé à ce sujet entre les oculistes. L'ophthalmoscope est désormais indispensable dans la pratique pour le diagnostic, au début, de certains épanchements sous-rétiniens, de la scléro-choroïdite postérieure, etc.; et si rarement les résultats importent à la thérapeutique, ils dominent souvent le pronostic, moitié importante de l'art médical.

Mais toutes les particularités des cataractes, des adhérences iridiennes, des corpuscules du corps vitré, seront mieux appréciées à l'œil nu ; et quant aux minuties imperceptibles qui encombrent l'ophthalmoscopie, elles sont aussi étrangères à la pratique qu'à la réalité scientifique.

Nous en avons dit assez pour montrer que cette nouvelle édition de Mackenzie a été enrichie de tous les travaux contemporains par MM. Warlomont et Testelin. La part qui leur revient représente presque un quart de l'ouvrage. Nous osons présager un grand succès à ce livre, et surtout nous l'espérons de toutes nos forces. Il n'en est aucun de plus digne d'être lu et relu par les étudiants et les jeunes médecins. Ils y apprendront l'oculistique, c'est-à-dire la plus belle partie de la chirurgie, celle qui, bien connue, nous permet de faire le plus de bien aux malades ; et de plus, l'admirable esprit de M. Mackenzie les initiera sûrement à la pratique des autres branches de la médecine. Enfin, témoins et juges, dans les additions des traducteurs, des efforts de la science contemporaine sur certains points spéciaux, ils pourront assister, en connaissance de cause, à des débats qui se poursuivront sans doute encore un long temps avant de conduire à des vérités démontrées. Il n'est pas indifférent d'ajouter que l'ouvrage est, typographiquement, un des plus beaux de la littérature médicale. On aime à voir ressortir, sous ce texte splendide, la clarté pénétrante de M. Mackenzie.

AD. RICHARD.

VII.

VARIÉTÉS.

Par divers décrets impériaux, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. le docteur Boucherie ; — Calmeil, médecin en chef de la maison impériale de Charenton.

Au grade de chevalier : MM. Batigne, chirurgien de la Miséricorde à Montpellier ; — Docteur Boinet, à Paris ; — Moreau, médecin des aliénés de la Seine ; — Pinault, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Rennes ; — Saint-Yves, médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu de Melun ; — Rodet, professeur à l'École vétérinaire de Lyon ; — Dubreuil, médecin sanitaire à bord des paquebots du Levant ; — Pégot, médecin de l'hôpital thermal de Bagnères-de-Luchon ; — Puyoo, médecin inspecteur de la vaccine à Pau ; — Bouëy, médecin à Clairac (Gironde).

— On lit dans la *Gazette des hôpitaux* :

Nous apprenons à l'instant la mort de Marshall-Hall, de Londres, l'un des plus illustres médecins et physiologistes de notre temps. Marshall-Hall a succombé dans un âge avancé à une longue et pénible maladie. Ses nombreux travaux, qui ont eu tant de retentissement et une si notable influence sur les progrès de la physiologie moderne, avaient rendu depuis longtemps son nom populaire en France et dans toute l'Europe. L'Académie des sciences et l'Académie de médecine de Paris se l'étaient associé dès longtemps comme l'un des représentants les plus illustres de la science.

Nous n'énumérerons pas ici tous ses titres et ses nombreux ouvrages, presque tous empreints d'une grande originalité ; nous nous bornerons seulement à rappeler le dernier livre qu'il a publié en français, intitulé : *Aperçu du système spinal ou de la série des actions réflexes* dans leurs *applications à la physiologie et à la pathologie* (1). Cet ouvrage, dans lequel l'auteur a résumé les résultats de ses intéressantes recherches sur les actions réflexes, renferme la réalisation de l'une des applications les plus hardies de la physiologie et de la thérapeutique, la trachéotomie appliquée au traitement de l'épilepsie. Quelque divers que soient les jugements portés sur cette opération, que l'on n'a peut-être pas appréciée encore à sa vraie valeur, ce dernier ouvrage restera certainement comme un des plus beaux monuments élevés à la science par l'illustre physiologiste anglais.

(1) Un volume in-18, chez Victor Masson, 1855.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 28 AOUT 1857. — N° 35.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 11 au 20 août 1857.

160. BARBIER, Louis-Homère-Eugène, né à Sauvilliers - Mongival (Somme). [*De l'hémorrhagie cérébrale.*]

163. SUQUET, Numa-Alexandre, né à Sisteron (Basses-Alpes). [*De quelques affections du sein chez les nourrices.*]

164. COMBES, Léonard, né à Naves (Corrèze). [*Des fièvres intermittentes.*]

165. DUPRAT, David-Victor, né à Mont-de-Marsan (Landes). [*De la paralysie générale avec démence.*]

166. BARTIN, François-René, né à Ambert (Puy-de-Dôme). [*De la fièvre paludéenne observée à Pérignat-ès-Allier (Puy-de-Dôme).*]

167. BRION, Anselme-Joseph-Eugène, né à Buzancy (Ardennes). [*Sur la gangrène spontanée.*]

168. FAGUET, Charles, né à Hautefort (Dordogne). [*Des abcès des grandes lèvres et de la glande vulvo-vaginale.*]

169. GRAND-CLÉMENT, François-Zéphirin, né aux Bouchoux (Jura). [*Du traitement des fractures de la jambe, à l'aide d'appareils hémipériphériques en plâtre combinés avec la suspension.*]

170. CHAUVIN, Louis-François, né à Sion (Loire-Inférieure). [*Sur la nature et le traitement de la coqueluche.*]

171. GUIGNEBERT, Paul-Jules-Ferdinand, né à Montargis (Loiret). [*De la pneumonie lobulaire chez les enfants.*]

172.

173. ROYER, Anatole-Barthélemy, né à Verdun-sur-le Doubs (Saône-et-Loire). [*Des oblitérations des voies spermatiques et de la rétention spermatique.*]

174. DURANTHON, Joseph, né à Casseneuil (Lot-et-Garonne). [*Du traitement des hémorrhagies puerpérales.*]

175. DESPLATS, Victor-Antoine, né à Béziers (Hérault). [*De l'ozone.*]

176. BROU, Alphonse-Hippolyte, né à Samois (Seine-et-Marne). [*Considérations sur les troubles digestifs et le rachitisme produits par la mauvaise alimentation chez les enfants à la mamelle.*]

177. DOUCET, Louis-François-Léonidas, né à Martizay (Indre). [*De la gioleucite.*]

178. BONCOUR, Louis-Côme, né à Pont-le-Voy (Loir-et-Cher). [*De la prétendue substitution de la fièvre typhoïde à la variole depuis l'introduction de la vaccine.*]

179. DAULLÉ, Dominique-Isaac, né à Brest (Finistère). [*Cinq années d'observation médicale dans les établissements français de Madagascar (côte ouest).*]

180. ANDIAU, Louis-Jules, né à Saint-Lambert-du-Lattay (Maine-et-Loire). [*De l'entérocolite chez les enfants.*]

181. CROS, Antoine-Hippolyte, né à Lagrasse (Aude). [*Recherches physiologiques sur la nature et la classification des facultés de l'intelligence, et sur les fonctions spéciales des lobules antérieurs du cerveau dans les actes de l'entendement et de la volonté.*]

182. GESTIN, Robert-Héristel, né à l'île Maurice (colonie anglaise). [*De l'influence des climats chauds sur l'Européen.*]

183. BIART DE BEAUREGARD, Constantin-Alexandre, né à Lagunillos (île de Cuba). [*Du tétanos traumatique et spontané observé à l'île de Cuba (colonie espagnole des Antilles).*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 27 août 1857.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX : DISCUSSION SUR L'ARTÉRITE. — EMBOLIES. — MM. BÉHIER, LEGROUX, BARTH, GUBLER, G. SÉE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE : CATHÉTÉRISME DU LARYNX ; TRAITEMENT DU CROUP.

Un savant rapport de M. Béhier sur un travail de M. Bourgeois (d'Étampes) a été dernièrement, au sein de la Société médicale des hôpitaux, l'occasion d'une discussion intéressante sur les causes générales de la gangrène dite spontanée. Cette discussion, qui s'est prolongée pendant plusieurs séances, a mis en lumière des divergences notables d'opinion rela-

tivement au mode de production de l'oblitération artérielle qui, dans la grande majorité des cas, est la cause productrice de ce genre de gangrène. Nous croyons utile de consigner ici les diverses manières de voir exprimées par les honorés chefs de service qui ont pris part à ce débat : ce sera en même temps pour nous une occasion de compléter certains faits mentionnés et de développer quelques considérations, sinon nouvelles, du moins encore peu connues en France.

La discussion a porté principalement sur deux causes de gangrène essentiellement différentes : l'artérite et l'embolie. Ces deux causes existent-elles, et quelle est leur importance respective ? Les avis ont été très partagés à cet égard, bien que l'une et l'autre aient été admises plus ou moins explicitement par tous les orateurs.

Pour M. Béhier, l'artérite est une des causes les plus fréquentes, sinon la seule démontrée jusqu'ici, de l'oblitération des artères. Le savant rapporteur croit que « la démonstration rigoureuse de la théorie qui fait de l'embolie une cause de gangrène est encore fort difficile à faire dans l'état de la science, et il regarde cette théorie comme purement hypothétique. » D'ailleurs, les auteurs qui parlent d'embolies ne sont jamais affirmatifs : la formule employée par eux pour l'interprétation des faits est toujours : « Il est probable..... » Nous espérons être assez heureux, dans la suite de cet article, pour montrer à M. Béhier que la science est un peu plus avancée qu'il ne semble croire.

M. Legroux est beaucoup moins exclusif et n'a pas la même tendresse pour l'artérite, ainsi que nos lecteurs ont pu le voir dans un travail intéressant de ce savant médecin, inséré dans ce journal (t. III, p. 389, 716, 732 et 772). D'après lui, l'artérite, qui existe incontestablement dans certains cas, ne précède pas cependant nécessairement l'oblitération du vaisseau, de même qu'elle ne donne pas lieu d'une manière fatale à la formation de caillots oblitérants ; il a rencontré, dit-il, des artérites partielles avec épaississement et ramollissement de la paroi artérielle, et avec cet état velouté de la tunique interne, sans caillots. La doctrine de l'artérite sera discutée plus tard.

M. Legroux, du reste, a attiré l'attention, dès 1827, sur les caillots et les concrétions polypiformes qui, formées dans le cœur, s'en détachent ensuite et, entraînées par le courant sanguin, deviennent les causes d'oblitération des artères et de gangrène.

M. Barth croit l'existence des embolies parfaitement démontrée; ces causes d'oblitération peuvent, suivant lui, venir du cœur lui-même dans les cas d'endocardite avec formation de caillots, ou bien naître dans les artères et être le résultat d'une inflammation des vaisseaux avec coagulation du sang, ou enfin prendre leur point de départ dans des petites plaques calcaires détachées des parois artérielles, ou dans des productions athéromateuses qui seraient devenues libres et auraient été entraînées. Les embolies, dit M. Barth, donnent l'explication de quelques faits cliniques difficiles à interpréter autrement, tels que le ramollissement blanc du cerveau; mais il est loin d'admettre toutes les conséquences que l'on prête aux embolies.

Quant à l'artérite, M. Barth n'en met pas en doute la réalité. Il lui assigne des caractères dont nous discuterons la valeur en parlant de cette lésion.

M. Gubler a rencontré lui-même des embolies, auxquelles il a donné le nom de *blocs erratiques ;* mais il pense qu'on a trop multiplié les explications dans lesquelles on leur fait jouer le rôle principal. La théorie est vraie, les interprétations ont souvent été fausses. L'artérite, pour lui, n'est pas douteuse.

M. G. Sée distingue deux espèces d'embolies : celles qui consistent en caillots détachés du cœur, et celles qui sont formées sur place, dans l'épaisseur de la membrane moyenne des artères, susceptible d'inflammation et d'exsudation. L'artérite n'existe qu'en tant qu'inflammation des tuniques externe et moyenne du vaisseau. Le ralentissement de la circulation par suite d'altération graisseuse du cœur est une des causes principales de la gangrène sénile.

La théorie des embolies est loin d'être nouvelle dans la science, elle a été pressentie par un grand nombre d'observateurs, mais elle a reçu des développements considérables dans ces derniers temps. M. Legroux, qui a fait le premier travail étendu sur ce sujet (thèse inaugurale, 1827), a signalé un fait qui s'y rattache dans le *Sepulcretum* de Bonnet. Tous les observateurs qui ont fait une étude consciencieuse des cas d'oblitération des artères se sont trouvés amenés, par certains faits inexplicables autrement, à proposer la théorie des caillots migrateurs. Nous citerons, comme exemple, le passage suivant de M. François (*Essai sur les gangrènes spontanées*), dont l'ouvrage a fait si longtemps et fait encore autorité dans la question des gangrènes spontanées, et qui, après Dupuytren, est l'auteur qui a le plus contribué à propager la doctrine de l'artérite comme cause de la plupart de ces gangrènes. Il est vrai qu'à la fin de son livre l'auteur oublie complétement ce fait. « D'autre part, dit M. François, ce qui se passe alors dans le croup) dans la trachée-artère et le larynx ne peut-il pas se produire, soit dans le cœur, soit dans les artères phlogosées, c'est-à-dire des pseudo-membranes, ou même des caillots formés dans le cœur ou dans une partie de la continuité des conduits vasculaires artériels ; ne peuvent-ils pas s'en séparer, enlevés qu'ils sont par la colonne de sang, et ne s'arrêter que là où leur calibre est trop rétréci pour leur donner passage ? *Il est très apparent que les choses se sont passées d'une de ces manières chez les sujets des observations* [illegible] *et* XXI. » (V. François, *loc. cit.*, p. 200.)

On trouve dans le *Bulletin de la Société anatomique* (t. X, p. 334) une observation de gangrène du membre inférieur droit, déterminée par des caillots formés primitivement autour d'une aiguille implantée dans la pointe du cœur, et qui ont été entraînés par le sang. M. Cruveilhier, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, ouvrage qui dénote un merveilleux talent d'observation, s'exprime assez nettement dans le sens de la doctrine des embolies, sans connaître aucunement les travaux qui avaient été publiés sur ce sujet en Allemagne et en Angleterre. Il nous suffira de renvoyer aux pages 295, 296 et 388 de son ouvrage. Enfin, tout récemment M. Charcot a publié dans la Gazette médicale de Paris (1856, p. 130) un travail intéressant sur la même question.

Les embolies ne sont donc point une simple vue de l'esprit, des créations de l'imagination de quelques rêveurs, comme certains médecins semblent le croire : elles ont une existence réelle, et se trouvent à l'autopsie, quand on sait les chercher. Soupçonnées depuis longtemps par divers observateurs, elles n'ont cependant été étudiées d'une manière approfondie que par M. Virchow, qui, en même temps qu'il leur a donné un nom, a réuni tous les caractères qui permettent de les reconnaître, scruté avec un rare talent les circonstances qui favorisent leur production, celles qui président à leur formation, les accidents qu'elles déterminent, les expli-

cations qu'elles peuvent donner sur des faits pathologiques restés jusqu'alors dans une obscurité complète. A ce compte, on peut considérer M. Virchow comme le véritable fondateur de la doctrine de l'embolie. Nous allons essayer de résumer, d'après l'illustre professeur de Berlin, les principaux traits de l'histoire des embolies; mais, auparavant, nous devons faire cette réserve, qu'il n'est jamais entré dans la pensée de M. Virchow, ni d'aucun autre, de considérer les embolies comme la seule cause ou même comme la cause principale des gangrènes spontanées : elles ne constituent qu'une catégorie parmi les causes nombreuses de gangrène qu'il admet et dont il donne une classification très méthodique dans son TRAITÉ DE PATHOLOGIE. La gangrène sénile proprement dite, entre autres, ne doit jamais être rattachée, suivant lui, à l'embolie, mais bien à l'affaiblissement général de la circulation, déterminé, le plus souvent, par la dégénérescence graisseuse du cœur.

Les concrétions de diverse nature que l'on trouve dans l'intérieur des vaisseaux doivent être rangées en deux catégories, dont la première comprend celles qui sont formées sur place, et la seconde celles qui, provenant de parties plus ou moins éloignées du système circulatoire, ont été amenées dans le point qu'elles occupent par le courant sanguin. M. Virchow donne à ces dernières le nom d'*embolies*, par opposition aux concrétions *autochthones*, c'est-à-dire développées sur place. Les embolies sont très variables quant à leur nature : ce sont tantôt des caillots sanguins à diverses périodes de transformation ou de ramollissement, tantôt des plaques ou lamelles athéromateuses ou calcaires, des phlébolithes, des débris d'une valvule du cœur altérée, des fragments de tissu cancéreux des veines, des échinocoques, etc. Elles peuvent être formées dans la portion veineuse ou dans la portion artérielle du cercle vasculaire. Celles qui ont pris naissance dans le système veineux, entraînées par le sang, rencontrent des voies de plus en plus larges, arrivent sans obstacle au cœur droit, qu'elles traversent en général sans produire de trouble notable, et s'arrêtent dans l'artère pulmonaire. Celles qui se sont formées dans le système à sang rouge (veines pulmonaires, cœur gauche, grosses artères) sont projetées dans les artères, et, suivant leur volume, se trouvent arrêtées à une distance plus ou moins grande du cœur; celles, enfin, qui ont pour point de départ les racines de la veine porte, vont dans les ramifications hépatiques de cette veine.

Bien que les embolies puissent être formées par des substances très diverses, il est certain cependant que ce sont des caillots sanguins qui les constituent le plus souvent. Par quel mécanisme des concrétions sanguines développées dans une partie du trajet d'un vaisseau sont-elles ainsi arrachées et entraînées au loin par le courant sanguin? C'est ici surtout que se révèle à nous l'admirable perspicacité de M. Virchow.

Quand, par une cause quelconque que nous n'avons pas à examiner ici, un caillot oblitérant s'est formé dans un rameau veineux considérable, il ne s'arrête pas au niveau de l'embouchure de ce rameau dans le tronc principal; ordinairement il se prolonge dans une certaine étendue de ce dernier, mais sans le remplir complétement, et en s'appliquant sur la paroi qui correspond à l'embouchure du vaisseau oblitéré. Ce fait, établi sur de nombreuses observations, dépend en partie de ce que le contact du caillot qui oblitère le rameau veineux, avec le sang encore fluide qui circule dans le tronc est déjà une cause de coagulation, ainsi que l'ont établi les expériences de Schröder van der Kolk et de John Davy; mais il résulte surtout de ce que la circulation est notablement ralentie dans le vaisseau dont un affluent d'un certain volume cesse de fournir du sang. Il peut se faire même qu'au voisinage de l'embouchure de la branche oblitérée une portion de la colonne sanguine cesse de circuler : d'où coagulation du sang. Ces *caillots prolongés*, comme les appelle M. Virchow, acquièrent ordinairement une certaine longueur, presque toujours la même pour le même vaisseau : c'est ainsi que dans les cas d'oblitération d'une veine iliaque un *caillot prolongé* s'étend le plus souvent, sur la paroi correspondante de la veine cave inférieure, jusqu'à l'embouchure des veines rénales.

Les caillots prolongés sont de la plus haute importance, car leur existence donne la clef du mode de production d'un grand nombre d'embolies. Dans les cas les plus favorables, bien que mis en contact permanent avec un courant sanguin qui tend à les éroder, à les user, ils se transforment néanmoins, prennent de la consistance, et deviennent adhérents à la paroi veineuse. Il en résulte alors un simple rétrécissement de la veine, sans autre trouble circulatoire; mais ces cas sont rares et exceptionnels. Ordinairement les caillots prolongés se ramollissent, se décolorent et tombent en deliquium. Rien de plus naturel dès lors que de voir le courant sanguin, quelque faible qu'on le suppose, les désagréger, entraîner quelques-uns de leurs fragments, que rien ne relie plus entre eux, et les transporter au loin dans le système vasculaire.

Nous aurions voulu suivre plus avant, avec M. Virchow, l'étude de ces caillots prolongés, et montrer quelle est l'influence du courant sanguin sur leur forme et leur constitution, par conséquent sur celles des embolies, qui en sont une provenance. Nous serions arrivés de la sorte à préciser certains caractères de forme qui appartiennent en propre aux embolies; mais nous ne saurions poursuivre cette étude sans dépasser de beaucoup les limites qui nous sont imposées par la nature de cet article.

Le lieu où s'arrêtent les embolies dépend presque exclusivement de leur volume : les expériences de Magendie et autres, faites avec le mercure, l'amidon, la poudre de charbon, etc., prouvent que ces corps étrangers peuvent n'être arrêtés que dans les dernières divisions artérielles. On rencontre ordinairement les embolies dans un point où le calibre du vaisseau diminue subitement d'une manière très considérable, comme au niveau d'une bifurcation, ou à la naissance d'une branche volumineuse. Dans le premier cas, l'embolie se trouve comme à cheval, par sa partie moyenne, sur l'éperon de la bifurcation, tandis que ses extrémités s'engagent plus ou moins profondément dans les deux branches de la division.

Le premier effet d'une embolie est une oblitération partielle du vaisseau au point où elle se trouve arrêtée. Par suite du ralentissement de la circulation produit par cet obstacle, et aussi par suite de l'action directe du corps étranger sur le sang, il se forme bientôt autour de l'embolie des coagulations secondaires qui augmentent encore la gêne de la circulation. Dans certains cas, l'embolie, étant molle, s'adapte parfaitement au calibre du vaisseau, qu'elle remplit complétement : alors ce dernier se vide de sang en arrière de l'obstacle, et se rétracte, tandis qu'en avant se forme un caillot secondaire qui, comme après une ligature, s'étend en général jusqu'à la première collatérale un peu volumineuse; mais ordinairement la forme irrégulière de l'embolie s'adapte mal à celle du vaisseau, et alors il reste entre la paroi vasculaire et le corps étranger un espace variable que le sang peut

encore traverser. En étudiant et en comparant entre elles les diverses particularités de forme, de consistance, de couleur, etc., que présentent les embolies et les caillots secondaires qui les entourent, on parvient quelquefois à se rendre un compte exact des moindres circonstances qui ont accompagné l'arrêt du corps étranger. Mais il nous serait impossible de mentionner ici tous les faits curieux observés, à cet égard, par M. Virchow, et consignés par lui dans ses mémoires sur ce sujet.

La paroi vasculaire, jusque-là intacte au niveau de l'embolie, ne tarde pas à subir des modifications sous l'influence du contact de cette dernière et des caillots qui l'entourent; ces modifications, dépendant d'un état inflammatoire, varient en intensité suivant la nature plus ou moins irritante de l'embolie et les qualités du sang dont sont formés les caillots: ce sont tantôt de simples épaississements des tuniques du vaisseau, tantôt des infiltrations purulentes, des abcès, des perforations, tantôt de véritables gangrènes des parois vasculaires et des tissus voisins.

Quant aux troubles fonctionnels produits par les embolies, il est un caractère général qui les distingue de tous les autres, c'est leur invasion brusque, soudaine; ils sont du reste variables suivant l'organe dans lequel se distribue le vaisseau frappé: si c'est une artère cérébrale, on observe les accidents de l'apoplexie; si c'est une branche de l'artère pulmonaire, le malade est pris d'une suffocation quelquefois foudroyante; si l'embolie enfile une artère cardiaque, elle peut produire une paralysie aiguë du cœur, forme extrême de l'angine de poitrine.

En résumé, les caractères essentiels qui distinguent les embolies sont tirés des circonstances suivantes:

1° *Siége des concrétions*, qui se rencontrent toujours au niveau d'une bifurcation du vaisseau ou à la naissance d'une grosse branche;

2° *Multiplicité des caillots*, entre lesquels le vaisseau est souvent parfaitement vide;

3° *Existence d'un corps particulier au centre d'un caillot sanguin, et coexistence de corps semblables sur un point éloigné du système artériel:* Ainsi dans deux observations, on a trouvé au milieu des caillots un corps solide, formé d'une substance calcaire et graisseuse déposée dans une matière organique, et sur les valvules du cœur des corps analogues présentant, en certains points, des érosions et des pertes de substance;

4° *Invasion subite des accidents*, toujours les mêmes dans ces circonstances;

5° *État de la paroi artérielle*, dont l'altération est le plus avancée au niveau de l'embolie;

6° *Existence et disposition des caillots secondaires:* au centre l'embolie, tout autour un caillot secondaire, dont l'aspect, la couleur, la consistance, tranchent de la manière la plus frappante sur ceux de l'embolie.

Loin de nous la pensée d'avoir épuisé la question des embolies; nous avons voulu tout simplement, en effleurant quelques points généraux de leur histoire, montrer à ceux de nos confrères qui sont peu versés dans la littérature allemande, que des travaux considérables sur ce sujet, presque tous à peu près inconnus en France, ont été accomplis à l'étranger et qu'il est pour nous de la plus haute importance d'en prendre connaissance, afin de ne pas mériter, cette fois encore, le reproche qu'on nous jette sans cesse, d'ignorer complétement tout ce qui se fait en dehors des fortifications de Paris.

MARC SÉE.

Que M. le docteur Loiseau (de Montmartre) ait imaginé un bon instrument pour pénétrer dans l'intérieur du larynx, nous le croyons volontiers, puisque M. Trousseau l'affirme dans son rapport de mardi dernier; mais la grande difficulté ne vient pas de l'instrument, elle vient du larynx lui-même, et les médecins américains, qui ont tant préconisé ce genre d'opération, ont toujours employé un simple tube de caoutchouc. Si donc l'instrument de M. Loiseau doit être préféré (ce que l'avenir nous apprendra), ce ne sera pas vraisemblablement pour la commodité du cathétérisme, mais plutôt pour la facilité offerte à l'introduction des substances médicamenteuses et à l'extraction des fausses membranes. Nous voulons croire aussi, avec le rapporteur, que notre confrère de Montmartre *ne sait pas un mot d'allemand*, et qu'il a *réinventé* l'anneau de Dieffenbach; mais de même qu'en matière judiciaire *nul n'est censé ignorer la loi*, de même en matière de priorité scientifique, nul ne doit être censé ignorer la science.

Ces réserves faites, nous ne pouvons qu'encourager vivement toutes recherches relatives au cathétérisme du larynx et aux moyens de soumettre la surface interne de cet organe à des médications topiques. La question n'est pas restée où l'avaient laissée les beaux travaux de M. Trousseau. M. Depaul a rappelé qu'il avait décrit il y a une quinzaine d'années et mis en pratique un procédé pour pénétrer dans le larynx et pratiquer par là l'insufflation des poumons dans l'asphyxie des nouveau-nés. Depuis assez longtemps, on a en Amérique la prétention de sonder aisément, non pas seulement le larynx, ni la trachée, mais la bronche droite ou la bronche gauche à volonté; non pas seulement avec un tube flexible, mais encore avec une baleine munie d'une éponge; non pas seulement pour insuffler le poumon, mais pour porter des médicaments sur toute l'étendue de l'arbre aérien, dans les maladies les plus diverses, dans l'œdème de la glotte, dans le croup, etc., pour cautériser le larynx ou la trachée, pour injecter des liquides médicamenteux dans les cellules pulmonaires. La GAZETTE HEBDOMADAIRE a traduit ou analysé les travaux publiés sur ce sujet en Amérique et en Angleterre; elle a eu soin de faire les plus expresses réserves, et quant à la possibilité de l'opération elle-même, et quant à sa valeur pratique (*Gaz. hebd.*, 1855, p. 667 et 851. — 1856, p. 34); mais toutes ces réserves sont une raison de plus de souhaiter que les expériences soient reprises chez nous avec l'attention que commandent l'autorité et l'honorabilité de nos confrères américains. M. Loiseau devancé, comme on vient de le voir, sur tous les points, n'en donne pas moins un exemple utile, et son mérite sera grand encore s'il parvient à vulgariser une pratique digne de plus d'attention qu'elle n'en a obtenu jusqu'ici.

A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la nature et du traitement de la colique nerveuse endémique des pays chauds (colique sèche, colique végétale, etc.), par le docteur J.-B. Fonssagrives, médecin en chef de la marine à Cherbourg.

(Suite et fin. — Voir les numéros 32 et 33.)

§ III. — Traitement de la colique nerveuse endémique des pays chauds.

On peut, sans grand préjudice, ne pas s'accorder sur la nature d'une affection, édifier et défendre sur ce point des théories adverses; ces discussions sont *provisoirement* du domaine de la spéculation pure, et il ne faut pas leur accorder plus d'importance qu'elles n'en méritent; mais quand il s'agit d'une méthode efficace de traitement, il y a là plus qu'un intérêt scientifique d'engagé; le salut des malades est souvent en jeu, et il faut défendre avec l'intolérance de la vérité ce qu'on croit bon et utile. C'est ce que nous allons faire à propos de l'emploi de la belladone, qui est et demeurera, de l'aveu même de notre distingué confrère M. Dutrouleau, qui ne s'en montre cependant pas plus enthousiaste qu'il ne faut, le moyen le moins inefficace et le moins infidèle qu'on puisse opposer à une affection aussi tenace qu'horriblement douloureuse.

En 1852, étant aux prises avec une épidémie de colique sèche d'une gravité insolite, nous épuisâmes bientôt contre elle tout l'arsenal des médications classiques, et comme tant d'autres, nous demandâmes aux drastiques et à l'opium combinés des succès qui nous firent constamment défaut; nous dûmes donc chercher mieux. Une analyse attentive des symptômes et de la marche de la maladie nous conduisit à penser que la douleur intestinale était le symptôme essentiel de la maladie auquel se subordonnait, à titre d'effet, cette constipation opiniâtre, contre laquelle l'inefficacité des purgatifs est notoire au début. L'opium ne nous avait donné que des résultats équivoques, le chloroforme en inhalation avait suspendu la douleur sans l'enrayer; nous songeâmes tout naturellement aux solanées vireuses et, sans penser le moins du monde à une priorité que M. Dutrouleau nous conteste pour la rapporter à notre infortuné confrère feu le professeur Raoul, dont nous ne connaissions en rien le travail à cette époque, nous jetâmes tout naturellement les yeux sur la plus usuelle de ces solanées, sur la belladone. Opposer ce médicament à une névrose essentiellement douloureuse, c'est là une idée tellement naturelle et si bien du patrimoine de tous, que personne ne songera jamais à en tirer mérite d'invention. *Belladone* et *douleur* sont deux mots qui s'appellent l'un l'autre; il n'y avait nulle nouveauté à les rapprocher; y avait-il utilité à le faire? les faits en portent témoignage.

Depuis 1852, les affirmations de ceux de nos concitoyens qui avaient bien voulu, sur la foi de notre travail, essayer méthodiquement l'emploi de la belladone dans le traitement de la colique sèche, nous donnèrent de plus en plus la pensée que c'était là un moyen réellement utile; nous les enregistrions au fur et à mesure qu'elles se produisaient, mais sans songer à en faire l'objet d'un nouveau mémoire; nous jugions ce travail inutile, puisque nos premières assertions étaient demeurées incontestées, et surtout puisque l'emploi de la belladone gagnait tous les jours du terrain dans la pratique des médecins de la marine appelés à combattre cette affection.

Le dernier travail de notre confrère M. Dutrouleau, travail d'ailleurs marqué au coin de cette sagacité qui caractérise toutes les productions de cet observateur distingué, est venu troubler la quiétude dont nous jouissions sous ce rapport et jeter dans l'esprit des médecins naviguants une incertitude qu'il importe de dissiper au plus tôt. Notre confrère a bien voulu justifier ces attaques contre le traitement que nous préconisons, par l'importance toute bienveillante qu'il attribue à nos travaux sur la colique sèche, et par le besoin senti de prémunir les médecins de la marine contre des entraînements qui pourraient plus tard devenir des déceptions. Ce double motif est aussi celui qui nous guide. D'une part, en effet, de pareilles infirmations ne sont pas de celles qui passent sans impressionner vivement les esprits; d'une autre part, il y a un intérêt pratique immense à ce que nos confrères naviguants ne courent pas plus les risques de déceptions préjudiciables que de défiances imméritées à l'endroit d'un médicament qu'il ne serait pas facile de remplacer par un autre.

Ceux d'entre nous qui ont assisté aux angoisses si cruelles et si longues des malheureux voués aux souffrances de la colique sèche, et qui ont vu toutes leurs ressources thérapeutiques s'épuiser contre cette désespérante affection, accorderont à ce débat, dans lequel il n'y a qu'un seul intérêt en cause, celui de la vérité, une certaine gravité et une certaine importance.

M. Dutrouleau pense, comme nous le disions tout à l'heure, que l'idée d'employer la belladone dans le traitement de la colique sèche nous a été suggérée par la lecture du travail de Raoul. Notre confrère ne peut douter que nous eussions indiqué cette source si nous l'avions connue; d'ailleurs, nous le répétons, la prétention de priorité ne nous est jamais venue à l'esprit. Si nous avions été tenté de revendiquer ce mérite, ce n'est pas seulement avec ce médecin éminent qu'il nous eût fallu le partager, mais encore avec Grevel qui anciennement opposa une autre solanée, le tabac, aux douleurs de la colique saturnine; avec nos confrères M. Laure, qui retira à Cayenne, de l'emploi de lavements de nicotine, des avantages qui nous semblent bien constatés, et M. Thierry qui, sans connaître notre travail, employa, nous a-t-on dit, la belladone contre la colique sèche; avec M. Malherbe, qui a institué contre la colique de plomb un traitement très analogue à celui que nous avons préconisé, etc.

Une règle de laquelle il ne faut pas s'écarter, quand on veut contrôler par l'expérimentation un résultat thérapeutique énoncé, c'est de se placer dans des conditions identiques de dose, de forme médicamenteuse, de mode d'administration, etc.; sans cela les conclusions contradictoires peuvent être légitimement repoussées. C'est ce que ne semble pas avoir fait M. Dutrouleau, qui a donné l'extrait de belladone à des doses que nous croyons insuffisantes et qui s'est écarté sensiblement du principe des *doses filées* que nous avons cherché à faire prévaloir. Notre confrère a été évidemment dominé par la crainte de provoquer des accidents toxiques, et il nous semble avoir trop confondu les signes de la saturation physiologique produite par une substance médicamenteuse avec l'empoisonnement que des doses *non médicales* sont susceptibles de provoquer. Nous n'avons jamais eu plus que lui l'intention d'aller, comme il le dit, jusqu'aux symptômes de l'*empoisonnement*; mais il nous a paru nécessaire d'impressionner assez fortement l'organisme sous peine

de n'arriver qu'à un résultat incomplet ou nul. M. Dutrouleau, attribuant à l'emploi de la belladone des dangers un peu gratuits, cite dans son mémoire un cas dans lequel 0gr,15 d'extrait de belladone déterminèrent de la chaleur de la peau, un état vultueux de la face, du délire, des hallucinations, symptômes fort ordinaires de l'atropisme qui furent considérés comme des signes d'empoisonnement et auxquels on opposa un traitement approprié et qui ne se fussent certainement pas dissipés d'eux-mêmes.

Dans nos expériences, l'extrait de belladone était donné par doses fractionnées de 0gr,01 de quart d'heure en quart d'heure, jusqu'à absorption de 0gr,10, et de demi-heure en demi-heure ensuite; nous avons très habituellement atteint par cette méthode et sans le moindre accident dix doses de 0gr,20 à 0gr,25 par vingt-quatre heures; un de nos malades même prit 0gr,30 d'extrait dans un jour et cela sans accident aucun; car, nous le répétons, on ne peut pas plus considérer la rougeur de la peau, la dilatation des pupilles, voire même le délire comme des symptômes d'empoisonnement quand on donne de la belladone, qu'on ne peut considérer comme accidents toxiques les vertiges que détermine le sulfate de quinine ou le vomissement produit par le tartre stibié. Ce sont des effets physiologiques essentiellement amovibles dont le thérapeutiste tire profit et qu'il domine toujours quand il y met suffisamment d'attention et de prudence.

Nous n'arguerons ni des fixations de doses maximum d'extrait de belladone indiquées dans les traités classiques de matière médicale ou dans les formulaires, ni d'essais récents dans lesquels les solanées vireuses ont été employées à plus haute dose et avec une innocuité parfaite, pour modifier certaines formes de délire aigu ou chronique, ni de notre expérience personnelle qui nous a démontré que ces quantités incriminées sont réellement inoffensives; mais nous dirons que tous les médecins de la marine qui ont administré l'extrait de belladone contre la colique sèche, en suivant nos indications, MM. Le Tersec, Lecoq, Beaujean, Vialet, ont été unanimes pour reconnaître que ce traitement était dénué de tout danger. Quelques-uns même, trouvant insuffisante cette dose maximum de 0gr,30 par jour, ont été beaucoup plus loin, et M. Beaujean, entre autres, a de beaucoup excédé cette dose, sans avoir eu à s'en repentir; nous ne croyons pas devoir engager à la dépasser, mais cette expérience démontre au moins l'inanité d'appréhension qu'une expérimentation plus prolongée et plus sévère n'eût pas manqué de dissiper.

Au reste, M. Dutrouleau avoue avec beaucoup de sincérité que l'administration de la belladone avait, dans le cas qu'il cite, été conduite un peu brusquement, et il attribue en partie à cette circonstance les quelques accidents qui se sont produits.

Voilà pour l'innocuité du traitement; voyons ce qu'il faut penser de son utilité. Notre confrère nous attribue une sorte d'enthousiasme pour la belladone, et n'hésite pas à nous considérer comme en faisant une espèce de *spécifique*. Il sait trop bien quel sens il faut attacher à ce mot pour pouvoir nous l'attribuer sérieusement. On ne guérit pas plus la colique sèche en calmant les douleurs atroces qu'elle détermine, qu'on ne guérit la syphilis en combattant avec succès par la morphine ou la belladone des douleurs rhumatoïdes ou ostéocopes liées à ce vice général. Un spécifique enlève d'une manière élective et certaine le fond d'une maladie à cause spécifique, un palliatif laisse persister cette cause et n'enlève qu'une ou plusieurs de ses manifestations. Ainsi de la belladone, médicament merveilleusement adapté aux deux indications capitales du traitement de la colique sèche, qui sont de faire cesser la douleur et la constipation : très propre à abréger l'intensité et la durée d'une attaque, mais ne prémunissant en rien contre le retour de celle-ci. Quant à de l'enthousiasme, nous avons trop la pénible expérience des leurres thérapeutiques, pour ne pas nous en défendre, et notre honoré confrère aurait dû plutôt voir dans notre langage cette satisfaction de la vérité scientifique et ce contentement qu'inspire la conviction qu'on a réalisé en pratique un progrès, si humble qu'il soit.

Les faits allégués dans mon mémoire ont pu paraître insuffisants, et je le conçois : moi-même je les eusse voulu plus nombreux; mais confiant dans la réalité des résultats que j'avais obtenus, avec le ferme désir de ne chercher que la vérité, j'ai dû attendre la confirmation, par autrui, des idées que l'expérience m'avait faites. Ce témoignage n'a pas tardé. M. Vialet, chirurgien du service colonial (Sénégal), fut l'un des premiers à expérimenter la belladone dans le traitement de la colique sèche; les résultats qu'il obtint lui semblèrent plus avantageux que ceux fournis par les autres médications, et il constata que la belladone pouvait enrayer du même coup et la douleur et la constipation. Le 3 janvier 1854, M. Beaujean, chirurgien de 1re classe de la marine, et alors chargé de la centralisation du service de santé de la division navale de la côte O. d'Afrique, m'écrivit spontanément pour me rendre compte des beaux résultats que la belladone venait de lui fournir. Son expérimentation a été faite avec tant de soin et sur une si vaste échelle, que le témoignage de ce médecin est des plus importants : « Sur les 23 cas qui se sont présentés à mon observation, m'écrivait-il, 1 seul qui se termina par la mort (1) ne fut nullement modifié par la belladone, qui fut aussi impuissante que les autres moyens employés (vésicatoires, cautérisations, lavements de tabac, chloroforme en inhalations et en potions, grands bains, etc.). Chez tous les autres malades, l'extrait de belladone fut administré en pilules de 0gr,01 : les premières de quart d'heure en quart d'heure, les suivantes de demi-heure en demi-heure. 15 ou 20 centigrammes étaient, en général, prescrits d'abord, et ce n'est qu'après avoir constaté l'effet produit que le médicament était continué. La moyenne de la quantité de belladone administrée à chaque malade a été de 0gr,01 par heure; l'un d'eux a pris jusqu'à 0gr,60 en trente-six heures et un autre 0gr,48 en dix-neuf heures. Un commencement de soulagement s'est montré en moyenne après vingt-cinq heures de traitement, un soulagement très sensible après trente-trois heures, enfin une première selle après quarante-six ou quarante-sept heures. Ces résultats ont été obtenus avec 0gr,45 à 0gr,50 d'extrait en moyenne..... Des purgatifs étaient ordinairement associés à la belladone. Ce médicament a souvent suffi seul pour amener la détente, mais seulement dans les cas où les symptômes ne présentaient pas une grande intensité. Il m'est arrivé de tenter d'emblée les purgatifs sans autre médication, mais toujours sans aucun succès. »

M. Beaujean a réuni dans un tableau les résultats que l'administration de la belladone lui a fournis dans chacun des 23 cas qu'il a simultanément traités par cette méthode; ce document plein d'intérêt montre, d'une part, que le soulage-

(1) M. Beaujean attribue la mort de ce malade à un accès de fièvre intermittente pernicieuse survenue brusquement dans le cours d'une attaque de colique sèche. Celle-ci avait été modifiée favorablement par la belladone, mais il survint des accès fébriles tierces, et l'un d'eux revêtit inopinément le caractère pernicieux. Il n'est pas inutile de faire remarquer que ces cas de colique sèche avaient été contractés dans une expédition à Grand-Bassam, localité dont le méphitisme palustre est proverbial sur la côte O. d'Afrique.

ment déterminé par la belladone est assez prompt, et d'une autre part, qu'il est permis de ne plus se ranger à cette opinion fataliste qui considère une attaque de colique sèche comme ayant une durée que rien n'abrége, et enveloppe par suite tous les médicaments dans un même dédain.

	SOULAGEMENT		
	léger au bout de	très sensible au bout de	1re SELLE au bout de
1......	22 heures.	34 heures.	61 heures.
2......	28 —	36 —	39 —
3......	30 —	38 —	60 —
4......	36 —	36 —	75 —
5......	29 —	40 —	50 —
6......	32 —	36 —	38 —
7......	52 —	57 —	61 —
8......	21 —	36 —	50 —
9......	22 —	31 —	40 —
10......	28 —	32 —	42 —
11......	24 —	32 —	41 —
12......	30 —	40 —	47 —
13......	28 —	36 —	48 —
14......	36 —	42 —	50 —
15......	16 —	22 —	46 —
16......	30 —	38 —	41 —
17......	9 —	20 —	55 —
18......	20 —	24 —	28 —
19......	16 —	22 —	62 —
20......	24 —	40 —	55 —
21......	18 —	24 —	37 —
22......	16 —	24 —	25 —
23......	18 —	23 —	31 —

M. Le Tersec, chirurgien-major de la corvette *la Capricieuse*, a eu également l'occasion d'essayer la belladone dans le traitement de la colique sèche, et bien qu'il ait administré le médicament à des doses minimes, 0 gr,10 d'extrait dans une potion, il n'a pas laissé d'en retirer un avantage marqué. « Voici en toute conscience, dit ce médecin, les résultats que nous avons obtenus :

» 1° Chez ceux de nos malades, au nombre de 4, qui en étaient à une première attaque, le paroxysme nous a paru se prolonger moins longtemps sous l'influence du traitement par la belladone.

» 2° Les rechutes ont été enrayées presque subitement, consécutivement à l'absorption de ce médicament.

» 3° Enfin aucun des malades soumis à ce traitement n'a présenté de rechute (1). »

M. Le Tersec attribue, à bon droit, ce dernier résultat moins au médicament qu'au changement de climat ; nous ne l'avons pas constaté pour notre compte, et nous ne sachions pas qu'il ait été énoncé par d'autres.

M. Congit, chirurgien de 2e classe de la marine, a eu l'occasion de traiter et de voir traiter à l'hôpital de Fort-de-France, un certain nombre de cas de colique sèche, par l'extrait de belladone. Dès le premier jour, on put constater une amélioration sensible, et l'attaque se termina dans le cours du troisième.

Dans les expériences dont il nous a entretenu, les doses de belladone ont été poussées, et cela sans nul préjudice, jusqu'à des doses de 0 gr,30 ou 0 gr,40 par jour. M. Congit nous a cité entre autres le fait d'un prêtre qui entra au mois d'août 1855 à l'hôpital de Fort-de-France, pour y être traité d'une attaque de colique sèche très violente ; tous les moyens avaient échoué ; la belladone ne tarda pas à amener un soulagement prompt et durable.

(1) Obs. sur la colique nerveuse qui a régné à bord de la *Capricieuse*, et Thèse de Montpellier, 1850.

Les affirmations de M. le docteur Lecoq, chirurgien de 1re classe de la marine, ne sont pas moins favorables à cette méthode de traitement. Les observations cliniques consignées dans sa thèse ne permettent aucun doute sur son efficacité.

Dans l'une d'elles (obs. I), la belladone, administrée sous forme d'extrait à la dose de 0 gr,30 par jour, amène dès le lendemain un amendement des plus sensibles ; « les douleurs de ventre ont sensiblement diminué, les vomissements sont remplacés par quelques nausées, la physionomie est plus épanouie ; le malade n'a pas dormi, mais la nuit a été calme ; pas de selles. Cependant, depuis que l'effet de la belladone ne se fait plus sentir, le malade nous annonce que les douleurs du ventre ont aussi de la tendance à se reproduire. » Le lendemain, après une nouvelle administration de 0 gr,20 d'extrait de belladone, les coliques disparaissent à peu près complétement ; la figure du malade, dit M. le docteur Lecoq, exprimait la joie la plus complète, et jamais, de son aveu, il n'avait été soulagé aussi complétement dans ses attaques antérieures.

Chez un autre malade (obs. II), l'administration de la belladone fut rendue difficile et irrégulière par suite de la persistance des vomissements ; mais toutes les fois qu'on put en faire absorber une certaine dose au malade, les coliques disparurent avec plus ou moins de rapidité.

Dans une troisième observation, l'atténuation des douleurs, qui étaient fort vives, ne se fit sentir que le deuxième jour de l'administration de la belladone ; mais ici encore M. Lecoq ne conserva aucun doute sur l'extrême utilité du médicament.

Un autre malade chez qui les coliques étaient tellement vives qu'il se roulait à terre en poussant des cris, fut soulagé le lendemain, et son attaque, qui eût certainement été fort longue, si elle eût été abandonnée à elle-même, se termina le quatrième jour.

M. Bellebon, chirurgien-major de la frégate-hôpital *l'Armide*, se loue également beaucoup, dans son rapport, des résultats qu'il a obtenus à l'aide de la belladone dans le traitement de la colique sèche. « J'ai eu recours et très heureusement, dit ce médecin, à l'extrait de belladone, employé à doses élevées (0 gr,30 à 0 gr,40 dans les vingt-quatre heures). J'ai pu quelquefois obtenir un soulagement aussi prompt avec des doses un peu moins élevées, et dans le seul où cette substance ait déterminé du délire et quelques accidents nerveux, elle n'avait été donnée qu'à la dose de 0 gr,20 pendant deux jours. »

On le voit, nous avons les mains pleines de faits, et nous nous estimons heureux que le travail de M. Dutrouleau nous ait fourni une occasion de les produire ; il a jugé sur une information incomplète, et nous le savons assez animé de l'amour de la vérité pour être sûr qu'il ne résistera en rien à l'évidence des résultats qui l'eussent certainement convaincu s'il avait pu les connaître.

En désaccord avec nous sur la nature du meilleur traitement à opposer à la colique sèche des pays chauds, notre distingué confrère ne partage pas non plus nos idées sur le mode particulier d'altération fonctionnelle que subit la fibre musculaire intestinale dans cette névrose douloureuse. Pour lui, c'est une paralysie ; pour nous, il y a contraction accrue e irrégulière en même temps, et les troubles de la motilité dan les fibres musculaires de l'intestin sont sous la dépendanc immédiate de la douleur intestinale. Nous persistons encor

dans cette opinion, qui nous a paru d'autant plus vraisemblable que nous y avons réfléchi davantage. Comment dans l'hypothèse d'une paralysie expliquerait-on les particularités suivantes: Forme ovillée des matières, nature constrictive des douleurs, contraction du sphincter anal, sensation de tortillement, de pelotonnement intestinal, constriction œsophagienne, quelquefois véritable boule hystérique et dyspnée tenant évidemment à une contraction spasmodique des fibres musculaires des troncs aérifères, volutations intestinales très visibles et durcissement du ventre au moment du paroxysme des douleurs, etc.? Tous ces caractères auxquels nous sommes fondé à ajouter l'efficacité des solanées vireuses comme moyen de refréner la douleur, nous semblent formellement annoncer plutôt une contraction accrue et désordonnée qu'une paralysie des muscles de l'intestin. Nous dirons plus, il nous paraît impossible, avec cette dernière hypothèse, de se rendre compte d'aucun des symptômes de la colique sèche. Quant à l'argument tiré de l'opposition qui existe entre la paralysie de certains muscles extérieurs et une contracture intestinale, nous ne saurions lui accorder une grande importance. D'autres affections nerveuses, l'hystérie par exemple, ne nous offrent-elles pas souvent un rapprochement analogue, et d'ailleurs la vie des deux systèmes musculaires, cérébro-rachidien et végétatif, est trop dissemblable pour qu'il répugne d'admettre qu'ils puissent réagir d'une manière différente sous l'influence d'une cause unique. Au reste, nous le répétons, nous tenons autant à ce que le côté pratique de la question qui nous occupe soit suffisamment et pleinement éclairé, que nous tenons peu à une hypothèse qui n'est qu'un artifice de théorisation et dont la valeur n'est nullement justiciable des faits.

Nouveaux faits et considérations nouvelles contre l'existence de la fonction glycogénique du foie, mémoire lu à l'Académie des sciences, le 27 juillet 1857; par le docteur Louis Figuier, agrégé de chimie à l'École de pharmacie de Paris.

(Suite et fin. — Voir le numéro 33.)

§ IV. — *Théorie chimique de la formation du sucre aux dépens des aliments azotés.*

Il est un dernier point, d'un haut intérêt, que nous devons aborder pour terminer ce mémoire. Nous avons dit que les aliments azotés, c'est-à-dire les matières albuminoïdes, se transforment en sucre dans le tube intestinal par l'effet de la digestion. Comment expliquer la formation de ce sucre qui dérive de la décomposition de l'albumine? La chimie, interrogée, va nous donner la réponse à cette question.

D'après un travail de M. Hunt, cité et commenté dans les *Comptes rendus des travaux de chimie*, de Laurent et Gerhardt, en 1850, la formule de la protéine, qui est l'espèce normale des matières albuminoïdes, renferme les éléments de la cellulose et de l'ammoniaque:

$$C^{24}H^{17}Az^{3}O^{8} \text{ (Protéine)} = 2C^{12}H^{10}O^{10} \text{ (Cellulose)} + 3AzH^{3} - 12HO.$$

Or, on sait que la cellulose n'a besoin que de fixer un équivalent d'eau pour se changer en sucre (1).

Il n'est pas impossible de réaliser, par l'expérience, cette transformation de l'albumine en sucre, indiquée par la théorie. En 1855, M. Lehmann a fait connaître une manière d'obtenir cette transformation par l'action de l'éther azoteux sur l'albumine.

M. Piria a, le premier, découvert ce fait intéressant, que lorsqu'on fait agir l'éther azoteux sur une matière azotée, on enlève tout l'azote de cette matière à l'état d'ammoniaque. En faisant réagir cet éther azoteux sur l'*hématosine* du sang purifiée, M. Lehmann parvient à enlever tout l'azote de cette matière à l'état d'ammoniaque et il reste du sucre comme résidu de cette réaction (1).

Nous croyons que la transformation de l'albumine en sucre pourra se réaliser par des actions plus simples encore que celle qu'exerce l'éther azoteux. Il est démontré pour nous, par exemple, que, par l'action des alcalis convenablement employés, on parviendra à réaliser cet intéressant dédoublement de l'albumine. J'ai constaté que, si l'on fait bouillir pendant une demi-heure de l'albumine pure délayée dans de la potasse caustique, on observe, pendant toute la durée de l'ébullition, un dégagement d'ammoniaque. Si l'on précipite alors la liqueur par l'addition de deux ou trois fois son volume d'alcool, on obtient une matière qui, tenue en ébullition pendant un quart d'heure avec de l'eau contenant 1 pour 100 de son poids d'acide sulfurique du commerce, constitue un véritable sucre, car elle réduit le réactif cupro-potassique et fermente avec la levûre de bière. Mais on n'obtient en opérant ainsi qu'une très petite quantité de sucre, car la température de l'ébullition a pour résultat de provoquer promptement la décomposition du produit formé. Il est probable qu'en faisant réagir à froid la potasse sur l'albumine, on parviendra à réaliser plus complétement sa transformation en sucre. J'ai déjà eu occasion de signaler le fait précédent lorsque j'ai dit, dans mon dernier mémoire, que la matière glycogène annoncée par M. Bernard comme existant dans le foie n'était autre chose que le produit de la décomposition par la potasse du produit azoté que j'ai signalé dans le foie et qui a reçu le nom d'*albuminose* (2).

La théorie, aussi bien que l'expérience, confirme donc

(1) La formule de la protéine $C^{24}H^{17}Az^{3}O^{8}$, donnée par M. Hunt, correspond à la composition suivante en centièmes:

Carbone	53,93
Hydrogène	6,36
Azote	15,63
Oxygène	24,08
	100,00

MM. Dumas et Cahours ont trouvé pour la composition de l'albumine:

Carbone	53,59
Hydrogène	7,27
Azote	15,92
Oxygène	23,22
	100,00

(1) « Toutes mes tentatives, dit M. Lehmann, pour décomposer l'hématine de manière à faire naître du sucre, furent sans succès, excepté le moyen suivant qui m'a réussi :

» Je fais dissoudre l'hématine dans l'alcool (hématosine de M. Lecanu, ou matière colorante du sang, purifiée et cristallisée); après quoi, j'ajoute un peu d'acide nitrique; faisant ensuite bouillir le mélange, il se forme de l'éther nitreux, et par la formation de cet éther nitreux (suivant la méthode de Piria), l'hématine perd tout son azote. Il reste ensuite un acide non azoté et une autre matière, qui, dans une solution alcaline, transforme les deux oxydes de cuivre en protoxyde, et qui, avec la levûre de bière, donne de l'acide carbonique et de l'alcool. » (*Note sur une substance animale glycogène. — Comptes rendus de l'Académie des sciences.* 1er semestre de 1855, t. XL, p. 775)

(2) *Expériences qui prouvent qu'il ne se forme point de sucre après la mort dans le foie des animaux*, note lue à l'Académie des sciences le 7 juin 1857.

ce fait important de la transformation de l'albumine en sucre. C'est sans nul doute un dédoublement chimique de ce genre que subissent, au sein du tube intestinal et par l'influence de l'acte digestif, les aliments albuminoïdes. Les forces de l'économie animale réalisent cette transformation moléculaire que la théorie fait pressentir, mais que, dans l'état actuel de la science, la chimie n'a pu provoquer encore avec certitude. Ainsi la présence du sucre dans le foie, que l'on a voulu attribuer à une sécrétion propre de cet organe, s'explique naturellement par la transformation des aliments azotés qui donnent un produit glycosique, lequel est ensuite porté dans le foie par les vaisseaux de la circulation abdominale.

Ce qui vient à l'appui des considérations qui précèdent, c'est que dans l'économie animale, partout à peu près sans exception où l'on trouve de l'albumine, on trouve aussi à côté une certaine quantité de sucre. Dans le sang riche en matières albuminoïdes, il existe du sucre; dans le chyle, dans la lymphe, dans les sérosités diverses du péritoine, de la plèvre, du péricarde, enfin dans les sérosités morbides, en un mot dans presque tous les liquides albumineux de l'économie, on trouve constamment du sucre, fermentescible ou non, ainsi que l'ont constaté M. Colin en 1855, et, plus tard, M. Chauveau. Dans l'œuf des oiseaux, à côté de l'albumine, on trouve toujours du sucre fermentescible. Dans le lait, si riche en matières albuminoïdes (caséum et albumine), ne trouve-t-on pas aussi une assez grande quantité d'un produit glycosique, le sucre de lait, qui réduit avec énergie le réactif cupro-potassique, qui ne fermente pas directement, mais qui peut subir la fermentation alcoolique quand on l'a fait bouillir avec de l'acide sulfurique étendu? Ne sait-on pas que certains peuples pasteurs obtiennent de l'eau-de-vie avec le lait de leurs juments? Les opérations, encore mal connues, à l'aide desquelles ces peuples produisent ainsi de l'alcool au moyen du lait, ne peuvent agir, je ne crains pas le dire, qu'en transformant le caséum en un sucre fermentescible.

Voilà donc une série de cas assez nombreux dans lesquels l'albumine et le sucre se montrent toujours côte à côte dans les liquides de l'économie animale, et ce rapprochement doit paraître une preuve bien manifeste que, dans l'économie, le sucre (sauf bien entendu le cas de l'alimentation avec les féculents, dont nous devons toujours faire abstraction dans ce travail) tire sa source de la décomposition d'une matière albuminoïde.

Le phénomène de la production du sucre dans l'économie animale, aux dépens d'une matière azotée, est de la plus haute importance au point de vue de la physiologie. La médecine y trouvera aussi un élément à prendre en considération. On admet, dans le traitement du diabète, que les matières féculentes doivent être rejetées de l'alimentation, et le pain de gluten, c'est-à-dire exempt de fécule, est prescrit, comme on le sait, pour le régime de ces malades. Sans nul doute le sucre qui provient de la transformation des matières albuminoïdes n'est pas identique avec celui qui se forme pendant la digestion des féculents, et nous ne contesterons pas que, sous l'influence du régime exclusivement animal, le sucre diminue notablement dans les urines diabétiques, sans jamais pourtant disparaître en entier. Mais il n'en est pas moins utile de savoir, pour l'étude des diabètes, que par l'action digestive il se produit une matière sucrée. C'est un élément nouveau dont l'observation clinique aura évidemment à se préoccuper dans ce cas.

Il est important de faire remarquer que le fait de la production du sucre dans l'économie au moyen des aliments azotés est un résultat en opposition avec les idées chimiques qui avaient cours il y a quelques années. On croyait alors que le sucre tirait toujours son origine de l'alimentation végétale, et que les matières saccharoïdes existant dans l'économie provenaient nécessairement des aliments féculents ingérés.

Je ne dissimulerai point, d'ailleurs, qu'élevé moi-même dans ces idées théoriques, partageant sur ce point les opinions de notre illustre maître M. Dumas, je me suis longtemps refusé à croire que le sucre que l'on trouve chez les animaux pût avoir d'autre origine que l'alimentation végétale. Ce n'est qu'après des expériences faites avec tout le soin et toutes les précautions possibles que je suis arrivé à me convaincre que le sucre apparaît dans les organes des animaux absolument privés de nourriture végétale. En 1855, j'ai soumis pendant des mois entiers des chiens et des oiseaux (canards, pies, buses) à l'usage exclusif de la viande. Pour être certain que la viande qui servait à l'alimentation de ces animaux était bien privée de tout glycose préexistant, j'avais la précaution de hacher la viande et de la faire bouillir pendant deux heures avec de l'eau, afin de la dépouiller de toute matière soluble. Or, malgré cette alimentation animale, le foie et le sang de la veine porte, examinés chez ces divers animaux après six à huit semaines de ce régime rigoureusement entretenu et surveillé, contenaient toujours du sucre. Je dirai même que le foie des animaux tenus au régime exclusif de la viande se montrait plus riche en glycose que celui des animaux herbivores.

Le fait de la formation du sucre par suite du régime animal est, je le répète, un résultat important et nouveau. C'est une des acquisitions intéressantes faites dans le cours de la discussion et des travaux auxquels a donné lieu l'examen critique expérimental de la glycogénie hépatique. Ceux qui ont consacré leurs soins à ces études n'auront donc pas réussi seulement à renverser une théorie physiologique stérile, ils auront aussi contribué à mettre définitivement en lumière un fait général dont la connaissance importe à la physiologie aussi bien qu'aux applications de l'art de guérir.

§ V. — *Résumé et conclusions.*

Je crois utile de résumer sous la forme de quelques propositions simples les faits contenus dans ce travail, et qui concourent tous à faire rejeter l'existence de la fonction glycogénique du foie :

1° Pour établir la réalité de la fonction glycogénique, l'auteur de cette théorie s'appuyait sur la localisation exclusive du sucre dans le foie. Il est établi, au contraire, que le sucre, loin d'exister dans un seul organe de l'économie, se rencontre dans presque tous, c'est-à-dire dans tous les organes parenchymateux qui reçoivent du sang, le cœur, le poumon, la rate, etc., et dans le sang de la circulation générale.

2° Le même physiologiste avait posé en fait la non-existence du glycose dans le chyle. Il est aujourd'hui reconnu que le sucre existe dans le chyle des animaux soumis au régime exclusif de la viande, fait qui suffit à lui seul pour renverser la doctrine de la glycogénie hépatique. Il nous montre, en effet, avec évidence du sucre provenant du tube intestinal, se déversant dans le sang par l'intermédiaire des vaisseaux chylifères et du canal thoracique, sans traverser le foie.

3° Pour démontrer la réalité de la même fonction, l'auteur s'appuyait encore sur l'absence de toute matière sucrée dans le

sang de la veine porte. Il est aujourd'hui établi que le sang de ce vaisseau contient un produit qui appartient évidemment à la famille des sucres, puisqu'il présente tous les caractères qui appartiennent au groupe général des matières sucrées, savoir : la réduction de la liqueur cupro-potassique, la non-précipitation par le sous-acétate de plomb, la propriété de subir la fermentation alcoolique après avoir été tenu en ébullition avec un acide étendu.

4° Le sang de la circulation générale renferme le même produit sucré qui existe dans celui de la veine porte; ce produit réduit le réactif cupro-potassique, n'est pas précipité par le sous-acétate de plomb, et fermente après avoir été tenu en ébullition avec l'acide sulfurique étendu.

5° Le sucre ne constitue pas dans l'économie un produit unique et à propriétés toujours identiques, mais bien une série de composés appartenant au groupe général des produits *glycosiques*, et qui, en se modifiant successivement, arrivent à constituer le sucre fermentescible qui existe dans le chyle et dans le foie.

6° On trouve, dans le tube intestinal des animaux soumis des mois entiers au régime exclusif de la viande, un composé de saveur sucrée qui, en subissant diverses modifications chimiques dans le sang de la veine porte ou par l'action des villosités intestinales, est peut-être celui qui donne naissance au sucre fermentescible existant dans le foie et dans le chyle.

7° Les aliments azotés introduits dans le canal alimentaire donnent naissance à du sucre par un dédoublement dont la chimie nous explique théoriquement le mécanisme.

Je disais, en terminant mon dernier mémoire lu à l'Académie des sciences, que j'aurai à m'expliquer sur la matière glycogène, signalée par l'auteur de la théorie glycogénique comme propre à l'organe hépatique, et que je considère comme simple produit de l'altération de l'albuminose par la potasse. Il suffit de se rappeler, en effet, que dans mon premier mémoire, en signalant la présence de l'albuminose dans le foie, j'ai dit que, pour obtenir ce composé, il faut précipiter par l'alcool une dissolution aqueuse du foie. Or, c'est précisément en opérant de cette manière, c'est-à-dire en précipitant par l'alcool une décoction de foie, que M. Bernard procède pour préparer cette matière glycogène. Le précipité déterminé par l'addition de l'alcool dans la décoction du foie, et qui n'est autre chose que de l'albuminose, est ensuite tenu en ébullition pendant une demi-heure avec de la potasse caustique, et c'est le produit demeurant alors dans la liqueur, que l'on sépare par l'addition de l'alcool, qui constitue la *matière glycogène* de M. Bernard, ainsi nommée parce qu'elle se transforme en sucre quand on la traite, à l'ébullition, par un acide étendu, ou à froid, par la diastase. Je répète que cette matière ne peut être autre chose que le produit de la décomposition de l'albuminose par la potasse. En exécutant l'expérience comme l'indique l'auteur, j'ai constaté qu'il se dégage, pendant le traitement par la potasse caustique, une notable quantité d'ammoniaque, signe certain de l'altération de la matière azotée. Je n'ai obtenu d'ailleurs, en opérant ainsi, qu'une quantité extrêmement faible de cette matière, c'est-à-dire quelques décigrammes à peine en agissant sur le foie pesant 310 grammes d'un chien tenu depuis un mois et demi au régime exclusif de la viande. Ce qui se passe d'ailleurs, pendant le traitement par la potasse caustique de l'albuminose séparée du foie, est tout à fait semblable à ce que l'on produit en faisant bouillir, comme je l'ai indiqué dans le cours de ce mém[oire], l'albumine de l'œuf avec une dissolution de potasse. C[omme] à la température d'ébullition la plus grande partie du p[roduit] formé disparaît sous l'influence de l'alcali caustique, [on ne] peut obtenir qu'une très faible quantité de cette mati[ère].

Peu de temps après la publication de M. Bernard s[ur la] matière glycogène, M. Sanson, de Toulouse, a montr[é dans] un travail parfaitement conçu et exécuté, le peu de v[aleur] théorique des faits annoncés par M. Bernard concer[nant la] matière glycogène. M. Sanson a reconnu que ce produit [peut] s'obtenir, non pas exclusivement avec le tissu du foie [ainsi] qu'on l'avait annoncé, mais bien avec tous les tissus de l'[éco]nomie animale. En suivant rigoureusement le procédé [indiqué] par l'auteur, M. Sanson a obtenu la matière glycogène [avec] le tissu du cœur, de la rate, du poumon, etc., et les [prin]cipes constituants du sang, tant veineux qu'[artériel].

C'est sans doute pour échapper aux conséquen[ces de la] critique élevée contre ce dernier résultat que M. B[ernard], dans une communication postérieure, a déclaré a[bandonner] le procédé qu'il avait décrit pour obtenir la matièr[e glyco]gène au moyen de la potasse caustique bouillante, et [ajouté] que l'acide acétique lui servait maintenant à isoler ce pr[oduit]. Le changement survenu sous ce rapport dans les vu[es de] l'auteur de la théorie glycogénique nous dispense de p[ousser] plus loin l'examen de cette question. Nous nous contenter[ons] de remarquer que cet abandon de faits précédemment [annoncés] pour échapper à la critique, rend bien difficile une [discus]sion expérimentale : le public scientifique qui nous fait [l'hon]neur de suivre nos travaux avec intérêt mériterait peut-[être] d'être plus sérieusement traité. Déjà, d'ailleurs, nous [avons] eu, à propos du même point, un autre exemple de la [facilité] avec laquelle l'auteur de la théorie glycogénique ab[andonne] ou modifie ses vues en présence de la discussion. Dans [son] mémoire sur la *sécrétion posthume* du sucre par le foie, dans lequel il semblait se plaire à renverser lui-même tou[tes ses] affirmations et expériences antérieures relatives à l'i[nfluence] du système nerveux sur la fonction glycogénique, M. B[ernard] avait présenté la matière glycogène comme insolub[le dans] l'eau, car elle résistait, selon lui, à l'action prolong[ée du] lavage opéré par un courant d'eau traversant le foie. [« Cette] » matière dont je ne puis ici en quelque sorte [qu'in]» diquer l'existence, disait-il, devra être isolée et [étudiée] » ultérieurement avec soin au point de vue chimique et [phy]» siologique... Il y a entre ces deux extrêmes la *matière* » *soluble* telle qu'elle est sécrétée par l'action vitale du [foie] » et le sucre qui en émane, et sort de l'organe avec [le sang] » des veines hépatiques, une série de formations i[nterm]» diaires que je n'ai pas vues, mais que les chimistes [décou]» vriront sans doute. »

Les chimistes se sont montrés médiocrement jaloux [du] cadeau d'une matière insoluble à retirer du tissu du [foie;] ils ont eu raison de montrer peu d'empressement à l'[égard], puisque dans le mémoire suivant du même physiologiste [cette] matière, d'abord *insoluble* dans l'eau, est devenue [so]luble dans ce liquide. On ne saurait trouver de contradiction [plus] manifeste. Pour être fixé sur ce que M. Bernard [entend] décidément aujourd'hui par sa matière glycogène, sur le [pro]cédé qu'il recommande pour l'obtenir, sur le siége de [cette] matière, etc., nous devons attendre qu'il soit sorti des [simples] énonciations qu'il s'est borné jusqu'ici à faire sur ce [point]. Tous les travaux publiés jusqu'à ce jour par l'auteur [de la] théorie glycogénique avaient trait au sucre contenu dans [le] foie. On serait tenté de croire maintenant que le sucr[e]

lu toute signification, et que cette matière glycogène qui rgi inopinément va le remplacer. N'est-ce donc plus du e que renferme l'organe hépatique? Un tel désaccord ées n'est propre qu'à embrouiller une question. Est-ce but que l'on se propose?

III.

REVUE CLINIQUE.

CERS MULTIPLES (ESTOMAC, GANGLIONS MÉSENTÉRIQUES, PANCRÉAS, APSULES SURRÉNALES), PAS DE COLORATION BRONZÉE DE LA PEAU. - Observation communiquée à la *Société anatomique*, par I. FERRÉOL, interne des hôpitaux.

Théophile Leclerc, journalier, âgé de quarante-trois ans, entre hôpital Beaujon, salle Saint-Jean, n° 14, service de M. Gubler, avril 1857. Cet homme, d'une incroyable insouciance, ne ne sur ses antécédents que des renseignements sans valeur. On cependant par apprendre de lui que depuis deux ans il était à avoir les matins ce qu'il appelle *un peu de pituite*, c'est-ire qu'il rendait sans beaucoup d'efforts une matière filante, visuse et incolore, en plus ou moins grande quantité; mais il affirme du reste il mangeait et travaillait comme à l'ordinaire, et n'avait douleurs, ni constipation, ni diarrhée.

Il y a deux mois, il fut pris tout d'un coup, à ce qu'il assure, un sentiment de gêne douloureuse au-dessus du nombril; il sent son ventre un peu gros, et ne pouvait boutonner la ceinture de pantalon. Il eut à cette époque quelques vomissements très peu ondants, dit-il; c'était une matière glaireuse, teinte en jaune e, mélangée d'aliments; mais il ne croit pas avoir eu de vomissements noirs. A partir de cette époque, il commença à perdre ppétit. Il était habituellement constipé. Il pâlit, maigrit considérablement et perdit ses forces; mais il continuait encore à traviller. La douleur sourde et continuelle de la région épigastrique xaspérait de temps en temps et s'étendait en ceinture à la base thorax, avec un peu plus d'acuité dans le flanc droit. Les crises ués duraient deux ou trois jours, et n'avaient aucune périodicité s leurs retours. Le malade n'a pas remarqué qu'elles fussent voquées par les aliments; il pense plutôt que la fatigue, les nds mouvements du corps, influaient sur leur retour. Il a dû en séquence cesser tout travail depuis près de quinze jours, et il de presque constamment le lit depuis cette époque.

A son entrée, on est frappé tout d'abord de son extrême maiur et de la pâleur considérable de tout le tégument, qui, en outre, sente à un haut degré la teinte jaune-paille des cancéreux. Point tère, sclérotiques d'un blanc très pur, aucune trace de coloration nzée ni de taches de vitiligo. L'abdomen est petit, un peu rétracté rieurement, tendu au-dessus de l'ombilic; au creux épigastrique constate une rénitence vague, sans tumeur nettement appréle. Cette rénitence est-elle due au plancher musculaire qui se tracte lorsqu'on essaye la palpation profonde? ou bien apparelle à une tumeur large et profondément située? La douleur veille en ce point une pression forte empêche d'éclaircir la ion; mais la percussion indique une matité très étendue dans ion du foie, s'élevant en haut à deux travers de doigt au-dessdu mamelon, débordant les fausses côtes de trois travers de , et arrivant au-devant de l'estomac, sur la ligne médiane, à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic. Ces limites ne sont ment modifiées après qu'on a introduit un peu d'air dans l'es du malade, en lui faisant boire quelques gorgées d'eau à la de. Il paraît donc certain que cette matité, ainsi que la réce de la région épigastrique est due au foie, qui s'étend aut de l'estomac. La rate ne paraît point volumineuse. Le mane peut rester couché longtemps dans la même position: il se d'une douleur en ceinture siégeant à la base du thorax, plus à l'épigastre et dans la région du foie. Pas de diarrhée, constipation habituelle, et pas de vomissements, à ce qu'il assure. Bruit de diable dans les vaisseaux du cou. Le malade tousse fort peu et expectore quelques crachats grisâtres un peu épais, la respiration est bonne à gauche; à droite, en avant, la sonorité est moins bonne sous la clavicule, où l'on entend quelques froissements dans les deux temps, et quelques râles sous-crépitants à la fin de l'expiration. En arrière, il y a un peu de retentissement de la voix. Apyrexie complète.

Les urines sont jaune d'ocre et très troubles. Ce trouble disparaît par la chaleur (acide urique). Point d'albumine ni de sucre.

Dès le lendemain, on constate que le malade a eu un vomissement peu abondant, constitué par des matières alimentaires à demi digérées; une seule selle solide, constituée par des matières d'un jaune grisâtre, très peu colorées.

Ce vomissement se reproduit les jours suivants dans la matinée; il est toujours assez peu abondant, constitué par des matières pulpeuses, ayant une coloration lie de vin. Le malade ne vomit pas dans la journée; le matin il mange fort peu, et seulement du potage ou du lait; il ne prend d'aliments solides que le soir. La teinte jaune-paille se prononce de plus en plus; la faiblesse augmente; la douleur épigastrique est constante, et s'étend en ceinture à la base du thorax et dans la région lombaire; elle ne paraît pas très vive, mais elle s'exaspère à la pression. Le malade a quelques aigreurs et renvois acides; pas de hoquet.

Le 12 avril au matin, le malade dit qu'il sent au creux de l'estomac une *glande* qui n'existait pas les jours précédents; et, en effet, on constate, un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic, deux bosselures distinctes, très voisines l'une de l'autre, un peu allongées transversalement, et couchées obliquement dans la direction de l'estomac, mais un peu plus bas que ne le comporterait la position normale de l'organe. Ces deux tumeurs sont le siége de battements artériels évidents, et tellement prononcés, qu'on croirait avoir sous les doigts un gros tronc artériel. Le stéthoscope, appliqué sur ce point, transmet un souffle intermittent des plus marqués; néanmoins on ne sent pas bien les mouvements d'expansion que devrait donner une dilatation anévrysmale, et en auscultant l'aorte le long de la colonne vertébrale, dans le point correspondant, on n'entend qu'un souffle très doux, très éloigné, à peine perceptible, et paraissant n'être que le retentissement du souffle perçu dans la région abdominale. En conséquence, M. Gubler diagnostique des tumeurs ganglionnaires situées le long de la grande courbure de l'estomac, et formant, avec d'autres tumeurs plus profondes, une masse qui entoure l'aorte abdominale.

On ne sent pas de frottements péritonéaux.

M. Gubler, dans le but de voir si les huiles sont digérées, fait prendre un peu d'huile de foie de morue, qui est digérée et ne se retrouve pas en nature dans les selles. Ces dernières sont plus colorées que lors de l'entrée du malade, mais toujours, pourtant, d'une teinte un peu pâle.

Les jours suivants, les tumeurs augmentent sensiblement et deviennent assez saillantes pour qu'on puisse à peu près en suivre les contours avec les doigts. Elles sont ovoïdes et du volume d'un marron; les battements artériels semblent devenir aussi plus forts que jamais. Les vomissements alimentaires continuent, et deviennent plus abondants et plus fréquents. Le malade a un peu de constipation; il reste ordinairement couché sur le côté gauche, et ne paraît pas éprouver de douleur bien vive. Il s'affaiblit considérablement.

Et le 23 avril, il s'éteint doucement, sans agonie.

Autopsie. — Le foie, très volumineux (27 centimètres de large sur 22 en hauteur), occupe exactement la position qui lui a été reconnue par la percussion; il s'avance en débordant les côtes d'un travers de main, au-devant de l'estomac; le fond de la vésicule biliaire se trouve placé sur la ligne médiane et correspond exactement à la région ombilicale. Les deux bosselures qui ont été reconnues pendant la vie sont constituées par deux gros ganglions cancéreux situés au-devant de l'estomac et le long de la grande courbure; ils sont environnés d'une foule d'autres ganglions de grosseur inégale, les uns ayant subi le ramollissement rouge, d'autres la dégénérescence cancéreuse, et qui, placés soit dans le

mésentère, soit autour de l'estomac, du pancréas, de l'aorte, forment, avec le pancréas, les capsules surrénales et l'estomac, qui ont aussi subi la dégénérescence caucéreuse, une série de tumeurs enveloppant l'aorte abdominale sur sa demi-circonférence antérieure.

Estomac. — La tumeur occupe la région pylorique, d'où elle s'étend au petit cul-de-sac et à toute la paroi antérieure de l'organe. La muqueuse, très épaissie, forme une succession de bosselures fongueuses et de végétations ramollies aux environs du pylore; l'orifice pylorique est considérablement rétréci. Toutes les tuniques de l'organe sont épaissies, surtout vers la région pylorique, où la paroi dégénérée atteint jusqu'à 1 centimètre 1/2 et même 2 centimètres d'épaisseur. A la coupe, on aperçoit une matière d'un blanc jaunâtre, ayant l'aspect et la consistance d'un fibro-cartilage qui infiltre les tuniques cellulo-fibreuses et arrive jusque sous le péritoine. Cette disposition se remarque surtout le long de la paroi antérieure et de la petite courbure de l'estomac, qui ont contracté avec la face inférieure du lobe gauche du foie une adhérence intime. La muqueuse stomacale, un peu épaissie et granuleuse au voisinage des fongosités carcinomateuses, présente en ce point des marbrures noirâtres, des sugillations qui paraissent dues à de petits épanchements sanguins.

Foie. — Au niveau de leur adhérence avec la face antérieure de l'estomac, le péritoine hépatique et la capsule de Glisson, très hypertrophiés, semblent avoir subi une dégénérescence analogue à celle des parois stomacales; mais cette dégénérescence ne pénètre pas au delà de 1 à 2 millimètres dans l'épaisseur du foie. On trouve çà et là, à sa surface, quelques petites granulations d'un blanc grisâtre, grosses comme des têtes d'épingle, très dures et en petit nombre. La coloration générale de l'organe est d'un jaune-cuir, et la substance jaune paraît hypertrophiée aux dépens de la substance rouge; cependant la coupe n'a pas l'aspect huileux et ne graisse pas du tout le scalpel; il y a beaucoup de bile dans les canaux. La vésicule biliaire est très volumineuse et remplie de bile verdâtre. Le canal cholédoque chemine à travers une masse ganglionnaire dégénérée, très dure, très volumineuse; vers la partie moyenne de son trajet, ce canal a subi un épaississement et une induration de ses parois externes, la muqueuse restant saine et le calibre du canal paraissant augmenté plutôt que diminué en ce point.

Pancréas. — La glande est saine dans sa moitié gauche; mais, vers la droite, elle est infiltrée de noyaux cancéreux ayant tout à fait l'aspect encéphaloïde; et elle a contracté, soit avec les parois stomacales dégénérées, soit avec les nombreux ganglions cancéreux qui l'entourent de toutes parts, des adhérences intimes.

Capsules surrénales. — La capsule droite mesure 8 centimètres en largeur, sur 4 1/2 en hauteur et 2 1/2 d'épaisseur. Elle est infiltrée dans toute sa masse de noyaux cancéreux d'aspect encéphaloïde, très volumineux et très ramollis dans sa moitié interne, moins gros et moins avancés dans sa moitié externe. Dans cette dernière partie de la glande on retrouve, principalement à la surface, des vestiges très évidents et assez considérables du tissu normal; on reconnaît parfaitement les deux substances jaune et brune. On retrouve aussi dans la moitié interne de la glande quelques traces du tissu capsulaire, mais plus petites et isolées; tandis que, dans l'autre moitié, les portions de tissu sain se relient entre elles et forment un tout continu.

La capsule gauche mesure 7 centimètres 1/2 en longueur, 4 1/2 en hauteur et 4 1/2 en épaisseur; elle est beaucoup plus globuleuse que la droite; le tissu dégénéré, beaucoup plus ramolli, offre la fausse fluctuation propre à l'encéphaloïde. La substance capsulaire paraît ici presque complétement disparue; on n'en retrouve de traces qu'à l'extrémité externe et inférieure de la tumeur, où on en reconnaît quelques vestiges parmi de petits noyaux cancéreux moins avancés que ceux du reste de la tumeur.

Les reins sont volumineux, généralement anhémiés, mais n'offrent point de dépôt de matière cancéreuse.

La rate est petite et saine.

Les intestins, petits et rétractés, n'ont rien offert de particulier à noter, si ce n'est la coloration grise des matières semi-liquides qu'ils contenaient.

Les poumons sont généralement sains; aux deux sommets, il y a quelques adhérences et quelques cicatrices déprimées; on trouve de plus disséminés çà et là dans les deux poumons de petits noyaux d'un gris rougeâtre, très durs, du volume d'une tête d'épingle, quelques-uns un peu plus gros, assez semblables à ceux qui ont été notés dans le tissu du foie. Ces noyaux, en très petit nombre, cinq ou six, paraissent comme déposés au milieu d'un tissu sain. Au sommet droit seulement, il y a un peu d'œdème vésiculaire autour d'une petite masse analogue.

Les ganglions bronchiques ne présentent rien de remarquable, non plus que le cœur.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 17 AOUT 1857. — PRÉSIDENCE DE M. [illegible] SAINT-HILAIRE.

L'Académie n'a reçu aucune communication relative aux [illegible] médicales.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 25 AOUT 1857. — PRÉSIDENCE DE M. [illegible]

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Une demande d'avis sur l'exploitation d'une source dite source, [illegible] territoire de la commune de Fontaine-Bonneleau (Oise). (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : — *a.* Deux lettres de remercîments de MM. [illegible] *dillot*, nommés associés nationaux dans la précédente séance. — [illegible] M. le docteur *Landouzy* (de Rheims), membre correspondant de l'Académie [illegible] la liste de ses titres à l'appui de sa candidature à la place d'associé [illegible] — [illegible] note de M. *Mathieu*, sur un nouveau traitement qui a réussi dans quatre cas de [illegible] sporadique à l'hospice civil de La Charité (Nièvre). (*Commission du choléra* [illegible]) — *d.* Un mémoire sur les injections d'iode combinées aux ponctions [illegible] traitement des kystes volumineux, des grandes collections purulentes et [illegible] hydropisies articulaires étendues, par M. *Bourguet*, chirurgien en chef [illegible] d'Aix. (*Comm.* : MM. Velpeau et Longet.) — *e.* Une lettre de M. [illegible] au rapport de M. Jobert (de Lamballe), dans laquelle il rappelle qu'il [illegible] l'amylène que pour les opérations pratiquées sur les enfants en bas âge.

M. le président annonce à l'Académie que MM. Weiss (de Saint-Pétersbourg), Neumann (de Bonn), et Ehrenberg (de Berlin), membres correspondants, assistent à la séance.

Lectures et Rapports.

M. *Trousseau* lit en son nom et au nom de M. *Blache* un rapport sur un mémoire de M. *Loiseau*, médecin à Montmartre, intitulé : *Procédé simple et facile à l'aide duquel on pénètre dans les voies aériennes pour les cautériser, en extraire les fausses membranes, dilater la glotte, y introduire toutes les substances liquides ou pulvérulentes qui servent au traitement du croup, afin de suppléer à la trachéotomie lorsqu'elle n'est pas acceptée.*

M. Loiseau se sert pour tout instrument d'un tube œsophagien tenant à la fois du tube de Chaussier et de la sonde de [illegible] Pour maintenir la bouche ouverte, il se contente d'armer d'un anneau métallique de 2 à 3 centimètres de largeur la première phalange du doigt indicateur de la main gauche; puis, introduisant ce doigt dans le pharynx sans crainte d'être blessé par les dents du patient, il soulève l'épiglotte, fait glisser le tube le long du doigt qui le dirige, et le fait pénétrer à travers la glotte avec la plus grande facilité. M. Loiseau a obtenu par ce moyen douze cas de guérison sur vingt-six.

M. *Trousseau*, tout en faisant l'éloge de ce procédé, fait remarquer :

1° Qu'il n'est pas complétement nouveau, et qu'il a été employé pour la première fois en 1839 par M. Dieffenbach (de Berlin), mais qu'il restera toujours au praticien de Paris l'honneur de l'avoir vulgarisé ;

2° Qu'il n'est en rien préférable à la trachéotomie, mais qu'il est appelé à la remplacer dans les cas où cette dernière n'est pas acceptée.

Dans une seconde partie de son travail, M. Loiseau, pour conserver les poumons en contact avec l'air extérieur, propose d'introduire dans le larynx, après en avoir écarté les parois, un tube qui les empêche de se rapprocher; il donne à cette opération le nom de *tubage du larynx*. (Il ne l'a jamais pratiquée)

M. *Trousseau* propose de remercier M. Loiseau et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

Discussion.

M. *Depaul.* Je reprocherai à M. Trousseau d'avoir exagéré au profit de M. Loiseau la difficulté de l'introduction de la sonde dans le larynx. Moi-même, il y a quatorze ou quinze ans, j'ai montré qu'il était facile de pénétrer dans la cavité laryngienne, j'ai décrit un procédé semblable à celui de M. Loiseau, et je l'ai appliqué dans les cas d'asphyxie des nouveau-nés. Je n'ai pas employé d'anneau, mais le bouchon ou le linge dont on se sert habituellement pour préserver les doigts de l'opérateur suffisent parfaitement.

Je condamne ce qui est relatif au traitement ; car après avoir, pour ainsi dire, ramoné la muqueuse laryngienne avec des instruments et insufflé des substances irritantes, il doit survenir un épaississement qui empêche le passage de l'air. Je ne vois là aucun avantage sur la trachéotomie.

M. *Trousseau.* J'ai exalté la difficulté de pénétrer dans le larynx, non chez les enfants en bas âge, mais chez ceux de cinq à six ans, et chez les adultes.

Je nie qu'il y ait épaississement de la muqueuse après l'introduction des agents irritants ; et quand bien même elle existerait, il y aurait une compensation plus que suffisante dans l'ablation des fausses membranes.

M. *Piorry.* On exalte très souvent la trachéotomie dans les cas d'affection chronique du larynx, mais alors il y a presque toujours des tubercules dans les poumons ; lorsque l'affection est nettement circonscrite au larynx, le procédé que vient de décrire M. Trousseau peut être très utile et préférable à la trachéotomie.

M. *Velpeau.* Le procédé de M. Loiseau a été décrit avant lui, il ne reste donc à ce praticien que le mérite de l'avoir vulgarisé.

M. *Trousseau.* M. Velpeau est de sa nature très démolisseur ; il est pourtant juste de conserver à chacun ce qui lui revient. D'autres aussi, avant M. Bouillaud, avaient noté la coïncidence du rhumatisme et d'une affection du cœur; mais lui seul a développé et fécondé cet aperçu. D'autres avant Bright avaient trouvé des altérations dans les urines des hydropiques, mais personne n'avait éclairé d'un jour si éclatant l'histoire des hydropisies. De même, quoique dans un ordre plus modeste, M. Loiseau mérite le nom d'inventeur.

M. *Velpeau.* Ce n'est pas moi qui suis démolisseur, mais bien vous, puisque vous enlevez le mérite à l'inventeur véritable pour en faire honneur à un autre.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. *Depaul*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Paul Dubois et Gimelle, donne lecture d'un rapport sur une opération césarienne pratiquée à la Maternité de Tulle par le docteur Pauquinot (observation rédigée par le docteur Borie).

L'auteur fait suivre cette observation de quelques réflexions très courtes :

1° Il y trouve une nouvelle objection contre l'avortement provoqué et ce qu'il appelle les tristes et rétrogrades innovations de la céphalotripsie, qui sacrifie l'enfant sans toujours sauver la mère.

2° L'opération a été faite par le procédé ordinaire, sans faire intervenir aucune des modifications proposées dans ces derniers temps.

3° Selon lui, le succès doit être rapporté : *a*, à l'étendue considérable donnée à l'incision de l'abdomen et à la partie de l'utérus qui a été ouverte (la supérieure), ce qui a permis aux liquides de s'écouler par la voie ordinaire ; *b*, à la constitution de la femme qui était habituée aux travaux pénibles de la campagne ; *c*, au moment choisi pour l'opération, aucune manœuvre n'ayant encore été tentée ; *d*, aux bonnes conditions hygiéniques de l'établissement où était la malade ; *e*, à l'emploi du chloroforme.

En vous rendant compte de ce fait intéressant, dit M. le rapporteur, votre Commission n'a pas pensé que le moment fût opportun pour renouveler une discussion dont le souvenir est encore récent dans l'esprit de chacun de nous. Un succès de plus n'est pas de nature à changer les termes de la question ; ils restent tels qu'ils étaient il y a quelques années, car à côté d'un succès nouveau, il me serait facile de grouper plusieurs cas de mort et de vous montrer que des arguments puissants militent en faveur de l'avortement provoqué et de l'embryotomie dans certains cas déterminés.

Quoi qu'il en soit, l'observation que je viens de vous faire connaître offre un véritable intérêt. Elle a été recueillie avec soin par M. le docteur Borie ; mais il est juste que l'approbation que mérite cette communication se reporte aussi sur M. Panquinot, qui a pratiqué l'opération, et sur MM. Venvejoul et Duval, qui l'ont aidé. En conséquence, votre Commission propose :

1° D'adresser des remercîments à ces quatre confrères ;

2° De renvoyer leur observation au comité de publication.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. *Depaul* communique ensuite à l'Académie quelques détails sur un fœtus acéphale qui lui a été présenté dans la séance du 10 février de cette année par M. Simonot. Ce fœtus appartient au sexe féminin, il est le produit d'une grossesse gémellaire chez une femme âgée de vingt-quatre ans, mariée depuis une année, d'une constitution et d'une conformation satisfaisantes, ayant accouché au septième mois sans motif appréciable. En prenant pour guide la classification de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, ce monstre appartient à la famille des acéphaliens, et doit être rangé dans la classe des péracéphales.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Académie royale de médecine de Belgique.

Un mémoire envoyé de France est parvenu au secrétariat de l'Académie. Il porte pour épigraphe les mots : *Quid novi?* et répond à l'une des questions que la compagnie a mise au concours en ces termes : « Exposer et apprécier la marche et les progrès de la chirurgie depuis le commencement de ce siècle jusqu'à nos jours. »

Comme les réponses à cette question peuvent être reçues jusqu'au 14 mars 1858, l'auteur dudit mémoire peut, s'il le désire, le faire retirer, mais sans se faire connaître. Il suffira qu'il s'adresse au bureau de l'Académie en joignant à sa demande quelques extraits textuels de son travail, écrits de la main qui a copié son mémoire.

Le prix attaché à la solution de la question est une médaille d'or de 1,000 francs. Les réponses doivent comprendre : la pathologie externe et la médecine opératoire, l'obstétrique, les maladies des yeux et les affections syphilitiques.

Au nom du bureau de l'Académie,

Le secrétaire, Dr SAUVEUR.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur les propriétés du sulfate double de morphine et de strychnine, par le docteur G. Luppi.

Ce travail est adressé, sous forme de lettre, à M. le docteur G. Grimelli, qui a doté la matière médicale du sel double de morphine et de strychnine.

La préparation de ce sel est très facile : on prend parties égales de morphine et de strychnine ; on dissout ces deux alcaloïdes dans une petite quantité d'eau distillée et acidulée avec assez d'acide sulfurique pour produire un sel neutre. La solution ainsi obtenue donne, par l'évaporation, de beaux cristaux en aiguilles, blancs, d'une amertume très prononcée et d'une composition atomistique assez stable pour ne se décomposer ni à l'air ni à la lumière. Les cristaux se formeraient difficilement et tomberaient bientôt en déliquescence, si la liqueur qui les dépose était acide. Dès qu'ils sont formés, on les fait sécher à l'air libre sur du papier buvard, et on les conserve dans des flacons bouchés à l'émeri.

La dose à laquelle on administre ce médicament est très variable, parce que les dispositions individuelles paraissent influer beaucoup sur son action. Il est prudent de débuter par 1 à 2 centigrammes, pour l'élever graduellement à 7 ou 8 centigrammes, et même davantage.

Suivant M. Grimelli, le sulfate double de morphine et de strychnine exerce une action spéciale sur les glandes ; il jouit de vertus *antiscrofuleuses* et *anticarcinomateuses*.

En ce qui concerne spécialement le cancer, M. Grimelli ne se montre pas aussi affirmatif que d'autres inventeurs de remèdes anticancéreux. Il a vu, dit-il, le sel *calmer les souffrances* et *suspendre la marche* de l'altération organique. Dans quelques cas seulement, il croit avoir guéri le vrai cancer. Quant à l'action du médicament sur le système lymphatique et glandulaire, elle s'accuserait par une tuméfaction des glandes, analogue à celle que produit parfois l'iode et que M. Luppi dit avoir observée à la suite de l'administration de l'huile de foie de morue ; et, dans l'ordre thérapeutique, elle aurait pour effet d'activer le travail de la nutrition. Le remède serait *encrasique :* il conviendrait aux affections marquées d'un cachet de débilité organique, aux flux anesthésiques comme à la leucorrhée. M. Luppi l'a employé avec avantage contre le catarrhe pulmonaire chronique.

En commençant la lecture du très bon travail de M. Luppi, nous espérions y trouver des renseignements positifs sur la véritable valeur thérapeutique du nouveau médicament ; nous n'y avons rencontré, sur ce point, qu'une affirmation en deux lignes touchant les bons effets du sel dans la leucorrhée et le catarrhe ; et l'incertitude la plus entière relativement à ses effets dans le cancer ou les tumeurs strumeuses. M. Luppi n'a pas d'expérience personnelle sur cette dernière question. Le reste du travail est une savante dissertation sur la manière d'interpréter l'action des remèdes, sur la distinction qu'il convient de faire entre l'action médicamenteuse et l'action thérapeutique, sur la dépendance réciproque où sont les appareils de l'économie au point de vue pathologique et au point de vue physiologiqne, et sur le parti que la thérapeutique peut et doit tirer de cette solidarité. Dans l'espèce, il penche à croire que le sel double de morphine et de strychnine n'agit (s'il a une action réelle), sur le cancer et les scrofules, que par l'intermédiaire du système nerveux.

Quant à nous, bien que nous croyions devoir instruire nos lecteurs des essais qui se poursuivent sur l'action du nouveau remède, nous ne dissimulons pas que nous n'y avons qu'une très médiocre confiance. Ce qu'il y a de plus clair dans les expériences de M. Grimelli, rappelées par M. Luppi, c'est que les effets spécifiques de la morphine et de la strychnine, effets si opposés, se manifestent indépendamment l'un de l'autre, avec les différences inhérentes aux dispositions individuelles des malades. Celui-ci est endormi par le sel double ; celui-là éprouve des soubresauts musculaires ; chez un autre les deux effets se combinent. Et l'on en pourrait conclure qu'il vaudrait tout autant donner séparément la m[orphine] pour calmer et la strychnine pour tenter de réveiller la v[italité or]ganique ou le pouvoir absorbant (comme on paraît y avoir r[éussi] dans les cas d'anasarque), que d'associer les deux s[els]. mais, suivant M. Grimelli, le dédoublement d'action est [nuisible] à la cure, en ce qu'il ne permet pas de porter plus haut [la dose] du remède ; et le praticien doit, au contraire, s'appli[quer à obte]nir la *neutralisation des deux modes d'action de la m[orphine et de] la strychnine* ; ce à quoi l'on parvient, dit-il, en ajout[ant un] peu de sulfate de morphine, soit un peu de sulfate de s[trychnine] selon que le malade est plus sensible à l'un ou à l'autr[e des alca]loïdes. Moyennant cette précaution, on peut élever la d[ose du mé]dicament et obtenir une sorte de *saturation* nécessaire [thé]rapeutique. M. Luppi soutient qu'on peut obtenir ce ba[lancement] des effets des deux médicaments, en changeant leur [proportion] respective sans augmenter l'ensemble, et que le sel d[ouble n'a pas] besoin, pour manifester son action sur la maladie, d'ê[tre donné] à haute dose. Ce sont des indications que nous relev[ons à l'usage] de ceux qui pourraient être tentés de poursuivre ces e[ssais]. (*Gaz. méd. de Paris*, 1857, n°s 28, 29 et 30.)

Sur des tubercules du pédoncule moyen du cerv[elet] avec des symptômes simulant la chorée, par l[e docteur] T.-H. Shute.

L'auteur présente le cas suivant, comme pouvant ser[vir à élu]cider, en quelques points, la physiologie et la patholo[gie du cer]veau. En voici les principales circonstances :

Obs. — Éliz. S., âgée de vingt-six ans, mariée depuis trois [ans], confiée à ses soins le 11 mars, et se dit affectée de chorée. [Elle] l'aspect suivant : On ne remarque ni pâleur, ni dépression, [ni ...] évidentes. Les traits ne sont pas déviés ; les tissus musculaires [...] sont convenablement développés ; la langue sort par saccades, [...] ment constamment vers le côté gauche ; l'articulation des mots est [...] sible : le sujet comprend tout ce qu'on lui dit et y répond. Le bras [...] est continuellement en mouvement. Durant le sommeil, les mouv[ements] convulsifs cessent, et elle est tout à fait tranquille. Elle ne peut se s[up]porter sur ses membres inférieurs, mais elle peut les soulever sur s[on] lit. La sensibilité est intacte. Toux répétée, comme causée par [une accumu]lation de mucus. Pouls à 90. Urine acide ; pas d'albumine [...] difficile d'examiner la poitrine. L'on constate cependant des r[âles mu]queux et sous-crépitants du côté gauche avec respiration souffl[ante ...] ne peut savoir si elle a jamais eu de douleurs de tête : sa toux [...] à deux ans ; elle n'a jamais craché de sang. Quatre mois auparav[ant, elle] est tombée tout d'un coup contre un mur, mais sans perte de [connais]sance, et depuis lors elle est dans la position actuelle.

On diagnostique une maladie de la base du cerveau, prob[ablement un] ramollissement près du pont de Varole, des tubercules dans le [poumon] gauche.

Après une apparence de mieux, l'état de la malade, malgr[é le traite]ment, s'aggrave. Le 16 mars, la pupille droite est dilatée, se [contracte] sous l'influence de la lumière, mais se dilate de nouveau im[médiate]ment après.

Mort le 6 avril.

Autopsie. — On trouve les vaisseaux de la convexité du cerveau [con]gestionnés ; l'arachnoïde adhérente le long du bord supérieur et [...] de la fissure longitudinale. Nulle trace d'inflammation récente des [mem]branes. Pas d'épanchement ventriculaire ; les coupes ne font [voir] aucune lésion. La base du cervelet était ramollie à la profond[eur d'une] ligne, et dans sa substance se trouvaient trois tubercules crus de la [dimen]sion d'un pois, l'un au centre, les autres de chaque côté, disposés e[n forme] de triangle. Tubercules crus et ramollis dans la partie pos[térieure du] poumon gauche.

L'auteur, dans les remarques dont il fait suivre son observ[ation], insiste d'abord sur les difficultés qu'offrait le diagnostic d[ans ce] cas. L'idée de chorée a été surtout écartée par la considérat[ion de] l'âge de la malade, du mode et de la soudaineté de l'inva[sion de] la maladie. C'est là ce qui a fait penser à une lésion c[...] qui, d'après les symptômes, devait se trouver à la base de l['en]céphale, diagnostic vérifié par l'autopsie. Il est intéressant [...] de voir des tubercules se former dans le cerveau chez un ad[ulte]. Enfin l'auteur cherche à comparer les phénomènes qu'il a ob[servés]

és aux données de la physiologie expérimentale, et les trouve en opposition avec les faits de Magendie, qui a montré qu'en divisant une des jambes du cervelet on faisait tourner l'animal du même côté. Dans le cas dont il s'agit, les mouvements perpétuels existaient dans le bras du côté opposé au pédoncule dont les fibres avaient été détruites par la maladie. Le cas précité viendrait à l'appui de cette opinion, que « chacune des parties du cerveau est douée, pour sa part, de propriétés concernant le pouvoir coordinateur des mouvements. »

Nous n'avons qu'une réflexion à faire sur ce fait : c'est qu'il faut apporter une extrême réserve quand on veut contrôler la physiologie expérimentale par les faits pathologiques. Il n'y a aucune comparaison à établir entre ces mouvements choréiformes du côté opposé au côté lésé du cerveau, et le tournoiement constaté par Magendie, tournoiement qui n'indique certainement pas *un dérèglement* dans les mouvements du côté du corps correspondant au pédoncule blessé.

C'est surtout dans les cas de tumeurs tuberculeuses qu'il faut rester dans le doute, car ce sont celles qui produisent les résultats les plus inexplicables : tantôt une absence complète de troubles fonctionnels, tantôt les symptômes les plus variés ; et souvent ces symptômes dépendent bien plutôt de lésions délicates qui accompagnent la présence des tubercules, et que le microscope pourrait seul faire découvrir. (*The Lancet*, 18 juillet 1857, n° 54.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Cynésiologie ou Science du mouvement dans ses rapports avec l'éducation, l'hygiène et la thérapie, par M. DALLY, membre de la Société des sciences du Hainaut, etc. Paris, Librairie Centrale des Sciences, rue de Seine-Saint-Germain, 13.

Il est des gens avides de connaître qui, dans leurs recherches apportant moins de méthode que d'ardeur, se laissent aisément attirer par les perspectives d'une course aventureuse. Prompte à séduire, devançant l'observation et l'application, l'imagination les porte à étendre d'abord l'horizon de toutes les questions qu'ils embrassent. Une telle disposition excluant la fixité, il est rare qu'on ne les voie pas osciller longtemps, suivant que l'occasion décide de l'enthousiasme, et, quand ils s'attachent à une œuvre, qu'elle ne prenne pas l'empreinte de la foi robuste qui les guide.

Le savant dont nous analysons le livre n'est peut-être pas tout à fait exempt de cette tendance. Dans les différents sujets où sa plume s'est exercée, on croit du moins entrevoir qu'il se plaît à remonter aux origines ou à descendre dans les conséquences. En 1833, à propos de la description d'une machine à vapeur, il esquisse, à la fois, l'histoire et de la puissance nouvelle et des grandes voies de communication dans l'antiquité. Presqu'en même temps un opuscule de Nodier sur la parole et l'écriture devient pour lui un thème de dissertation sur la linguistique ou mécanisme de la formation des langues. S'élevant ensuite aux plus hautes régions de la pensée, il publie un cours de physiologie. Son investigation, plus tard, se dirige sur les mœurs, usages et costumes des peuples asiatiques. Enfin il consacre, en 1844, une brochure à l'exposé d'une méthode géographique ou division naturelle de la terre.

Jusque-là M. Dally ne s'était point avisé de la merveilleuse influence du mouvement sur l'organisation humaine. Comment, chez lui, cette idée a-t-elle germé et grandi au point de devenir une préoccupation dominante, exclusive? Si la préface ne nous initie point à cette incubation, il appert au moins de deux opuscules antérieurs que la date, déjà ancienne, en remonte au delà de 1850.

La question de la phthisie pulmonaire avait alors du retentissement. C'était l'époque où se discutait ardemment la fameuse loi d'antagonisme établie par M. Boudin entre cette affection et la fièvre intermittente, l'époque aussi où notre très regretté confrère Fourcault appliquait à l'étude des causes et du traitement des maladies chroniques, notamment de la poitrine, ses belles découvertes sur la transpiration cutanée.

C'est au milieu de ces circonstances, et, selon toute probabilité, stimulé par elles, que M. Dally, dans une lettre dédiée à M. Bureaud-Rioffrey, préconise le mouvement comme moyen de prévenir ou d'enrayer le développement de la tuberculisation pulmonaire. Quelques années après, dans un autre opuscule, il le propose également pour la cure du choléra, et depuis, son admiration se fécondant, pour ainsi dire, par elle-même, il en est venu à en faire un agent hygiénique et thérapeutique universel.

L'exagération est voisine des systèmes préconçus. En médecine surtout, quand on s'éprend d'un mode de traitement, on est bien près, outre la confiance excessive qu'on lui accorde, de méconnaître la valeur de ceux qui pourraient ou s'y associer utilement ou lui faire une concurrence sérieuse. L'action musculaire savamment dirigée peut certes concourir efficacement à modifier certaines conditions morbides ; mais qu'elle soit le pivot d'une médication contre des affections aussi graves que la phthisie pulmonaire et le choléra, c'est ce que l'expérience acquise de ses propriétés ne saurait autoriser à admettre.

A côté des inconvénients, cependant, se trouvent parfois des compensations. Si le croyant est âpre à la besogne et capable, son illusion le conduit souvent à de profitables réalisations. Entrepris et poursuivi sous l'instigation de semblables mobiles, l'ouvrage de M. Dally contient, touchant l'utilité physiologique et pathologique du mouvement, des données qui, si elles étaient renfermées dans un cadre plus sévère, et moins voilées par des conceptions spéculatives, ne manqueraient ni d'intérêt ni d'importance. Malheureusement les digressions abondent, et les formules perdent leur netteté pratique sous le couvert de théories nébuleuses. La coordination échappe elle-même à une analyse régulière.

Conformément à ses habitudes bibliographiques, M. Dally a donné à la partie historique de son sujet un grand développement. Environ les deux tiers du volume, énorme in-4° de 822 pages, sont destinés à reproduire, doctrines et applications, tout ce qui a trait à l'exercice musculaire depuis l'antiquité jusqu'à la période contemporaine. L'auteur étudie ensuite, à son point de vue, les mouvements naturels et artificiels dans leurs rapports, d'une part avec les forces physiques, électricité, lumière, calorique ; de l'autre avec l'anatomie, la physiologie et la pathologie. Cette matière, du reste, est si ample qu'il a dû réserver pour une publication ultérieure les préceptes relatifs à l'éducation de l'homme, à l'entretien de la santé et au traitement des maladies.

Le travail est divisé en quatre parties, comprenant : la première et la seconde, les temps antérieurs et postérieurs à l'ère chrétienne ; la troisième, un recueil des observations disséminées dans les écrits du XIXe siècle ; et la dernière, les théories propres de l'auteur. Dans une courte préface où cet ordre est indiqué, M. Dally justifie par le but élevé qu'il assigne à la question la dénomination qu'il a choisie : le terme *cynésiologie* représentant l'idée non-seulement d'art, mais de science, tandis que les autres dérivés de κινησις, vulgairement employés, *cynésie*, *cynésique*, *cynésitechnie*, n'expriment que des procédés plastiques.

A cette explication préliminaire et indispensable succèdent, sous forme d'introduction, des considérations géologiques et ethnographiques étendues, qui ne se rattachent guère à l'objet du livre que par cette phrase terminale : « L'application du mouvement à la thérapie aura donc aussi sa spécification en Orient et en Occident, et sa généralisation autour de l'axe des deux mondes. » M. Dally admet, dans les contrées où se développèrent primitivement les germes civilisateurs, une correspondance entre la faveur croissante dévolue aux exercices corporels et l'évolution progressive des races humaines.

Sous ce rapport, le rôle initiateur de l'Inde et de la Chine ne lui paraît pas avoir été suffisamment apprécié. Aussi est-ce à ces contrées, dont les monuments attestent l'ancienneté et la grandeur, qu'il emprunte ses premiers exemples de mouvements systématisés dans un but d'hygiène et de thérapie. Le *cong-fou*, qu'on a assimilé au magnétisme, n'aurait été, d'après des autorités imposantes rappelées par M. Dally, entre autres celles du père Amyot et de

M. Huc, qu'un ensemble ingénieux d'exercices gymnastiques dont les bonzes se réservaient le secret et l'exploitation médicale, en rapportant la guérison d'une foule de cas morbides, qui leur était due, soit à des recettes mystérieuses ou à de superstitieuses pratiques. Dans les lois du pays, comme dans la plupart des livres où il y avait, pour ainsi dire, une règle pour chaque action de la vie, le mouvement occupait une large place. Dormir, manger, respirer, étaient des arts à l'égal de la danse et de l'escrime.

Dans les ténèbres du moyen âge, il y eut un long oubli des notions savantes. Cette époque, néanmoins, est fertile en documents cynésiques : l'action suppléait la pensée. Mais voulant la traiter séparément, M. Dally saute d'un bond aux réformes qui, sous le souffle de la rénovation intellectuelle, se sont accomplies depuis le XVI[e] siècle. Encore, par une interversion ordinale, qui peut-être n'est pas rationnellement motivée, donne-t-il le pas à l'école suédoise, fondée par Ling au commencement même de ce siècle. Ling eut des disciples, publia des ouvrages, et obtint du gouvernement l'érection à Stockholm d'un gymnase dont la direction lui fut confiée. Il eut aussi des imitateurs, et même son organe spécial ; car à Berlin, notamment, l'*Institut royal* et le recueil *l'Athœneum* du docteur Neumann naquirent, en quelque sorte, pour vulgariser les principes et les applications du gymnaste suédois. Sa supériorité sur les anciens serait, néanmoins, contestable.

Se reportant en arrière, M. Dally trace les phases de l'école allemande, dont les commencements se résument dans les préceptes de Frédéric Hoffmann, le chef des iatro-mécaniciens, et qui se continue par les travaux très divers d'une foule d'auteurs, Beesedow, Guts-Muths, Vieth, Werner, Berend, A. Spiess, Neumann, dégageant isolément ou simultanément les éléments pédagogiques ou scientifiques.

Vient ensuite l'école française. La pléiade des écrivains cités par M. Dally, et qui, dans notre pays, ont loué ou utilisé les bienfaits du mouvement, est également considérable. Parmi eux, on distingue particulièrement le célèbre doyen Nicolas Andry, qui, attachant aux exercices corporels la plus grande importance, avait composé lui-même une thèse académique qu'il fit soutenir à deux reprises différentes.

Il est vrai, toutefois, que si en France l'application du mouvement a été spécialisée sous une infinité de formes, personne, en dehors de l'objet qu'il avait en vue, ne s'est emparé de cette branche dans l'ensemble de ses ramifications. On en a une preuve dans les observations toutes partielles qui composent la troisième partie du traité de M. Dally : les uns, comme M. Bouvier et Gerdy, s'occupant des attitudes et de la position ; les autres, comme M. Mandl ou Cruveilhier, de la respiration artificielle ou du traitement du tétanos ; d'autres, enfin, des effets de l'exercice de la voix sur les organes et les fonctions, de la compression des nerfs dans les affections nerveuses, du traitement des accidents dus au chloroforme par l'excitation mécanique et électrique des nerfs respirateurs, etc., etc.

Cette variété d'indications laisse, d'ailleurs, entrevoir l'étendue du domaine que M. Dally s'est adjugé. Le mouvement, pour lui, n'est pas seulement l'exercice comme l'entendent les gymnastes. Il soumet à sa juridiction l'organisme entier agissant dans ses moindres molécules, sans considérer que parfois il est utile de s'imposer de sages limites. C'est ainsi qu'en même temps qu'il classe les mouvements et apprécie leur influence, il étudie avec détail le système nerveux et ses propriétés, dont la main, soit dit en passant, serait un des principaux appareils.

Les bornes de l'analyse ne nous permettent pas d'insister sur des vues trop complexes pour pouvoir être suffisamment précisées dans un petit nombre de lignes. Il faut lire le livre lui-même. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que l'auteur a eu pour but de donner à ses indications une base physiologique, et d'appliquer à une foule de cas qui n'en paraissaient pas susceptibles une gymnastique appropriée. A l'égard de la conception et du plan, sa composition, sans doute, n'est pas un modèle de régularité scientifique ; elle offre des incorrections et des lacunes. Mais les documents intéressants et les aperçus ingénieux qu'elle renferme rachètent, jusqu'à un certain point, ces imperfections, et la désignent, comme répertoire important à consulter, à tous ceux qui, [illegible] teurs ou médecins, sentent le besoin de perfectionner l'h[illegible] physique et moral, de conjurer ou de guérir ses infirmités.

DELASIAUVE.

VII.

VARIÉTÉS.

La nouvelle, plusieurs fois répétée et toujours démentie, de la [illegible] célèbre voyageur le docteur Vogel, est malheureusement confirmée [illegible] voie officielle, si l'on doit en croire le *Times*. Il aurait été décapité [illegible] ordre du sultan, à Wara, capitale du royaume de Wadaï.

— M. le ministre de l'instruction publique vient de déclarer nul et avenu l'examen de pharmacien subi devant l'École de pharmacie de Stra[illegible]bourg par un élève qui avait fait usage de certificats qui lui attribuaient faussement un stage qu'il n'avait pas accompli.

— Nous trouvons dans le numéro de juillet des *Annales d'o[illegible]* la liste des membres du Congrès ophthalmologique qui doit se [illegible] Bruxelles au mois de septembre prochain. Non-seulement par leur [illegible]bre, mais par la position qu'ils occupent dans la science, ces noms [illegible] lisent le présage que, en l'annonçant pour la première fois, nous a[illegible] porté de cette réunion. La plupart des gouvernements y envoient des [illegible]gués. Si nos informations sont exactes, notre ministre de la guerre [illegible] signé deux de nos confrères pour s'y rendre.

— Ayant appris que des pièces anatomiques artificielles étaient [illegible]sées rue de Rivoli, n° 51, par un professeur de Florence, M. Calenzoli, nous avons eu la curiosité de les visiter, désireux de savoir quel [illegible] de mérite pouvait avoir porté leur auteur à les soumettre à l'appréciation des anatomistes. Ces pièces consistent dans une série de préparations [illegible] élégantes, destinées à reproduire tous les détails principaux de la structure de notre organisme. Les muscles, les vaisseaux, les nerfs, les viscères y sont représentés avec autant de fidélité qu'il est permis de l'espérer [illegible] pièces artificielles, et, sous ce rapport, nous devons dire que ces pièces sont supérieures à celles que l'on voit habituellement. La matière dont se sert M. Calenzoli est une composition particulière dans laquelle la [illegible] entre pour une grande proportion, et qui jouit d'une assez grande dureté, sans être fragile. Étendue en couche mince, elle conserve une certaine transparence, et peut ainsi servir à figurer avec beaucoup de [illegible] les membranes et autres parties translucides du corps. Elle a permis aussi à M. Calenzoli de fabriquer des préparations dont les diverses pièces peuvent s'enlever successivement pour montrer les couches sous-jacentes, comme dans les préparations de M. Auzoux. Les personnes qui s'intéressent à ce genre de préparations examineront surtout avec intérêt [illegible] qui ont rapport à l'anatomie du globe oculaire, de l'oreille, du système nerveux, de la grossesse normale et de la grossesse extra-utérine.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Livres.

DIE MENINGITIS TUBERCULOSA VOM KLINISCHEN GESICHTSPUNCTE BETRACHTET ([illegible] méningite tuberculeuse considérée au point de vue clinique), par *H. Hahn* In-[illegible] Cologne, chez Du Mont Schaubert. [illegible] fr [illegible]

ZUR PATHOLOGISCHEN ANATOMIE DES CRETINISMUS (Contribution à l'anatomie pathologique du crétinisme), par *H. Eulenberg* et *F. Marcels*. In-8. Wetzlar, chez Rathgeber. 1 fr [illegible]

A MANUAL OF THE DETECTION OF POISONS BY MEDICO-CHEMICAL ANALYSIS (Ma[illegible] sur la découverte de poisons par l'analyse médico-chimique), par *F.-J. Otto*. In-[illegible] LONDRES, chez Baillière. 9 f[illegible]

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 4 SEPTEMBRE 1857. — N° 36.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 21 au 24 août 1857.

184. TAGUET, Marie-François-René, né à Pérols (Corrèze). [*Essai sur les règles de l'intervention dans les présentations du sommet à terme dans les cas de viciation du bassin.*]

185. RAOUX, Jean-Louis-Justin, né à Barjac (Gard). [*Du traitement des ophthalmies.*]

186. ELLEAUME, Alfred-Henri, né à Chevreuse (Seine-et-Oise). [*Essai sur les ruptures du cœur.*]

187. LEMONNIER, Charles-Eugène, né à Bonnœuvre (Loire-Inférieure). [*De la constipation.*]

188. DUPRÉ, Achille-Joseph-Auguste, né à Vendôme (Loir-et-Cher). [*Des affections syphilitiques du globe oculaire.*]

189. RIGAL, Pascal-Hippolyte, né à Gaillac (Tarn). [*Du mode d'oblitération des veines après la ligature.*]

190. BEURNIER, Jules-Charles-Edmond, né à Montbéliard (Doubs). [*Nature et traitement des tumeurs sébacées.*]

191. CHIL, Grégoire, né à Telde (Iles Canaries). [*Des différents moyens qui ont été employés dans le but de guérir les rétrécissements de l'urèthre.*]

192. BRUNEREAU, Pierre-Alexandre, né à Bordeaux (Gironde). [*Du siége, de la nature, des causes de l'hypochondrie.*]

193. LINAS, Jean-Aimé, né à Auterive (Haute-Garonne). [*Recherches cliniques sur les questions les plus controversées de la paralysie générale.*]

194. COZZONIS, Michel, né à Smyrne (Turquie). [*Des lois générales du mécanisme des accouchements naturels et spontanés.*]

195. DIEUDONNÉ, Alfred-Antoine-Adam, né à Nevers (Nièvre). [*Des principales difficultés du cathétérisme de l'urèthre.*]

196. BOBILLIER, Joseph-Théophile, né à Clerval (Doubs). [*De la phlébite des membres et principalement de son traitement.*]

197. CASSOU, Jean-Léon, né à Simacourbe (Basses-Pyrénées). [*De la phlébite de la veine ophthalmique.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

FEUILLETON.

Lettre médicale.

PAR MONTS ET PAR VAUX.

SOMMAIRE : Départ. — Les chemins de fer. — Bordeaux médical. — La question de l'Association générale des médecins.

Bayonne, 10 août 1857.

Me voici à deux cents lieues de vous, cher confrère, libre comme le coursier des pampas, léger comme un papillon qui aurait le ventre un peu fort et heureux comme le poisson dans l'eau...... chaude; car il fait ici un temps de Sénégal : les indigènes s'en plaignent ; mais moi, noyé dans une nonchalance inconnue, déplorablement livré aux séductions de l'oisiveté, mère de tous l s vices, je sens couler dans mes veines de si douces ondées de bonheur, que je prends ces chaleurs corrosives, comme la cigale, en chantant. Je défie qu'on me mette en colère. On m'apprendrait qu'il se trame, dans la région syphilographique ou ailleurs, un complot contre la GAZETTE HEBDOMADAIRE, que j'en rirais de toute ma gorge, et j'embrasserais sur les deux joues celui qui me montrerait une lettre où je serais insulté. J'ai, de plus, construit dans mon esprit un mur épais et solide entre les affaires laissées à Paris et tout ce qui va, pendant quinze bons jours, bruire à mes oreilles ou resplendir devant mes yeux, bien décidé à trouver tout beau et tout bon, chose d'ailleurs assez naturelle de la part d'un homme qui fait un voyage d'agrément.

Oui, mon cher confrère, le harnais commençait à devenir lourd, le bât de la clientèle faisait des écorchures, le mors du journalisme fatiguait la bouche, et je me suis échappé comme l'âne d'or (ô âne, pardon de la comparaison !), au risque de payer par des travaux plus durs ce moment de satisfaction Après donc avoir nanti, en père tendre, la jeune GAZETTE de tout ce qui était nécessaire à sa subsistance; après l'avoir recommandée, comme on recommanderait son cœur, aux soins dévoués de ses précepteurs ordinaires, j'ai confié ma fortune à un train express. Je suis arrivé à Bordeaux le 7 août, *en ne passant pas* par Orléans et Tours ; car c'est le caractère origi-

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 3 septembre 1857.

CATHÉTÉRISME DU LARYNX. — NOUVEAUX INSTRUMENTS. — NOUVEAU CAUTÈRE ÉLECTRIQUE. — NOTE ADDITIONNELLE SUR LES FONCTIONS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Nous avons voulu nous rendre un compte exact des procédés employés par M. Loiseau (de Montmartre), pour pénétrer dans les voies aériennes, les débarrasser des fausses membranes que le croup y accumule et les soumettre à la cautérisation ou à toute autre médication topique. L'extrême importance du sujet, ce que nous savions de l'honorabilité de notre confrère, de son savoir, de la persistance consciencieuse avec laquelle il poursuit depuis un grand nombre d'années des recherches accueillies avec indifférence, nous faisaient un devoir de ne pas nous en tenir aux impressions d'une courte conversation académique et de donner au moins au lecteur, relativement au mode opératoire, des indications suffisantes pour le mettre en état d'entreprendre lui-même des expériences.

Les instruments dont se sert M. Loiseau, et que M. Charrière, qui les a exécutés, a bien voulu mettre à notre disposition, se composent principalement de : 1° un tube métallique ou cathéter creux ; 2° des embouts mobiles ; 3° des olives creuses et fenêtrées ; 4° une pince dilatatrice.

Le cathéter est conique ; son calibre va en diminuant de l'extrémité libre à l'extrémité laryngienne, près de laquelle il offre une courbure à petit rayon. Cette petite extrémité peut recevoir des embouts de diverses formes, également métalliques, lesquels, fixés à une baguette de caoutchouc qui passe dans le tube et est munie d'un anneau, peuvent être fortement appliqués contre l'ouverture du tube pendant l'opération du cathétérisme, ou poussés dans le larynx une fois qu'ils ont franchi l'ouverture de la glotte, comme on fait pour la cautérisation de l'urèthre avec le porte-caustique de Lallemand. Celui dont se sert le plus habituellement l'auteur représente un quadrilatère allongé, terminé par un bouton ; chaque face du quadrilatère offre une cuvette pour recevoir du nitrate d'argent fondu. Toute cette partie de l'embout, couverte par le tube, que le bouton seul dépasse, en sort ou y rentre à la volonté du chirurgien. Un autre embout est composé d'une tige métallique guillochée et terminée par un petit cône creux : les guillochures de la tige permettent d'y faire adhérer du nitrate d'argent qui prend autour d'elle la forme d'un crayon, et cet embout sert tout à la fois à cautériser le conduit aérien et à racler les fausses membranes avec les bords du cône. M. Loiseau affirme qu'il pénètre avec ces instruments beaucoup plus loin que le larynx, jusqu'à la bifurcation de la trachée, ainsi que prétend le faire également M. H. Green. Il a même un porte-caustique particulier, composé d'un petit bouton qui est monté sur une tige métallique un peu courbe, qu'il recouvre de caustique, et qu'il croit pouvoir pousser (toujours avec la baguette de caoutchouc) jusque dans les grosses bronches ; dans la droite ou dans la gauche, suivant le côté vers lequel il dirige la concavité de la courbure.

Si l'opérateur ne veut pas pénétrer au delà du larynx, et s'il juge à propos d'employer le caustique ou toute autre substance en poudre, il remplace le porte caustique par une olive fenêtrée dont la cavité est chargée du médicament et qui se visse sur la petite extrémité du cathéter. Cette olive est traversée dans toute sa longueur par un petit tube ouvert à son extrémité, abouché d'autre part avec le conduit du cathéter lui-même, et qui, mettant le larynx en communication avec l'air extérieur, permet au chirurgien de s'assurer, par le bruit produit, qu'il a réellement pénétré dans le conduit respiratoire. C'est autour de ce petit tube que la substance médicamenteuse est entassée dans l'olive. L'instrument introduit, on lui fait exécuter quelques mouvements de va-et-vient et de rotation, qui ont pour but de détacher les fausses membranes pendant que les mucosités délayent une partie de la poudre. D'autres olives n'ont pas de tube intérieur ; elles communiquent donc directement avec la cavité du cathéter et servent aux insufflations.

Pour pratiquer des injections médicamenteuses, M. Loiseau se contente d'introduire dans son cathéter une sonde en caoutchouc, dont l'extrémité arrondie sert d'embout et offre une ouverture pour le passage du liquide. Il assure qu'il est facile, par ce moyen, de pousser les injections jusque dans la trachée, les bronches et les dernières racines de l'arbre respiratoire.

Enfin, l'auteur a imaginé pour l'extraction des fausses membranes du croup une pince dilatatrice, à mors unis, concaves par les faces, qui se regardent réciproquement et circonscrivent ainsi, en se rapprochant, un petit espace ovalaire. Les mors introduits dans le larynx, il les écarte, et les efforts de toux jettent, assure-t-il, dans l'intervalle qui les

---

nal et singulier du *rail-way* de ne vous mener directement nulle part : il vous jette, avec votre paquet, auprès de la voiture qui vous conduit l'un et l'autre à domicile, mais rien de plus. En supprimant de la route villes et villages, il a retranché ce qui constitue principalement la diversité des pays et ce qui contribuait le plus, au bon temps des diligences, à charmer l'ennui du voyage, c'est-à-dire la physionomie changeante des constructions, des visages, des costumes, et ce langage muet que parle au passant oisif tout lieu habité. Le panorama des champs et des montagnes, fut-il très varié, n'offre jamais un intérêt égal ni aussi durable ; il passe d'ailleurs si rapidement, qu'il ne reste guère dans l'esprit qu'un souvenir fort analogue à celui qu'on éprouve en courant le long d'une grille. Les voies ferrées sont faites pour les psychologues, qui y sont commodément pour regarder au dedans d'eux-mêmes, vu que l'objet impalpable de leur contemplation voyage aussi vite que leur propre corps. J'ai songé jusqu'à Orléans aux idées innées ; j'étais, en arrivant à Tours, fort occupé de l'activité volontaire et libre ; aux environs d'Angoulême, je rêvais à moitié endormi au bien et au beau, et le machiniste annonçait Bordeaux par un grand coup de sifflet quand, revenant à moi, j'eus tout de suite l'idée du mauvais et du laid ; mais il était temps de s'occuper des bagages.

Tout le Bordeaux médical est agité en ce moment de la même pensée. Je m'empresse d'aller rendre mes devoirs à M. X... Nos mains à peine jointes : « Que pensez-vous, me dit-il, d'une association générale des médecins de France ? » Je le quitte pour aller voir M. X..., qui m'apostrophe ainsi : « Ah çà, confrère, vous qui savez les choses, que savez-vous du projet d'agrégation de toutes les associations médicales de France ? » J'entre chez M. Z... : « Et cette réunion de toutes les associations médicales à celle de Paris, qu'en dites-vous ? Tenez, l'UNION MÉDICALE DE BORDEAUX s'en occupe en ce moment (1). » Et ainsi de suite pendant une matinée. Si vous ramassiez une à une (je vous préviens que ce ne sont pas des perles

(1) Il a paru en effet, dans l'UNION DE BORDEAUX, depuis que ceci est écrit, un article de M. Lachaze, dont le sens s'accorde, et je m'en honore, avec celui des remarques qu'on va lire. M. le docteur Roubaud, dans la FRANCE MÉDICALE, se déclare également pour les mêmes idées.

sépare des lambeaux membraneux qu'il est alors facile d'amener au dehors.

On le voit, c'est une répétition (avec extension et perfectionnement) des procédés américains, d'autant plus remarquable qu'elle remonte, au su de beaucoup de personnes, à une époque déjà éloignée où les travaux de M. H. Green sur le cathétérisme du larynx et de la trachée n'étaient pas connus en France, ni même peut-être commencés (1). Non pas que nous voulions revendiquer ce droit de priorité pour le médecin français, la date de la publication constitue seule le droit, et, comme nous le disions dans le dernier numéro, M. Loiseau a été devancé sur tous les points ; mais nous insistons sur cette coïncidence parce qu'elle est de nature à attirer fortement l'attention des médecins, même de ceux qui, comme nous, ne se croient pas encore autorisés à ranger parmi les moyens de la pratique usuelle, dans le croup et autres affections du larynx, de la trachée ou des bronches, le cathétérisme et la cautérisation directe des voies aériennes.

— M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, a présenté tout récemment à l'Académie de médecine une nouvelle espèce de cautère de son invention, dont il reconnaît devoir le principe à M. le professeur Masson. Nos lecteurs ont dû s'apercevoir que nous accordons d'ordinaire peu de place, dans nos colonnes, à ce genre de communications. Si, dans la circonstance présente, nous avons cru devoir déroger à nos habitudes, c'est parce que nous avons la conviction qu'il s'agit d'un instrument d'un utilité réelle, et que M. Mathieu vient de résoudre un problème qu'on s'était en vain posé depuis longtemps. Le nouveau cautère a d'ailleurs *fait* ses preuves. Expérimenté publiquement dans les services de chirurgie de l'Hôtel-Dieu et de la Clinique, il a répondu à l'attente de son inventeur et réalisé tout ce qu'il promettait.

Parmi les avantages du cautère électrique, il en est un qui a frappé tout le monde : c'est celui de permettre une cautérisation longtemps prolongée sans que l'instrument soit retiré. Malheureusement, pour chauffer au blanc un fil de platine d'un certain diamètre, il faut une pile très puissante.

(1) M. H. Green, comme nous l'avons dit, n'emploie pour le cathétérisme des voies aériennes, qu'une baleine munie d'une éponge, qu'il charge d'une solution caustique, ou une sonde en caoutchouc, par laquelle il injecte des liquides médicamenteux. Il y a quelque temps, un de ses parents (un neveu, croyons-nous), étant venu à Paris, a fait fabriquer par M. Lüer, sur un petit modèle, et pour en faire l'application au cathétérisme du larynx, un de ces mandrins articulés et à ressort que M. le docteur Blanche introduit dans la sonde œsophagienne, pour l'alimentation forcée des aliénés, et qui ont la propriété de se courber à mesure qu'on presse sur un anneau placé à son extrémité libre.

Celle de M. Middeldorpf, composée d'éléments de Grove, donne le courant le plus énergique sous le moindre volume. Ce n'est pas à dire pour cela qu'elle soit très portative ; mais son inconvénient le plus sérieux, c'est son prix élevé, qui sera longtemps un obstacle insurmontable à la généralisation de la cautérisation par le galvanisme.

Le nouvel instrument de M. Mathieu permet une cautérisation continue sans avoir les inconvénients du galvanocautère. Sa forme générale est celle des cautères usuels. Sa tige est formée de deux tubes juxtaposés, de la grosseur d'une plume à écrire ; ces tubes traversent le manche de l'instrument et se prolongent un peu au delà en divergeant. Ils reçoivent, l'un un courant d'air chargé d'éther, l'autre un courant d'air pur. Ces deux courants sont fournis par un ballon de caoutchouc muni de trois tubes. Par l'un de ces tubes, le ballon est gonflé au moyen d'un fort soufflet ; les deux autres sont deux tuyaux de décharge et s'adaptent sur les tubes métalliques qui constituent la tige de l'instrument. L'un de ces tubes de caoutchouc est interrompu dans son trajet par une boîte de métal dans laquelle est placée une éponge imbibée d'éther ; tous deux portent un robinet, qui permet de régler à volonté la force et l'ampleur du courant.

Du côté de l'extrémité cautérisante, les deux tubes de la tige se comportent de la manière suivante : le tube à air se continue, sans changer de calibre, jusqu'au renflement terminal du cautère. Le tube à éther, au contraire, s'arrête à deux ou trois centimètres de ce renflement, et s'ouvre dans un tube plus large entourant concentriquement le premier, comme un manchon. Cette disposition a pour but d'amener le courant d'air au centre du courant d'éther, et de rendre la combustion aussi active que possible.

Il nous reste à parler du renflement terminal. C'est une sorte de treillage serré en fils de platine, portant à son extrémité libre une lame du même métal percée de trous. C'est dans l'intérieur de ce treillage, qui peut recevoir la forme des différents cautères, que s'opère la combustion de l'éther.

Pour chauffer le cautère à éther, voici comment on s'y prend : le ballon étant convenablement distendu, on ouvre les deux robinets, et l'on met le feu au jet d'éther. Ce dernier brûle avec flamme, et ne tarde pas à chauffer au blanc l'extrémité renflée du cautère. On peut alors régler les deux courants de manière à entretenir la chaleur au même degré sans que la flamme paraisse au dehors du treillage de platine : c'est dans cet état que le cautère est appliqué.

Lorsqu'il s'agissait de pratiquer une cautérisation pro-

les réponses que j'ai semées de porte en porte, vous auriez à peu près ce qui suit :

« D'abord, je ne comprends pas bien une *adjonction des médecins des départements à l'Association des médecins du département de la Seine* : ce sont les termes du vœu exprimé par un certain nombre de médecins de Bordeaux, et dont l'initiative appartient à M. le docteur Jeannel. Entend-on que les associations locales, continuant à subsister, se rattacheront seulement par quelque lien d'organisation à l'association de Paris, qui deviendrait ainsi la tête du corps? ou bien, que, les associations locales disparaissant, les médecins de la France entière formeraient une seule et vaste association, dont le siége serait à Paris? Dans l'une et l'autre hypothèse, l'Association du département de la Seine, telle qu'elle est aujourd'hui constituée, ne peut devenir le centre et le moteur du système. Je l'ai dit ailleurs, sa qualité d'*établissement d'utilité publique*, en la laissant libre d'administrer ses affaires intérieures, l'enchaîne sur tout le reste, limite ses mouvements, circonscrit son but, définit ses droits, lui impose des statuts, pèse sur sa question financière, la place enfin directement sous l'œil de l'administration supérieure. Pour devenir autre chose que ce qu'elle est aujourd'hui, il faudrait, ou qu'elle renonçât aux avantages de la *personne civile*, au droit d'être propriétaire et d'acquérir par dons et legs, et qu'elle perdît tout à coup les fruits déjà considérables de cette position favorisée, ou qu'un nouvel acte de l'autorité lui conservât cette situation, tout en lui accordant cet énorme accroissement d'influence et d'action qu'on sollicite pour elle. L'État refusera-t-il? Ce ne serait pas assez pour passer outre ; il faudrait encore obtenir de lui l'autorisation de s'associer. Mais nous supposons cette autorisation accordée. Voilà le corps médical de France réduit à instituer la bienfaisance confraternelle sans le moyen qui souvent peut seul assurer l'accroissement progressif et la perpétuité du bienfait, à savoir : la faculté de grossir indéfiniment son trésor. L'État, au contraire, se décidera-t-il à un acte qui n'est pas dans ses habitudes? Les effets en seraient différents, suivant que l'association siégeant à Paris s'agrégerait simplement les associations des départements ou qu'elle les absorberait entièrement. Dans le premier cas, l'œuvre serait en-

longée du col utérin, par exemple, il était à craindre que le rayonnement du calorique ne chauffât pas assez fortement le spéculum pour produire des brûlures sur le vagin. M. Mathieu prévient heureusement ce danger au moyen d'un spéculum à parois doubles, entre lesquelles on fait passer un courant d'eau froide pendant toute la durée de l'opération. Même après une cautérisation de plusieurs minutes, ce spéculum n'accuse aucune élévation de température.

A. Dechambre et Marc Sée.

M. Chauveau vient d'adresser à l'Académie un nouveau mémoire sur les fonctions de la moelle (voyez aux *Académies*). Nous profiterons de cette occasion pour donner quelques développements à une idée que nous avons exprimée dans la Gazette hebdomadaire du 14 août, après avoir passé en revue quelques travaux récents sur les fonctions de la moelle; nous disions que la contradiction qu'on a voulu trouver entre les faits observés par MM. Longet, Brown-Sequard et Chauveau, ne nous semble pas exister en réalité, et que chacun des trois expérimentateurs peut avoir parfaitement observé. Pour rendre notre pensée plus clairement, nous allons nous servir d'un exemple.

L'expérience fondamentale sur laquelle repose la théorie de M. Longet est la suivante : sur un chien adulte, M. Longet pratique la section de la moelle au niveau de la dernière vertèbre dorsale, de façon à avoir deux segments, l'un caudal et l'autre céphalique. Interrogeant ensuite chacun de ces segments au moyen d'un courant galvanique, M. Longet observe les faits suivants :

A. *Segment caudal.* — 1° En plaçant les deux pôles de la pile sur les faisceaux postérieurs du segment caudal, il ne détermine pas la moindre convulsion dans les membres pelviens;

2° En agissant de même sur les faisceaux antérieurs, il produit des contractions violentes;

3° La stimulation des faisceaux latéraux donne lieu à des contractions musculaires moindres que celles qui succèdent à l'excitation des faisceaux antérieurs.

B. *Segment céphalique.* — 1° En appliquant les deux pôles de la pile aux faisceaux postérieurs, M. Longet développe de vives douleurs que l'animal manifeste par des cris aigus et des mouvements violents;

2° En agissant sur les faisceaux antérieurs et latéraux, il ne détermine pas la moindre douleur ni la moindre contraction.

Voilà une expérience qui a été souvent répétée et qui a toujours donné les mêmes résultats! Faite dans les conditions indiquées, elle donnera toujours des résultats identiques. M. Brown-Sequard a-t-il démontré qu'elle est entachée d'une erreur d'observation? Pas le moins du monde. Ce qu'il a contesté, ce sont certaines conclusions qu'on en a tirées, c'est ainsi, par exemple, qu'il a nié que les faisceaux postérieurs de la moelle président exclusivement à la sensibilité ; car quand on les coupe en travers, en conservant intacts les faisceaux antéro-latéraux et la substance grise, l'irritation de la surface de section postérieure détermine des douleurs très vives. Mais on remarquera que c'est là une autre expérience qui, il est vrai, démontre qu'on s'est trop empressé de tirer des conclusions, et qu'on a édifié une théorie qui reposait sur une base expérimentale trop étroite.

Entre MM. Chauveau et Brown-Sequard le différend ne nous semble de même nature. M. Brown conclut, de ses expériences, que la substance grise sert à la transmission des impressions, et c'est en effet là ce que feraient penser nos connaissances sur la texture de la moelle. M. Chauveau rejette cette conclusion de M. Brown. Démontre-t-il que les faits de ce physiologiste ont été mal observés? Nullement, une expérience différente lui donne un résultat différent. M. Brown avait agi sur la région lombaire de la moelle, M. Chauveau expérimente sur la région cervicale. Ne sait-on pas que la substance grise présente une disposition différente sur le trajet et à l'origine de la moelle? L'expérience de M. Chauveau démontrerait donc tout au plus que la théorie de M. Brown, applicable à toute la longueur de la moelle, ne l'est pas à l'origine de cet axe nerveux, tandis que les faits observés par M. Brown prouvent que M. Chauveau a eu tort de généraliser les résultats fournis par un seul ordre d'expériences.

On le voit donc, la méthode expérimentale n'est pour rien dans ces divergences d'opinions; chaque fois qu'on s'en sert convenablement, on arrive aux mêmes résultats immédiats. Mais il est si difficile de ne faire dire aux faits que ce qu'ils disent véritablement et de n'en tirer que les conclusions qu'ils renferment!

Marc Sée.

---

tachée d'un vice radical. Si les départements frappant à la porte de l'Association centrale courent le risque d'être éconduits par les exigences d'une position officielle ou embarrassés dans les entraves d'un assujettissement légal, ce n'est pas la peine de leur offrir un appui. Le second cas est logiquement plus admissible, mais alors voici la difficulté : Les partisans de l'association générale ne se proposent pas seulement une organisation de secours mutuels ; ils veulent encore l'amélioration morale et matérielle de la profession, et ils placent parmi les moyens d'obtenir cette amélioration la répression du charlatanisme et de l'exercice illégal. Or, une association générale, constituée établissement d'utilité publique, serait très mal appropriée au but complexe que je viens de définir, parce que ce but exige, pour être atteint, la liberté d'action et la disposition de moyens pécuniaires, deux choses incompatibles avec le régime des établissements de cet ordre. L'Association de Paris, restreinte par ses statuts à un office de charité (art. 1er), ne peut, par exemple, ni assister directement, ni soutenir de ses fonds un confrère appelé à combattre en justice pour le droit ou pour la dignité professionnels. Bien plus, on peut affirmer que l'État, qui accueille volontiers une institution de pure bienfaisance, ne conférera jamais un caractère officiel ou public à une institution qui porterait la main aussi avant dans les intérêts généraux de la société.

Tout ceci ne touche encore qu'aux moyens d'exécution. Le défaut capital du projet, vous le voyez, est de passer le niveau sur tout le pays médical et de lui imposer partout, sans le vouloir peut-être, le même régime, — soit le régime de l'association libre, moins bon que celui des établissements publics pour les localités où le produit des cotisations est insuffisant, — soit le régime des établissements publics, moins bon que celui de l'association libre pour des localités mieux dotées. Je me demande, dans l'hypothèse de l'association libre généralisée, de l'association privée de legs et de dons volontaires, et incapable de posséder, comment elle pourra vivre et se constituer plus durablement que les associations partielles qu'on déclare inviables ; je me demande, dans l'hypothèse d'une association non libre, comment on réalisera le but indiqué par le projet. Et, à côté de ces embar-

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Note sur un cas d'hémophilie avec leucocythémie et altération de la rate, par le docteur **Laveran**, médecin au Val-de-Grâce (1).

Les recherches sur la leucocythémie répondent incontestablement aux nécessités imposées à la médecine progressive, et ouvrent à l'esprit une voie nouvelle pour aborder les questions compliquées des fonctions de la rate et de la formation du sang. Mais en donnant à l'augmentation du nombre des globules blancs l'importance d'une maladie déterminée, n'a-t-on pas abordé la solution d'une question avant qu'un nombre suffisant d'observations ait permis d'en bien préciser les termes?

Après avoir attribué exclusivement à l'hypertrophie de la rate la cachexie leucocythémique, Virchow a dû, en l'absence de cette lésion, prendre en considération l'état des ganglions lymphatiques.

On a rapproché la même altération du sang de lésions moins bien déterminées : l'affection tuberculeuse, la cachexie cancéreuse.

On n'a pas précisé les caractères de l'hypertrophie splénique, qui a pour effet de produire la leucocythémie; on ne l'a pas distinguée de l'hypertrophie consécutive à l'intoxication paludéenne, affection fréquente, presque toujours curable dans de bonnes conditions hygiéniques; tandis que la leucocythémie est rare et jusqu'ici constamment mortelle.

Nasse, Henle, ont constaté que les hémorrhagies graves ont pour effet d'augmenter la quantité des globules blancs; M. Virchow a cru pouvoir attribuer les hémorrhagies de *Bluders* à l'altération de la rate, qui produit la leucocythémie. Et comme, d'autre part, l'hémorrhagie est un des symptômes les plus fréquents dans la leucocythémie symptomatique de l'hypertrophie de la rate, il reste à saisir les rapports qui lient les hémorrhagies constitutionnelles à l'altération de la rate, l'influence que les hémorrhagies symptomatiques de l'hypertrophie de la rate exercent sur la leucocythémie.

Dans l'incertitude de toutes ces questions, on ne saurait laisser sans les mentionner les observations relatives aux recherches de M. Virchow, de M. Bennett et des médecins français qui ont accepté leurs idées. C'est à ce titre que je crois devoir donner l'observation suivante.

Obs. — *Epistaxis répétées, cachexie profonde ; leucocythémie, mort au bout de huit mois. — Hypertrophie excentrique du cœur, altération du foie et de la rate.* — Le nommé Goiret, soldat au 1er de ligne, entre au Val-de-Grâce le 13 juin 1857.

Il est âgé de vingt-deux ans, au service depuis un an; il est né dans le département de la Haute-Saône, où il exerçait la profession de cultivateur.

Goiret n'a jamais été malade avant son entrée au service; ses parents se portent bien et n'ont pas été, qu'il sache, sujet à des hémorrhagies.

Il accuse une grande faiblesse causée par des épistaxis, qui se reproduisent à de courts intervalles depuis huit mois environ.

Goiret est d'une taille ordinaire, il est fortement musclé ; sa poitrine est large, son embonpoint marqué ; mais ses téguments sont d'une pâleur blême et en quelque sorte boursouflés; les conjonctives, les lèvres, sont décolorées, d'une teinte blanche bleuâtre ; le cou est court, gonflé, les extrémités froides, un peu œdématiées ; l'abdomen a assez de développement.

Le malade accuse de la céphalalgie, des étourdissements, une faiblesse qui l'empêche de se lever. Il est triste, irritable, a peu d'appétit ; les selles sont rares et difficiles.

La respiration est régulière, l'air traverse sans difficulté les fosses nasales. Le thorax raisonne d'une manière normale à la percussion, excepté à la région précordiale, dont la matité nous paraît plus étendue. Le bruit respiratoire est normal sans mélange de râles. Les battements du cœur sont énergiques, d'un timbre métallique ; pas de bruit aux carotides. Le pouls, très large, bat 75 fois par minute. Le volume de l'artère est énorme, sa résistance au doigt presque nulle.

La muqueuse de la bouche a une teinte bleuâtre, qui se continue jusque dans l'arrière-gorge; pas de soif, peu d'appétit. Le ventre est assez développé, souple sans matité sous les fausses côtes ; sans indice d'épanchement séreux. Les urines sont rouges sans traces d'albumine.

Alimentation tonique; sous-carbonate de fer, limonade minérale, applications froides sur la tête.

Le 14, épistaxis, peu abondante, qui cesse spontanément.

Le 15, même état ; le malade est triste, inquiet; manque d'appétit. Rhubarbe, 0,4.

Le 16, l'hémorrhagie se reproduit. Le sang s'écoule en bavant des deux narines sur la lèvre supérieure. On tamponne l'ouverture antérieure des narines avec de la charpie imbibée d'une solution de perchlorure de fer. Cessation momentanée de l'épistaxis, qui se reproduit dans la nuit. Le sang s'écoule dans la gorge et est rendu par expuition; le malade se refuse d'une manière absolue à l'introduction d'un tampon postérieur.

Le 17, la faiblesse est plus grande ; le malade, plus triste et plus irritable, se refuse à tout; il n'a pas soif et ne veut pas manger. Il prend quelques cuillerées de vin sucré.

Les jours suivants, les hémorrhagies se reproduisent avec moins

(1) Voir un autre cas d'hémophilie, p. 627.

---

ras, je considère l'avantage, je dirai même la convenance, qu'il y aurait à laisser aux diverses agglomérations médicales le soin de déterminer elles-mêmes l'objet précis et la mesure de leur œuvre, le régime sous lequel cette œuvre devra s'accomplir ; je considère la possibilité de grossir les associations partielles en étendant leur sphère géographique, de les grouper au besoin autour de certains centres, par exemple, autour de l'association du chef-lieu, où il est facile de représenter par un délégué les intérêts à défendre, et finalement je me sens peu porté vers une centralisation plus complète.

Quant à la valeur intrinsèque de cette centralisation, quel qu'en soit le mode, il faudrait savoir jusqu'à quel point on entend serrer le lien qui rattacherait les associations des départements à l'association de la capitale. Jusqu'à ce qu'on se soit expliqué à cet égard, je resterai, quant à moi, sur la réserve. Au point de vue de la bienfaisance, on ne voit pas ce qu'une commission parisienne aurait à faire dans une répartition de secours à Lille ou à Marseille, de quel droit ou avec quelle autorité elle regarderait à la gestion financière d'autrui. Au point de vue des intérêts moraux et professionnels, il faut distinguer. Il y a des intérêts plus spécialement locaux, ou, si l'on veut, des intérêts qui, en soi, affectent bien la généralité du corps médical, mais dont l'appréciation peut varier suivant le temps, le lieu, les circonstances : tels sont ceux, par exemple, qui se rapportent à l'exercice illégal, au charlatanisme, à la moralité professionnelle, aux règles de la confraternité, etc. Sur tout cela, les associations locales feront bien de maintenir toute leur indépendance, leur droit d'initiative comme leur droit d'exécution. Il n'y aurait rien de plus dangereux, et pour l'harmonie du corps médical et pour l'équité elle-même, qu'un pouvoir lointain qui jugerait sur informations. A chaque localité de voir ce qui lui convient et d'agir quand et comme il lui convient. Mais il y a aussi des intérêts généraux concernant la répression légale de certains délits, la réquisition judiciaire, le timbre, tout ce qui touche à la constitution organique de l'enseignement et de la profession. Sur ce terrain, je l'avoue, tout en me défendant des illusions communes sur les avantages qu'on se promet de remaniements

d'abondance ; elles cessent spontanément ou par l'emploi du tampon.

Le malade s'était un peu relevé de son abattement, lorsque dans la nuit du 26 au 27, l'hémorrhagie se reproduit avec assez d'abondance pour que l'infirmier ait recueilli 300 grammes de sang avant l'arrivée du chirurgien de garde.

27. Faiblesse extrême ; syncope au moindre mouvement, inquiétude, irritabilité, mauvaise humeur. Pouls peu sensible, large, mou. Les pieds et les mains sont froids ; la peau est d'une pâleur livide, marbrée sur les membres d'ecchymoses peu profondes. Le sang rendu par le nez est coagulé ; le caillot a gagné la partie inférieure du vase, remplie d'une sérosité trouble d'une teinte jaune. Le sang est examiné au microscope et soumis à l'analyse.

A dater du 27, la faiblesse, la décoloration des téguments augmentent de jour en jour. Plus d'appétit ; le malade ne prend que du vin sucré et un peu de limonade ; il est triste, découragé. Le tampon placé à l'orifice des narines détermine de l'œdème de la face ; les extrémités se refroidissent, les pulsations artérielles perdent de leur force ; et après des alternatives de calme et de retour de l'écoulement du sang, le malade succombe le 13 juillet, à quatre heures du matin.

Examen du sang. — Le sang recueilli le 26 est contenu dans un petit bocal cylindrique.

Le caillot a gagné la partie inférieure ; il est mou, sans forme déterminée, d'une teinte rouge jaunâtre, sans résistance à la pression.

Le petit volume du caillot, sa mollesse, ne nous permettent pas de recueillir la fibrine ; il est soumis à la filtration et à la dessiccation, afin de déterminer par-dessus tout la quantité d'eau.

Le sérum, coagulé par la chaleur, est traité de la même manière.

Voici les résultats de cette analyse :

Caillot desséché..........	104,5
Matières fixes du sérum...	50,0
Eau...................	845,5
	1000,0

La partie liquide du sang placé sous le microscope donne l'aspect d'un pus très étendu, celui d'un épanchement de la plèvre, par exemple.

A côté de quelques globules rouges, reconnaissables à leur forme discoïdale, à leur volume de 0,008 environ, le microscope montre un courant de globules un peu plus volumineux, transparents, quelquefois déchirés sur leurs bords et marqués à leur centre de quelques points opaques (globules blancs).

Nécropsie. — Cadavre fortement musclé ; téguments complétement décolorés ; pas de traces de putréfaction.

Un peu d'œdème sous-cutané de la face ; taches ecchymotiques au-dessus des malléoles. Les incisions ne fournissent qu'un peu de sérosité rosée ; les artères, les veines, ne contiennent aucun caillot.

Tête. — Les méninges sont soulevées par un peu de sérosité transparente ; elles s'enlèvent facilement de la surface du cerveau dont les circonvolutions ont une teinte gris pâle. Le cerveau, le cervelet, la moelle allongée, ont une consistance ferme ; mais ni la coupe, ni même la pression ne peuvent exprimer de leur tissu une gouttelette de sang. La substance blanche a l'apparence que lui donne un lavage complet et longtemps prolongé.

Thorax et appareil respiratoire. — Le cœur a un volume plus gros que le poing du sujet : du sillon auriculo-ventriculaire au sommet il mesure 11 centimètres ; sa largeur est également de 11 centimètres. Pas de caillot dans les cavités du cœur, qui ne paraissent agrandies. Les orifices sont dans l'état normal, mais les paros des cavités me paraissent épaissies.

Celles du ventricule gauche mesurent 13 millimètres ;

Celles du ventricule droit, 4 millimètres.

La muqueuse des fosses nasales est colorée uniformément par une teinte d'un rouge sale livide. Sa consistance est normale, sa surface lisse sans fongosités apparentes.

Les bronches ne présentent rien de remarquable. Les poumons, complétement décolorés, ne crépitent pas sous les doigts ; ils surnagent en masse et en partie.

Abdomen. — Tout le tube digestif a un aspect blanc lavé, comme s'il avait été soumis à une macération de plusieurs heures. La muqueuse est très consistante. Quelques bulles d'emphysème soulèvent celle de l'estomac. Les follicules intestinaux sont peu apparents. Les ganglions mésentériques, sans développement anormal, ont une couleur grise, une consistance ferme.

Les veines ont leur volume ordinaire et ne présentent de remarquable que la décoloration commune à tous les tissus.

Le foie me paraît moins développé que dans l'état normal ; il mesure 22 centimètres de son bord gauche à son bord droit, 16 centimètres de son bord antérieur à son bord postérieur.

La coloration extérieure a une teinte jaune rosé. Une coupe faite dans son tissu montre que cette coloration est due à la présence d'une petite quantité de sérosité sanguine qui n'a pas pénétré l'épaisseur de la glande, dont le tissu est exsangue, sec, d'une couleur grise, d'une apparence argileuse et manifestement induré.

La vésicule du fiel est distendue par de la bile noire peu épaisse.

La rate est plus développée que dans l'état normal, bien qu'il n'y ait pas d'hypertrophie prononcée.

Sa longueur est de 17 centimètres ;

Sa largeur de 12 ;

Son épaisseur de 11.

Sa coloration extérieure est d'un rose livide ; mais tandis que les autres organes sont remarquables par l'absence de tout fluide dans leur tissu, la coupe de la rate donne des surfaces d'un rouge livide, d'où s'écoule un ichor semblable au pus de certains abcès. La pression fait sourdre ce liquide de tous les points de l'organe, et cependant les portions détachées et soumises à un lavage prolongé montrent à la loupe les trabécules et le tissu normal de la rate, et résiste peut-être plus que dans l'état normal à la pression du doigt.

---

partiels, je comprends très bien les inconvénients de la fragmentation du corps médical et l'utilité d'un concert de tous ses membres. Or, un concert de cette nature suppose une représentation quelque part, et ce quelque part ne peut être que Paris. Donc, j'admettrais que, pour la défense de ces intérêts généraux, l'Association des médecins du département de la Seine, placée près du pouvoir, près de la cour suprême, près des sommités du barreau, solidement établie, bien famée, riche d'expérience, devînt, dans la mesure que lui permet sa position, la déléguée officieuse des associations de province. On peut, si on le désire, faire de cela l'objet d'une convention écrite ; mais je ne voudrais rien au delà. Je ne trouve point, dans cet heureux privilége de Paris, le motif suffisant d'une association générale, si l'on attache au mot son sens naturel, c'est-à-dire d'une réunion d'associations solidaires où *tous* les intérêts seraient mis en commun, avec une administration centrale siégeant à Paris. Une telle organisation condenserait bientôt toute initiative, tout pouvoir, dans l'Association de la Seine, et, même pour les intérêts d'un ordre général, je ne crois la chose ni juste, ni bonne. Les associations locales ne sont pas, comme on l'a dit, des membres dont il soit urgent de faire un corps ; ce sont, elles aussi, des corps entiers, intelligents et libres, qui peuvent se trouver bien de l'assistance d'un autre corps plus puissant qu'elles, mais qui ne méritent pas d'être annihilés. »

Tels sont, chers confrères, ou peu s'en faut, les propos que je promenais hier de la rue Esprit-des-Lois à la rue des Remparts, et des allées de Tourny à la rue des Trois-Conils. Si vous rencontrez M. Latour, priez-le de ne pas me faire, à mon retour, les gros yeux sous ses lunettes. C'est son mérite, que les objections faites à n'importe quoi de relatif à l'association médicale lui soient presque personnelles. Dites-lui, s'il ne le sait, que les miennes partent d'un cœur bien intentionné, et que, dans cette lettre comme dans son récent discours, *l'intérêt public seul est en cause.*

Je vous écrirai encore demain de Bayonne ; je n'ai pas fini avec Bordeaux.

Agréez, etc.

A. Dechambre.

Après vingt-quatre heures de macération dans l'eau, cet aspect est à peine modifié. La pression exprime de l'organe le même ichor sanguinolent, tandis que le tissu de l'organe résiste à la pression, comme s'il était induré.

Le liquide exprimé du tissu de la rate immédiatement après l'autopsie, et même après vingt-quatre heures de macération dans l'eau, donne au microscope l'aspect d'un liquide charriant des globules blancs, sans trace de globules rouges. Toutes les personnes présentes constatent facilement la nature leucocystique de ce liquide.

Le tissu du poumon, du foie, nous fournissent par expression un liquide de même apparence.

Les ganglions mésentériques, les capsules surrénales, ne présentent rien de remarquable.

Réflexions. — Dans une question nouvelle et à propos d'une seule observation, je serai sobre de réflexions. Je ne donnerai pas pour résolu ce qui est en doute dans mon esprit, à savoir :

Si les lésions du sang et de la rate ont été la conséquence des hémorrhagies antérieures ;

Si la cachexie hémorrhagique a eu pour cause l'altération peu avancée du foie et de la rate.

De ces deux hypothèses, la première confirmerait l'opinion des physiologistes qui regardent la rate comme l'organe où se forment les globules blancs : les pertes sanguines répétées devant avoir pour effet de provoquer de la part de cet organe une suractivité réparatrice.

La seconde, adoptée par M. Virchow, attribuerait à la rate une action sur la composition du sang, et peut-être sur les conditions spéciales qui s'opposent à sa sortie par hémorrhagie.

Des observations ultérieures pourront seules préparer la solution de ces questions à peine soulevées, et peut-être les réunir dans une même idée physiologique.

Si la rate est en réalité l'organe où se forment les globules blancs du sang, elle doit entrer dans une suractivité fonctionnelle à la suite d'hémorrhagies longtemps continuées, et verser dans le sang tout ce qu'elle peut produire de globules. D'autre part, son hypertrophie doit avoir pour conséquence de faire prédominer son action dans le jeu des harmonies organiques qui règlent la composition du sang, et de troubler l'équilibre, qui constitue la santé et la vie, par la formation d'une quantité surabondante de globules blancs.

Mémoire sur les causes de la cataracte lenticulaire, présenté à l'Académie des sciences le 29 juin 1857, par M. le docteur Castorani.

De toutes les questions de la pathologie oculaire il n'en est peut-être pas de plus intéressante que celle qui a pour objet l'étude des causes de la cataracte. Depuis déjà longtemps notre attention s'était dirigée sur ce sujet ; mais nous n'avions jamais osé l'aborder, le voyant hérissé de nombreuses difficultés. Cependant, désireux d'avoir une opinion arrêtée sur cette matière, nous avons entrepris quelques expériences : encouragé par les bons résultats qu'elles nous ont fournis, nous avons poursuivi notre tâche jusqu'au bout.

Le travail que nous avons l'honneur de présenter n'est pas seulement intéressant au point de vue théorique, mais encore il fournit des indications précieuses pour le traitement.

Nous allons démontrer que la cause de la cataracte réside dans la lenteur du courant de l'humeur aqueuse, dans le ramollissement de l'humeur vitrée et dans les sécrétions anormales qui se font dans la coque oculaire. D'abord nous avons établi le renouvellement incessant de l'humeur aqueuse, et ensuite nous prouvons par l'expérimentation et la pathologie que, quand cette reproduction se fait avec lenteur, la cataracte se forme de toutes pièces. En outre, nous allons démontrer que le corps vitré ne saurait dans aucun cas se reproduire et que, lorsqu'il est évacué, c'est l'humeur aqueuse qui vient le remplacer.

Il s'agissait encore de faire voir par quel mécanisme se produit l'opacité du cristallin ; nous verrons plus tard qu'il faut l'attribuer à un dérangement moléculaire purement et simplement.

Il paraît impossible, de prime abord, d'imiter la nature dans la formation de la cataracte ; cependant nous avons réussi non-seulement à produire la cataracte ordinaire, mais encore toutes les variétés qu'on a observées jusqu'à présent.

Nous avons pratiqué aussi des expériences sur l'humeur de Morgagni, et nous avons pu nous assurer qu'elle n'existe pas. Enfin, nous nous proposons de démontrer ce qui a pu induire en erreur cet illustre anatomo-pathologiste.

Dans les recherches nombreuses auxquelles nous nous sommes livré pour expliquer les causes de la cataracte en général, nous avons d'abord examiné comment se produit la cataracte traumatique en particulier. Ceux qui voient partout l'inflammation attribuent la lésion à une phlegmasie du cristallin. Cette manière de voir ne nous paraît pas conforme à la vérité. Selon nous, elle est produite par l'imbibition immédiate du cristallin par l'humeur aqueuse. Pour nous en assurer de manière à lever tous les doutes, nous avons eu recours à l'expérimentation. Muni d'une aiguille à cataracte, nous nous sommes mis à ouvrir la capsule du cristallin sur un grand nombre de lapins de tout âge. Chaque expérience a donné constamment le même effet : douze ou quinze heures après l'opération, la cataracte était complétement formée. Quand la capsule avait été largement ouverte, le temps de la formation était moins long : huit ou dix heures suffisaient. Il faut bien observer que, dans aucun cas, nous n'avons remarqué la moindre rougeur de l'œil, à moins que pendant l'expérience l'iris n'eût été intéressé.

Ainsi nous croyons avoir parfaitement établi ce fait, que la cataracte traumatique doit être attribuée, non pas à une lentite, mais bien à l'imbibition immédiate du cristallin par l'humeur aqueuse.

Un pareil résultat nous fit naturellement naître l'idée qu'on pourrait peut-être s'expliquer la formation de toutes les cataractes lenticulaires par l'imbibition médiate du cristallin par l'humeur aqueuse, et que la reproduction lente de cette sécrétion constituait une condition favorable au développement de ce travail pathologique. Telle est l'hypothèse qui nous a servi de point de départ. Voyons maintenant jusqu'à quel point elle a pu supporter le contrôle de l'examen et de l'expérimentation.

Abordons franchement ce point obscur de la science ophthalmologique, et exposons nettement le fruit de nos travaux et de nos nombreuses expériences. Nous ne nous sommes pas contenté d'opérer sur des lapins, mais nous avons répété nos opérations sur plusieurs espèces d'animaux, notamment sur des chiens, des chevreaux, des moutons, etc.

Avant d'exposer le mode opératoire qui a été suivi, il est indispensable de fixer l'attention sur cette particularité que l'humeur vitrée ramollie, les sécrétions anormales de la coque

oculaire, peuvent aussi, en pénétrant dans le corps même du cristallin, produire des cataractes. Cette considération nous conduira à faire des expériences, non-seulement sur l'humeur aqueuse, mais encore sur le corps vitré.

Ceci posé, nous allons faire connaître les diverses expériences que nous avons faites, la manière dont elles ont été pratiquées et les résultats qu'elles nous ont fournis.

Exp. I. — Avec une aiguille droite à cataracte, nous avons ouvert la cornée (peu importe le lieu d'élection); puis nous avons retiré l'instrument d'une manière lente et graduelle. Moyennant cette précaution, nous sommes constamment parvenu à vider la chambre antérieure de son humeur aqueuse, à cause de la contraction des éléments musculaires. A peine évacuée, l'humeur aqueuse ne tarde pas à se reproduire. Quand on opère sur des animaux jeunes et vigoureux, le renouvellement du liquide se fait en cinq ou six minutes. Quand, au contraire, il s'agit d'animaux débiles et âgés, il faut une ou deux minutes de plus. Nous avons eu beau répéter nos expériences sur toute espèce d'animaux, dans les circonstances les plus variées, le résultat a été toujours le même : évacuation de l'humeur aqueuse, renouvellement plus ou moins rapide de ce liquide selon l'âge et la force des animaux.

Il s'est présenté à notre esprit une objection. Ne pourrait-il pas se faire que la chambre antérieure se remplît aussi rapidement à cause du vide? Désireux d'arriver à une solution concluante nous nous sommes adressé à M. Luër, qui, d'après nos indications, a fabriqué d'une manière habile une seringue munie d'une aiguille canulée. Ensuite nous nous sommes servi d'une solution jaune de berbérine, d'un autre liquide rouge obtenu par l'ébullition du *palo morado* aiguisé de quelques gouttes d'acide chlorhydrique, et enfin d'un liquide vert très dense.

Exp. II. — A l'aide de cette seringue, nous avons pénétré dans la chambre antérieure par la sclérotique sans toucher au cristallin, et en poussant délicatement le piston nous avons coloré l'humeur aqueuse avec les liquides susmentionnés. Après chaque expérience, nous avons vu l'humeur aqueuse colorée disparaître en quelques minutes, et faire place à un liquide parfaitement limpide et normal. De plus, nous avons remarqué que le temps de la reproduction variait selon la densité du liquide injecté.

Nous nous croyons maintenant en droit de soutenir que l'humeur contenue dans la chambre antérieure est soumise à une espèce de flux et reflux en vertu duquel, à chaque instant, une partie passe dans le torrent de la circulation, tandis que, sous une influence que nous connaîtrons bientôt, un liquide nouvellement sécrété vient remplacer celui qui a disparu. Il y a donc deux courants continus qui se font équilibre, car l'un apporte ce que l'autre a emporté, de manière que la chambre antérieure soit toujours pleine de liquide.

Je ferai remarquer que l'humeur aqueuse, dégagée de tout élément étranger, subit d'une manière plus complète et plus prompte ce mouvement de va-et-vient. En effet, les corps colorants que nous introduisons, la compression que nous occasionnons, la densité des liquides employés, toutes ces circonstances doivent nécessairement gêner le travail physiologique qui se produit quand l'humeur aqueuse est parfaitement pure.

Nous verrons bientôt que, à l'intérieur de la coque oculaire, on ne remarque plus ce mouvement de va-et-vient. Effectivement, si, par une cause quelconque, il se fait un dépôt un peu considérable de pus ou de sang, ces corps étrangers ne sont plus emportés par un courant continu, et l'œil finit souvent par s'atrophier.

Ce travail serait bien incomplet si nous ne cherchions à déterminer sous l'influence de quelle cause se produit ce renouvellement non interrompu de l'humeur aqueuse. Ici encore, comme dans tout le cours de nos études, nous avons dû faire appel à l'expérimentation.

Exp. III et IV. — Après avoir scié l'arcade orbitaire supérieure droite sur un lapin, et l'avoir ramenée en avant, nous avons pénétré dans l'arrière-cavité de l'orbite, et nous avons pratiqué la section de la branche lacrymale de la cinquième paire; d'autres fois, même nous avons extirpé la glande lacrymale. La cornée a ensuite été ouverte sur l'œil droit d'après le procédé que nous avons indiqué, tandis que sur l'œil gauche nous nous sommes contenté d'ouvrir la cornée sans toucher à la branche lacrymale. Nous avons pu constater qu'à droite comme à gauche la chambre antérieure n'a pas tardé à se remplir, comme dans les expériences précédentes.

Ayant remarqué cependant que l'œil droit conservait son humidité presque comme avant, nous nous demandâmes si le liquide qui avait rempli la chambre antérieure ne provenait pas de la sécrétion conjonctivale. L'objection, comme on le voit, mérite d'être examinée et résolue. Dans ce but, nous avons pratiqué, sur un lapin, la section des deux paupières de l'œil gauche, au niveau des arcades orbitaires, et nous avons appliqué un coussinet de coton bien sec sur la partie scléroticale du globe oculaire, de manière à tenir la conjonctive dans un état parfait de siccité. Au contraire, la cornée avait été laissée parfaitement libre, et communiquait par conséquent avec l'air extérieur. Toutes ces précautions ayant été prises avec les soins les plus minutieux, nous avons ouvert la cornée sur l'œil gauche d'abord, puis sur l'œil droit, auquel nous n'avions pas encore touché. Que s'est-il passé? L'humeur aqueuse évacuée par la ponction s'est renouvelée aussi rapidement dans un œil que dans l'autre. Après un pareil résultat, il devenait évident que ni la glande lacrymale ni les glandes conjonctivales ne contribuent, en aucune façon, à la reproduction de l'humeur aqueuse.

Toutes les expériences précédentes ayant été négatives, nous avons pensé que la reproduction de l'humeur aqueuse était produite sous l'influence des nerfs ciliaires.

Exp. V. — Nous avons donc pratiqué la section de ces nerfs dans l'arrière-cavité de l'orbite, soit à leur sortie du ganglion ophthalmique, ce qui a été fait sur des chevreaux, soit autour du nerf optique ou conjointement à ce nerf, ce qui a été exécuté sur des lapins, et nous avons pu nous assurer que, par cette section, nous avions tari la source de l'humeur aqueuse, car après l'avoir évacuée, elle ne s'est plus reproduite. Quelques expériences ont paru donner un résultat différent; mais, après un examen sérieux, nous avons pu nous assurer que, dans le cas d'insuccès, la section des nerfs n'avait été pratiquée que d'une manière incomplète. Je ferai observer que dans ce cas, ayant piqué la cornée avec une aiguille, l'animal n'a pas donné signe de sensibilité; tandis qu'ayant pratiqué la même opération sur l'iris, nous avons remarqué l'effet contraire. Je dirai enfin que nous avons coupé l'artère centrale de la rétine, conjointement avec le nerf optique, et que nous avons pu nous assurer qu'elle n'a aucune influence ni sur le renouvellement de l'humeur aqueuse, ni sur l'imbibition du cristallin.

Après avoir prouvé que l'humeur aqueuse évacuée ne tarde pas à se renouveler, après avoir démontré sous l'influence de quelle cause a lieu cette reproduction, nous allons nous occuper maintenant de l'humeur vitrée, et bientôt nous aurons acquis la conviction que dans aucun cas elle ne saurait se renouveler.

Quand on vient à faire sortir de la coque oculaire une plus ou moins grande quantité de corps vitré, le vide se remplit non pas d'humeur vitrée de nouvelle formation, mais bien d'humeur aqueuse. Tel est le principe que nous mettons en

vant et que nous allons démontrer par des preuves tirées e l'expérimentation.

Exp. VI et VII. — Après avoir pratiqué sur des lapins une large ouverture à la partie postérieure de la sclérotique, il a été facile de passer avec le stylet une assez grande quantité d'humeur vitrée. la suite de cette opération, l'œil était affaissé et l'iris se plissait. ais quelque temps après, une ou deux heures environ, la chambre ntérieure s'agrandissait en changeant de forme, pendant que la ce antérieure de l'iris devenait concave. Toutefois cet état n'était as permanent. Environ après vingt-quatre heures l'œil avait repris peu près et sa résistance normale et sa forme ordinaire.

Avant de tirer parti de cette expérience, passons à une seconde, ui la complète. Sur d'autres lapins, nous avons aspiré l'humeur itrée au moyen de la seringue dont il a été question, et il nous a té donné d'observer les mêmes phénomènes que dans le cas précédent. Seulement l'œil ne mettait guère que trois ou quatre heures, u lieu de vingt-quatre, pour se remplir et reprendre sa forme et a résistance habituelle. Cette différence s'explique facilement : ans la première expérience, la large ouverture pratiquée à la sclérotique laissait échapper une partie de l'humeur aqueuse à mesure u'elle pénétrait dans la coque oculaire, tandis que dans la suivante l'orifice était si petit, qu'il ne laissait pas d'issue au liquide.

Rendons maintenant compte de phénomènes qui se passent dans ces expériences. Et d'abord, comment se fait-il que la chambre antérieure augmente de capacité? Selon nous la chose est facile à expliquer. L'humeur aqueuse, ainsi qu'il a été dit, éprouve d'une manière continue un mouvement d'absorption et de reproduction; or, dès que le corps vitré a été retiré, elle n'éprouve plus de résistance en arrière; de là cette concavité que forme l'iris en avant. Pour pénétrer dans la coque oculaire, l'humeur aqueuse peut passer entre la circonférence du cristallin et les procès ciliaires de la choroïde, ou bien elle peut traverser les membranes très minces qu'elle rencontre sur son passage. Voilà l'idée qui s'est présentée tout naturellement à notre pensée; examinons si elle est fondée.

Exp. VIII. — Nous avons extrait de l'œil d'un lapin le corps vitré presque en entier au moyen de notre seringue, puis avec le même instrument nous avons injecté de l'eau dans la chambre antérieure par la cornée. Tout aussitôt nous avons remarqué l'agrandissement de cette cavité, le refoulement d'avant en arrière de l'iris, et bientôt après la coque oculaire a repris sa résistance normale, parce que le produit de l'injection y avait pénétré. Nous avons pu nous assurer facilement de cette pénétration en pratiquant une petite ouverture à la sclérotique, et en examinant ce qui s'écoulait par cet orifice.

Pour rendre le phénomène plus sensible, nous avons injecté des liquides colorés, et constamment le résultat a été e même.

L'eau introduite dans la chambre antérieure pénétrerait beaucoup plus promptement dans la coque oculaire, n'était a présence du cristallin qui se trouve sur son passage. En effet, ayant, sur d'autres lapins, pratiqué des injections dans a chambre antérieure après avoir enlevé le cristallin, nous avons vu le liquide arriver rapidement à sa destination. De même aussi, quand, après avoir fait disparaître le cristallin, nous abandonnions l'œil à lui-même, l'humeur aqueuse ne tardait pas à pénétrer dans la coque oculaire. Toutefois ce phénomène se produit dans un espace de temps qui peut varier beaucoup. En effet, on ne sait jamais positivement si e cristallin qui, à cause de sa diaphanéité, échappe aux regards, est réellement déplacé; ou bien si, au contraire, il s'applique plus ou moins complétement contre la pupille, de manière à gêner la circulation du liquide.

Une fois que l'humeur aqueuse a pénétré dans la coque oculaire, elle ne se renouvelle pas aussi vite, car ayant injecté des liquides colorés dans cette cavité, nous les avons retrouvés au bout de quatre ou cinq jours, et même quelquefois après un temps beaucoup plus long. Ne pourrait-on pas dire après cela que l'humeur aqueuse est comme une rivière qui vient former lac dans la coque oculaire?

En voyant les liquides contenus dans la chambre antérieure passer dans la coque oculaire, on serait porté à croire que le passage en sens inverse peut également avoir lieu. Cependant il n'en est rien le plus souvent. Nous en avons acquis la preuve en faisant les injections colorées dans la coque oculaire dépouillée du corps vitré. Il est arrivé assez souvent que les liquides injectés n'avaient point passé dans la chambre antérieure. Dans cette circonstance, l'appareil cristallinien s'applique contre l'iris de manière à intercepter le passage. Il faut cependant convenir que, quand l'œil est plus ou moins flasque, nous avons vu quelques gouttes de sang ou de pus passer de la coque oculaire dans le champ de la pupille et dans la chambre antérieure.

Je ferai remarquer que la coque oculaire ne se remplit pas complétement après l'opération, quand l'inflammation se manifeste. Dans ce cas l'œil reste flasque et mou : cela doit être attribué à l'existence de la plaie scléroticale, quand elle existe, et au resserrement de la pupille sous l'influence de l'inflammation.

Il m'est arrivé d'ouvrir les yeux des lapins qui avaient servi à mes expériences après plusieurs jours, et j'ai toujours trouvé que le liquide contenu dans la coque oculaire avait la densité de l'eau : dans ce cas je n'avais extrait que le corps vitré.

Les expériences précédentes démontrent de la manière la plus manifeste que l'humeur aqueuse constitue un courant continu, qu'elle se reproduit quand elle a été évacuée, que cette reproduction a lieu sous l'influence des nerfs ciliaires. D'autres expériences nous ont montré que l'humeur vitrée, au contraire, ne saurait se renouveler dans aucun cas, et qu'une fois évacuée elle est remplacée par l'humeur aqueuse. Il ne nous reste plus maintenant qu'à produire des cataractes de toutes pièces. C'est ce que nous allons faire, et voici comment.

En pratiquant la section de nerfs ciliaires, on supprime la sécrétion de l'humeur aqueuse. Les lapins sur lesquels nous faisions cette opération étaient conservés vivants pendant un, deux ou trois jours; puis on les sacrifiait. Que trouvions-nous sur ces animaux? Un assez grand nombre de lésions pathologiques plus ou moins avancées, selon le temps qui s'était écoulé entre le moment de l'opération et celui de la mort. Le corps vitré présentait un ramollissement plus ou moins prononcé, la chambre antérieure était plus ou moins vide, la cornée transparente s'était épaissie, et le cristallin avait acquis un volume assez grand, en même temps qu'il était devenu blanc et opaque. Enfin on pouvait remarquer une couche de liquide entre le cristallin et la capsule. Que si l'on promenait une aiguille à cataracte dans le corps vitré pour en diminuer la consistance, les mêmes phénomènes se produisaient avec cette différence, que la cataracte mettait moins de temps à se former.

Exp. IX. — Pour être bien certain que la cataracte était le produit de la pénétration dans le cristallin d'un liquide venu du dehors,

et non pas le résultat d'un travail pathologique qui se passerait dans le corps même du cristallin, nous avons injecté tantôt dans la chambre antérieure, tantôt dans la coque oculaire, différentes substances colorantes, et nous avons obtenu toute espèce de cataractes, comme l'indique le tableau suivant. Dans le but de compléter nos expériences, nous avons encore fait des injections avec de l'eau distillée, de l'eau de rivière, comme aussi avec de l'humeur aqueuse et de l'humeur vitrée prises sur d'autres lapins.

Ainsi nous avons produit :

1° La *cataracte rouge*, par le rouge de Brugnatelli, par la carmine, et par le carmin dissous dans l'ammoniaque ;

2° La *cataracte jaune*, par la berbérine, par un nouvel alcaloïde extrait de l'écorce de la *Zieiria octandria*, famille des Diosmées, originaire d'Australie, par le picrate d'ammoniaque, et par la benzine colorée avec le principe jaune cristallisable du bois taygu, provenant du Paraguay ;

3° La *cataracte couleur marron*, par l'hématine ;

4° La *cataracte bleue*, par le sulfo-indigotate de potasse, et par la matière colorante du *palo morado* dissoute dans la glycérine diluée ;

5° La *cataracte verte*, par le sulfo-indigotate de potasse et picrate d'ammoniaque, et par le vert de Chine dissous dans la glycérine ;

6° La *cataracte violette*, par l'orseille ;

7° La *cataracte noire*, par le gallate de fer ;

8° La *cataracte blanche*, par l'eau distillée, par l'eau commune, par l'humeur aqueuse et par l'humeur vitrée.

Je ferai observer que tous ces liquides ne coagulent pas l'albumine.

Je dois ces diverses substances telles que je les ai indiquées à M. Arnaudot, élève distingué de M. le professeur Chevreul ; qu'il me soit permis de le remercier.

Nous savons que le corps vitré ne jouit pas de la propriété de se renouveler ; nous savons aussi que l'humeur aqueuse, en pénétrant dans la coque oculaire, y séjourne longtemps par la raison qu'elle ne se renouvelle pas souvent, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut. Cette circonstance nous a fait entrevoir la possibilité de produire des cataractes par la coque oculaire, sans avoir préalablement coupé les nerfs ciliaires. Il suffit pour cela d'aspirer une grande partie du corps vitré et d'injecter à la place de l'eau ou un liquide colorant. Au bout de huit à dix jours, la cataracte est formée. Le résultat est obtenu plus facilement si l'on parvient à extraire le corps vitré presque en totalité, car on n'a pas besoin dans ce cas de faire d'injections préalables ; l'humeur aqueuse qui a passé dans la coque oculaire suffit, à elle seule, pour produire la cataracte.

Il est évident que la formation de la cataracte est d'autant plus rapide que l'évacuation de l'humeur vitrée est elle-même plus complète. Si, en effet, il reste une quantité plus ou moins grande de cette humeur, par exemple un tiers, qu'arrive-t-il ? La membrane hyaloïde et la rétine se replient sur ce reste ; celui-ci, à son tour, vient s'appliquer sur le cristallin et le protège ainsi contre l'imbibition. C'est ce qu'il m'a été donné de remarquer sur plusieurs lapins tués quinze ou vingt jours après l'opération. Il est probable que, au bout de plusieurs mois, le corps vitré se ramollirait, et que ce ramollissement finirait par amener l'opacité du cristallin. En effet, nous venons de voir une cataracte complète sur un lapin opéré depuis six mois.

(La suite à un prochain numéro.)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 24 AOUT 1857. — PRÉSIDENCE DE M. DES[illegible]

THÉRAPEUTIQUE. — *De l'emploi de la cétoine dorée dans le [illegible] tement de la rage*, par M. *Guérin-Méneville*. — A l'occasion [illegible] article inséré dans le MONITEUR du 16-17 août sur les heureux [illegible] d'un remède employé en Russie contre la rage, l'auteur rap[illegible] qu'il a lui-même communiqué à l'Académie des cas de gu[illegible] obtenus dans d'autres parties de ce vaste empire, au moyen [illegible] *cétoine dorée*. Il est disposé à croire que les nombreuses [illegible] mentionnées dans l'article du MONITEUR, et obtenues au moyen [illegible] remède tenu secret, sont dues à l'emploi de la poudre de cét[illegible] il pense donc qu'il conviendrait d'essayer ce spécifique co[illegible] maladie à l'égard de laquelle la médecine ordinaire a été [illegible] jusqu'à ce jour de confesser son impuissance, et il souhaite [illegible] les essais pussent être faits sous les auspices de l'Acad[illegible] sciences. Il envoie, à l'appui de cette demande, trois num[illegible] sa REVUE DE ZOOLOGIE, où il a fait paraître des articles su[illegible] toine dorée, considérée au point de vue de la thérapeutique

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE 1857. — PRÉSID. DE M. MICHEL LÉ[illegible]

M. le *Président* communique à l'Académie une lettre de M. D[illegible] qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, et de n'avoir [illegible] rédiger le procès-verbal.

M. *Roche* occupe le fauteuil du secrétaire perpétuel.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet : — *a*. Un [illegible] pliation d'un décret autorisant l'Académie à accepter le legs de 2,000 francs [illegible] 3 p. 100 qui lui a été fait par le baron *Barbier*. — *b*. Ampliation du décret par [illegible] est approuvée l'élection de M. le docteur Moquin-Tandon dans la section de [illegible] tique et d'histoire naturelle médicale.

2° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics [illegible] *a*. Un rapport de M *Debraud*, médecin adjoint des épidémies pour l'arrond[illegible] Dôle, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune [illegible] depuis le 20 octobre 1856 jusqu'au 25 janvier 1857. (*Commission des [illegible]*) — *b*. Un rapport de M. *Bach*, médecin inspecteur des eaux minérales de [illegible] sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855. (*Commiss[illegible] eaux minérales.*) — *c*. Plusieurs recettes de remèdes secrets. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M. *Loiseau* (de Montmartre) croit devoir faire observer à l'Académie de médecine qu'en lui soumettant son mémoire sur le traitement du croup il ne s'était proposé qu'une chose : prouver q[illegible] était possible de guérir cette terrible maladie sans opération sanglante ; mais puisqu'il résulte des réclamations et de la discuss[illegible] de mardi dernier que la priorité n'a été réclamée qu'en faveur [illegible] l'anneau et du procédé attribués à Dieffenbach, de la baleine [illegible] docteur Green, de New-York, du tube et du procédé de Chauss[illegible] il croit à son tour devoir réclamer la priorité pour tous les instru[illegible] ments qu'il a présentés comme propres à cautériser les différents points de l'arbre aérien, ainsi que les pinces et instruments propres à extraire ou faciliter l'expulsion des corps étrangers qui pourraient se trouver dans les voies aériennes ; en un mot, de l'ensemble des procédés ou instruments qu'il a fait connaître, et pour la priorité desquels personne n'a réclamé.

M. le *Président* annonce qu'à quatre heures et demie l'Académie se formera en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur la présentation des candidats aux places d'associés nationaux dans la section de médecine.

CHIRURGIE. — *De l'ablation complète du maxillaire inférieur.* — M. *Huguier* lit en son nom et au nom de M. *Larrey* un rapport

sur un mémoire de M. le professeur Heyfelder (d'Erlangen) intitulé : *Mémoire sur l'ablation totale de la mâchoire inférieure.* (M. Huguier n'ayant pas déposé son travail sur le bureau de l'Académie, il nous est impossible d'en donner l'analyse.)

La commission émet le vœu que le nom de M. Heyfelder soit placé sur la liste des candidats au titre de correspondant étranger. Elle propose en outre que des remercîments soient adressés à M. Heyfelder, et que son travail soit honorablement déposé dans les archives de l'Académie.

Après quelques paroles échangées entre MM. *Moreau*, *Londe*, *Cazeaux* et *Huguier*, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

PHYSIOLOGIE. — *Des fonctions de la moelle épinière.* — M. *Chauveau*, chef de service d'anatomie et de physiologie à l'École vétérinaire de Lyon, lit une note sur l'*étude des fonctions de la moelle épinière*.

L'auteur s'est proposé dans ce travail de combattre les idées nouvelles émises par M. Brown-Séquard sur la physiologie de la moelle épinière.

Dans la première partie de son travail, il examine s'il est vrai que *les impressions sensitives passent d'un côté à l'autre de la moelle en arrivant à cet organe avant de se diriger sur le sensorium commun*.

D'après M. Brown il y a non-seulement conservation de la sensibilité, mais hyperesthésie du côté et en arrière de la section et insensibilité du côté opposé. M. Chauveau prétend : 1° que les mouvements consécutifs au pincement du membre du côté de la section sont dus, même lorsqu'ils se généralisent dans tout le tronc, à une action réflexe; 2° lorsque la douleur existe, le phénomène est complexe, il y a d'abord contraction réflexe, puis douleur résultant de cette contraction, comme il a pu s'en assurer bien souvent, surtout chez les solipèdes.

Pour la seconde assertion de M. Brown, relative à l'insensibilité du côté opposé, il la nie formellement; toujours et sur tous les animaux soumis à ses expériences, il a observé de la douleur. Pour soutenir ce qu'il avance, il présente à l'Académie deux pigeons chez lesquels la moitié latérale droite de la moelle a été coupée au niveau du renflement lombaire, et qui manifestent, quand on pince le côté gauche, une vive sensibilité.

M. Chauveau examine, dans une seconde partie, s'il est vrai que *les impressions sensitives soient conduites au cerveau par la substance grise centrale*, et ici encore il se trouve en désaccord avec M. Brown; lorsque sur un animal dont on a coupé les faisceaux antérieurs et postérieurs, et les cordons latéraux de la moelle de manière à ne laisser intacte que la substance grise, on observe encore quelques signes de douleur; ce n'est pas, dit-il, l'excitation directe qui la détermine, mais l'excitation transmise à des organes encore sensibles, et provoquant une contraction automatique, et douleur consécutive. Les conclusions de M. Chauveau sont que : 1° les impressions sensitives ne se croisent pas en arrivant à la moelle; 2° ce n'est pas par la substance grise médullaire centrale qu'elles sont conduites au cerveau.

L'auteur fait observer que, si les principes posés dans ces conclusions sont opposés à ceux de M. Brown, la plupart des faits observés par cet habile expérimentateur n'en restent pas moins exacts et dignes du plus haut intérêt. Seulement ces faits étaient plus complexes que ne l'a cru M. Brown.

Grâce à une étude neuve à plusieurs égards des phénomènes réflexes, M. Chauveau a pu décomposer ces faits en leurs éléments et en montrer la véritable signification. (*Commissaires*: MM. Longet, Bérard et H. Bouley.)

Il est quatre heures vingt minutes, l'Académie se forme en comité secret.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Cas d'hémophilie, avec réflexions, par le docteur MAGNUS HUSS, professeur de clinique à Stockholm (1).

OBS. — Fille âgée de vingt-trois ans. Il n'y a jamais eu de propension à l'hémorrhagie parmi ses ascendants, ni parmi ses frères et sœurs. Sa constitution est lymphatique. Elle a été réglée à quinze ans, et n'a eu à aucune époque de métrorrhagie. Dans son enfance, elle a eu des attaques de convulsions ; depuis, elle est assez irritable. Les légères lésions cutanées qu'elle avait se cicatrisaient aussi facilement que chez les autres personnes et n'ont jamais produit d'hémorrhagie. Le 4 août 1855, étant en service, elle aurait été violemment souffletée et aurait reçu des coups sur le crâne avec un corps dur. A la suite de ces coups, elle est prise de convulsions, crie et se frappe avec force la tête contre les objets environnants; puis elle perd connaissance pendant une demi-heure. Quand elle revient à elle, elle remarque qu'une forte hémorrhagie s'est faite à la partie chevelue de la tête ; mais elle ne sait pas s'il y avait dans ce point quelque blessure. Elle reste pendant onze jours dans un état de torpeur physique et morale ; elle se souvient cependant que pendant ce temps l'hémorrhagie a continué, et qu'elle a saigné par les yeux ou autour des yeux, par l'oreille gauche, et qu'elle a vomi du sang. Pendant deux mois, faiblesse extrême des membres du côté gauche ; la malade garde le lit, et l'on observe encore chaque jour, quelquefois tous les deux jours, un saignement par la tête, par les paupières, par les oreilles et par la bouche. Il n'y avait pas de plaie à la tête. Au bout de deux mois, la paresse des facultés intellectuelles cesse, la faiblesse physique persiste encore un peu : légère sensibilité à une tache sur le crâne, tache où les cheveux sont en partie tombés. Depuis lors, il y a des sortes d'accès hémorrhagiques durant un ou deux jours, se faisant par les parties indiquées, séparés par des intervalles variables de huit à quinze jours, et causés en général par quelque émotion. Les règles continuent à être tout à fait normales. Dans les intervalles des accès, la santé se rétablit ; il n'y a qu'un peu de faiblesse.

La malade entre, en février 1851, à l'hôpital de Wenersborg : elle y reste cinq mois, pendant lesquels son état ne subit aucun changement. En juillet 1851, elle est admise à l'hôpital Seraphim, de Stockholm, dans le service du professeur Santesson, qui constate qu'il n'y a pas la moindre cicatrice sur le cuir chevelu. Dans ce service ont lieu plusieurs attaques d'hémorrhagie ; une d'elles se distingue des autres par quelques particularités : elle commence par de forts vomissements de sang et une hémorrhagie abondante au crâne ; et, presque dès le début, la malade tombe dans un profond état soporeux qui dure huit jours, au bout desquels elle se réveille tout à coup pour recouvrer toute son intelligence. Après son réveil, les deux extrémités du côté gauche étaient faibles, et la sensibilité y était émoussée. Cette paralysie diminue peu à peu et est complétement dissipée au bout de trois semaines. A la suite de cette crise, elle a ressenti pour la première fois une douleur dans le côté gauche, au bord des côtes.

Au mois de mars 1852, elle est confiée aux soins des professeurs Malmessen et M. Huss. A cette époque, la malade est un peu anémique et amaigrie. Humeur irritable, avec un peu d'abattement ; pas d'altération des organes des sens. Poumon et cœur sains, palpitations fréquentes ; bruits anémiques à la base du cœur et au niveau des vaisseaux du cou ; organes de la digestion en bon état ; fonctions digestives s'exerçant bien ; pas d'altération dans le volume du foie et de la rate. Organes génito-urinaires dans l'état physiologique ; urines normales ; pas de leucorrhée. Les deux moitiés du corps paraissent également fortes. Pas de sensibilité à la pression sur la série des apophyses épineuses.

Les hémorrhagies surviennent à la suite de quelque émotion, quelquefois en dehors de cette cause ; elles ne se montrent pas à des époques régulières : tantôt les intervalles durent plusieurs jours, tantôt plusieurs semaines. Les accès sont généralement précédés d'un sentiment de malaise général, d'une irritabilité plus grande, de pesanteur à la tête ; quelquefois il n'y a pas de prodromes. Il n'y a aucune liaison entre ces accès et les périodes menstruelles. L'hémorrhagie a lieu sur les deux côtés de la suture coronaire, dans une surface de 3 centimètres de largeur sur 10 de longueur. Le sang filtre autour de la racine des cheveux, forme autour de chaque cheveu d'abord un point rouge, puis une goutte, bientôt suivie d'une nouvelle goutte. Cette filtration est très rapide, et si l'on n'essuie pas la place, il se forme un caillot épais d'un centimètre et au delà, au-dessous duquel filtre le sang. Le sang est toujours rutilant, artériel. Il n'y a pas d'excoriation à la surface saignante. Les globules du sang sont remarquables en ce qu'ils ne se mettent pas en piles et restent isolés : il n'y a pas de globules blancs. La proportion du sérum est normale.

(1) Voir aux *Travaux originaux*, p. 621.

L'hémorrhagie peut durer de quelques heures à cinq ou six jours. Il y a un peu de sensibilité au niveau de la partie qui saigne, et la température y est un peu plus élevée. Un peu avant l'accès, elle a un léger vertige, de la chaleur et des battements à l'endroit qui va saigner ; parfois le saignement survient tout d'un coup. Dans les accès graves le pouls devient fréquent et fébrile. Ordinairement, ce n'était que du crâne que la malade saignait ; mais quelquefois le sang sortait des follicules des cils, et si abondamment qu'il formait, lorsqu'on ne l'essuyait pas, une couche sur l'œil entier. Plus rarement, il filtrait aussi autour des poils sous l'aisselle gauche, autour du mamelon gauche, à la région du pubis. Trois fois il y a eu une hémorrhagie du conduit auditif gauche. Il y a eu des attaques plus graves avec vomissements de sang, toujours provoquées par des émotions violentes. Ces attaques étaient analogues à celle qui a été indiquée plus haut : il y avait perte de connaissance et en même temps hémorrhagie du crâne, et bientôt de la membrane muqueuse du gosier et de la bouche. Les vomissements durent de deux à cinq jours ; pendant les accès et à leur suite, les évacuations anales ont consisté en sang décomposé en quantité considérable. Il y avait aussi des ecchymoses et des sugillations sur la moitié gauche du corps, surtout autour de l'épaule. Les vomissements de sang sont accompagnés de phénomènes cérébraux : torpeur, délire ; soubresauts convulsifs dans les extrémités du côté gauche. Il y avait quelquefois du strabisme de l'œil gauche. Paralysie incomplète du sentiment et du mouvement, après l'attaque, dans les deux membres du côté gauche, qui dure de six jours à deux ou trois semaines. Le retour à la connaissance était subit le plus souvent.

Tous les efforts thérapeutiques ont été vains : les accès d'hémorrhagie sont revenus à de plus ou moins longs intervalles. Malgré cette propension aux hémorrhagies, les lésions traumatiques ne produisaient point d'écoulement exagéré de sang. Le traitement a consisté en toniques, astringents et hémostatiques. Le ratanhia, parmi les astringents, a paru plus actif que la créosote et surtout que l'extrait de Saturne, le tannin, le monésia, les acides minéraux, etc. Parmi les hémostatiques, le plus efficace a été l'élixir acide de Haller, à doses de 24 gouttes toutes les heures ou toutes les deux heures. Deux fois on essaya d'arrêter topiquement l'hémorrhagie crânienne à l'aide de compresses astringentes : on y réussit; mais en même temps il se produisit des symptômes de congestion cérébrale qui nécessitèrent des saignées.

La malade, voyant qu'elle inspire un grand intérêt, parvient à se donner, à peu près à volonté, des accès d'hémorrhagie, en se prenant de querelle avec quelque autre voisin, et en arrivant ainsi à s'exciter. Elle sort non guérie de l'hôpital. (*Arch. gén. de méd.*, août 1857.)

Dans les réflexions qui accompagnent cette intéressante observation, M. Magnus Huss fait ressortir les principales circonstances qui la distinguent des faits relatés par d'autres auteurs. Le sang sécrété par la surface de la peau, qui suintait autour des racines des cheveux et des poils, ne peut avoir d'autre source, vu l'intégrité de l'épiderme, que les vaisseaux capillaires des follicules des cheveux et des poils, ainsi que des glandes sébacées qui s'abouchent dans ces follicules. Les phénomènes cérébraux qui ont accompagné les vomissements de sang doivent tenir à de simples congestions de l'encéphale et de ses membranes, surtout du côté droit, puisque les symptômes étaient plus marqués et plus persistants dans la moitié gauche du corps. Peut-être pourrait-on supposer la présence de taches de purpura, c'est-à-dire de petites ecchymoses sur la superficie du cerveau, comme celles que Virchow a décrites ; mais on doit écarter l'idée d'épanchements sanguins, idée qui ne s'accorderait point avec la rapide disparition des accidents. M. Magnus Huss oppose à ces congestions probables de l'hémisphère cérébral droit les hémorrhagies externes, qui ont une prédominance pour la moitié gauche du corps.

L'auteur trace ensuite une histoire succincte de l'hémophilie (*Bluterkrankheit* des Allemands, *Hæmorrhagic tendency* des Anglais) d'après les différents écrits publiés sur cette matière, et en particulier d'après la monographie du docteur Grandidier (*Die Hemophilie oder die Bluterkrankheit;* Leipzig, 1855). Des faits dignes d'intérêt ont été publiés en France depuis longtemps déjà par Sanson et par Lisfranc. D'après Grandidier, cette maladie serait à peu près limitée aux régions septentrionales de l'Europe et de l'Amérique. Dans la partie du mémoire consacrée à l'étiologie, nous voyons que la maladie s'attaque plus souvent aux hommes qu'aux femmes. Sur 484 hémophiles, Grandidier compte 452 sujets du sexe masculin et 32 du sexe féminin; la proportion est de 14 à 1. Le cas de M. Huss rentre aussi dans les cas rares par l'âge du début, vingt-deux ans. Très généralement c'est dans la première année, et déjà rarement dans la seconde, que commence l'affection. Grandidier rapporte cependant deux cas où la maladie a commencé à vingt-deux ans. Ce sont là des faits tout à fait exceptionnels, car l'hémophilie, le plus souvent héréditaire ou innée, [illegible] manifestement acquise.

M. Magnus Huss passe en revue les différentes hypothèses proposées pour établir la nature de cette affection. On ne peut chercher la cause intime dans une qualité anormale du sang, puisque beaucoup de médecins, et M. Huss lui-même, ont [illegible] que le sang offrait ses conditions normales. Quelques auteurs ont pensé, d'après des nécropsies, que les parois des vaisseaux, surtout des artères, étaient considérablement amincies. Or, cette [illegible] n'existe pas toujours; de plus, elle devrait être innée, ou du moins se développer peu à peu. Que penser du cas de M. Huss, dans lequel les accidents se déclarent, pour ainsi dire, subitement? D'ailleurs cette lésion expliquerait-elle toutes les particularités des faits d'hémophilie?

D'autres auteurs ont supposé que la maladie pouvait tenir à une paralysie des vaisseaux capillaires. M. Huss ne se demande pas s'il peut y avoir une paralysie des capillaires. Il repousse cette opinion, parce qu'il est difficile d'admettre une paralysie de vaisseaux à la suite d'une légère lésion, telle qu'une égratignure, et surtout parce que l'on se trouverait encore plus embarrassé pour expliquer les hémorrhagies spontanées se faisant en même temps sur plusieurs points, ou changeant de voie d'un accès à l'autre. Vient ensuite l'hypothèse de M. Virchow, qui pense que la rate, point de départ de la diathèse hémorrhagique en général, pourrait jouer un rôle important dans l'explication de la vraie nature de l'hémophilie. M. Virchow, dans ses différentes publications, et en particulier dans son *Traité de pathologie et de thérapie*, a bien fait ressortir les relations qui peuvent exister entre les affections de la rate et les dispositions hémorrhagiques. Il fait voir que, dans certains cas, on peut admettre qu'en vertu d'une disposition à l'hémorrhagie la rate, à cause de la ténuité des parois de ses vaisseaux, peut ressentir la première les effets de cette disposition, et subir diverses altérations sous cette influence; mais que, dans d'autres cas, l'affection splénique doit être considérée comme primitive : le sang s'altère consécutivement, et la tendance hémorrhagique naît. Assurément, comme le fait remarquer M. Virchow, la rate est ordinairement plus ou moins lésée dans les affections qui s'accompagnent d'hémorrhagies; et, à propos de la maladie qui nous occupe, ce pathologiste, pour montrer que la rate pourrait avoir une certaine influence, invoque les observations qui signalent la prédilection des ecchymoses, des flux sanguins pour le côté gauche du corps; et le fait de M. Magnus Huss offre la même circonstance. Mais cette opinion de M. Virchow n'est, comme il l'entend bien lui-même, qu'une hypothèse; et, dans le cas présent, elle ne saurait être prise en considération, puisque la rate avait conservé son volume normal.

M. Magnus Huss paraît assez disposé à admettre l'opinion du professeur Retzius, pour qui la cause des hémorrhagies serait un spasme léger dans les veines les plus fines ou dans le tissu capillaire lui-même : de là arrêt du sang dans certaines parties du système vasculaire, pression du sang pour surmonter l'obstacle, rupture des vaisseaux capillaires ou des artérioles, hémorrhagies cessant lorsque le spasme cesse. Cette dernière hypothèse, il faut l'avouer, n'est pas plus satisfaisante que les autres. Comme le reconnaît M. Magnus Huss, elle ne peut pas s'appliquer aux cas dans lesquels les hémorrhagies ont lieu à la suite de lésions traumatiques. Et d'ailleurs pourquoi ces spasmes des veinules (nous n'admettons pas ceux des capillaires)? Pourquoi le sang des artérioles qui communiquent avec ces veinules ne prend-il pas un autre cours lorsqu'il trouve la voie interceptée? Il faudrait admettre qu'il y a en même temps, aux points où existe le spasme, un stimulus qui y appelle le sang. Plutôt que d'adopter cette série d'hypothèses, qui ont l'immense inconvénient de ne pas s'appliquer à tous les faits, il vaut mieux nous résigner à avouer notre ignorance et à chercher encore.

Nouveau cas de mort par l'amylène, par M. Snow.

Obs. (1).— Le malade était un tailleur âgé de vingt-quatre ans, petit et
n musclé, qui était déjà à l'hôpital depuis plusieurs mois et avait déjà
i l'enlèvement de trois tumeurs semblables, à l'aide de trois opérations
es pendant l'anesthésie chloroformique.
L'inhalation de l'amylène se fit sans aucune difficulté. Au bout de
ıx minutes environ, le patient perdit connaissance; une minute plus
d, la sensibilité du bord des paupières était un peu diminuée et je dis
I. Hawkins qu'il pouvait pratiquer l'opération. A cet effet, le patient,
i avait été couché par le côté sur une table, fut tourné un peu plus du
é de la face, ou du moins on essayait de le tourner, quand il partit
n éclat de rire comme par une sorte d'excitation hystérique, pendant
uelle on le maintint difficilement sur la table, et qui dura environ une
nute. Rien ne fut fait pendant cette excitation. Après qu'elle eut dimi-
é, j'administrai un peu plus d'amylène, quoique le malade n'eût pas
ouvré sa connaissance, et M. Hawkins procéda à l'opération, qui, je
is, ne dura pas plus de deux minutes. Pendant l'opération, le malade
ait tourné sur la face. Il s'appuyait, je pense, principalement sur les
noux et les coudes. Il balbutiait des mots incohérents et faisait de lé-
res tentatives pour se lever; il fut cependant maintenu avec facilité. Je
fis faire de temps en temps, pendant l'opération, une ou deux inspira-
ns d'amylène, dans le but de prévenir un réveil prématuré; pour faci-
er les inspirations, je lui tournai la tête un peu de côté, et j'élevai la
e un peu au-dessus de la table (2). Je pensai que le patient n'exigeait
s une plus forte dose d'amylène, et je m'attendais à ce qu'il donnerait
s signes du retour de la connaissance et de la sensibilité dès que
. Hawkins aurait lié la suture qu'il était en train d'effectuer; mais, au
eu de cela, les membres se relâchèrent, et la respiration, quoique assez
bre, devint stertoreuse.
Cet état est assez commun dans l'anesthésie chloroformique, et n'in-
pire aucune crainte: mais je sentais qu'il ne devait pas se rencon-
er dans l'usage de l'amylène, surtout quand les inspirations étaient sus-
endues. En conséquence, je cherchai aussitôt le pouls au poignet, et je
e parvins à le percevoir qu'avec beaucoup de difficulté, si même je le
erçus. *Je parlai* à M. Hawkins, et nous retournâmes immédiatement le
nalade sur le dos. Sa face était déjà livide et sa respiration très difficile.
'insufflation *des poumons* fut pratiquée de bouche à bouche, et, entre les
nsufflations, il y avait des inspirations spontanées, pendant lesquelles
'air semblait entrer librement dans les poumons. En une minute, les
èvres reprirent leur couleur naturelle, et le malade sembla revenir à lui.
e pouls, toutefois, ne put être perçu au poignet. Personne, dans ce mo-
nent, n'ausculta la poitrine, dans la crainte d'interrompre le cours de la
espiration artificielle. Après deux ou trois minutes, la *méthode* de respi-
ation artificielle du docteur Marshall Hall fut substituée à l'insufflation,
t elle fut continuée *très parfaitement* par le chirurgien interne et par
'autres, pendant une heure et demie, à l'exception d'une ou deux inter-
uptions, qui seront mentionnées. Pendant trois quarts d'heure [*de ce
mps*], il y eut des inspirations spontanées pendant lesquelles l'air entrait
ans les poumons, en addition à celui qui entrait dans la respiration arti-
cielle. Vingt minutes après l'accident, la respiration artificielle fut sus-
endue pendant un quart de minute pour me permettre d'écouter la poi-
ine. Je *crus* entendre le cœur battre régulièrement, mais très faiblement,
certainement il y avait un *bon* murmure vésiculaire, et l'air semblait
ntrer librement dans les poumons, dans les inspirations spontanées du
tient, presque aussi librement que dans l'état de santé.
Au bout de trois quarts d'heure, avec la permission de M. Hawkins,
ntroduisis deux *épingles à bec-de-lièvre*, qui avaient été mises en com-
nication avec une batterie électro-magnétique, dans l'intention de pra-
quer la galvano-puncture du cœur. Les *aiguilles* furent enfoncées à la
ofondeur d'un pouce et demi environ, entre les cartilages des côtes, juste
u niveau du bord gauche du sternum et à la hauteur du mamelon; on
ouva plus tard qu'elles avaient pénétré les parois du ventricule gauche
s de la cloison, mais sans atteindre dans la cavité. Il y eut une con-
ction vibratoire (*quivering*) du muscle pectoral, au moment où l'on
nça les aiguilles, mais aucun effet ne fut produit sur le cœur. Les ai-
lles *doivent probablement* avoir été entourées, jusqu'à leur pointe,
ne substance non conductrice. Il n'y eut, dès ce moment, aucun effort
spiration; mais ce n'est probablement qu'une coïncidence. — La bat-
ie électro-magnétique avait été mise en usage au commencement du
lement, au moyen d'éponges mouillées appliquées de chaque côté de
oitrine, mais elle n'avait produit aucun effet.
L'examen cadavérique fut fait le jour suivant par M. Holmes, conser-
eur du musée de l'hôpital. Il s'écoula en abondance du sang noir des
ités droites du cœur; les cavités gauches ne contenaient qu'une petite
quantité de sang. Le cœur était pâle et légèrement friable; mais l'examen microscopique ne permit pas à M. Holmes d'y découvrir la moindre trace de dégénérescence graisseuse. Les poumons étaient modérément injectés et contenaient plusieurs petites tumeurs épithéliales semblables à celles enlevées sur le dos. Il y avait un kyste dans l'un des reins; mais, sauf ces exceptions, les organes étaient dans l'état sain. Les vaisseaux du cerveau n'étaient point distendus, et l'organe lui-même était moins vasculaire que d'habitude dans les cas de mort subite. Il ne s'exhala du cadavre aucune odeur d'amylène. (*Medical Times and Gaz.*, août 1857.)

(1) La traduction de cette observation est empruntée au Moniteur des hôpitaux.
(2) Moins d'une once d'amylène avait été pris, et tout n'avait pas été employé.

— Les remarques dont M. Snow fait suivre le récit de cette observation n'apprennent pas grand'chose sur la cause probable de la mort. Dans son opinion, la mort a eu lieu par suspension des battements du cœur et non par asphyxie; mais les raisons qu'il en donne sont plus théoriques que pratiques. C'est encore là un de ces effets inexpliqués des anesthésiques, comme l'éther et le chloroforme en ont fourni tant d'exemples. Disons-le toutefois, la position donnée au malade, tant par la gêne qu'elle a pu apporter à la respiration et, par suite, à la circulation, que par la difficulté plus grande de bien régulariser, de bien ménager l'emploi des vapeurs, peut être soupçonnée d'être pour quelque chose dans ce funeste résultat. C'a été, nous croyons le savoir, l'impression de personnes présentes à l'opération.

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité expérimental et clinique d'auscultation appliquée à l'étude des maladies du poumon et du cœur, par le docteur J.-H.-S. Beau, médecin de l'hôpital Cochin, etc.

Cet ouvrage est, comme l'auteur le dit dans la préface, la réunion des différents mémoires qu'il a faits sur l'auscultation et les maladies du thorax, mémoires qui, pour la plupart, ont été publiés dans les Archives de médecine. Dès le début de sa carrière médicale, M. Beau, avec une indépendance qu'on ne saurait trop louer, avait cherché à contrôler les opinions qui avaient cours alors dans la science, et ses études lui ont inspiré de nouvelles idées sur l'auscultation du cœur et des poumons. Tout le monde sait avec quelle persévérance, avec quelle opiniâtreté il a défendu ces idées, et comment il a été amené, en cherchant des arguments, à rencontrer des vues originales, à faire de nombreuses et intéressantes expériences sur l'origine des bruits qui se passent soit dans les voies respiratoires, soit dans les voies circulatoires. Aussi nul médecin n'avait peut-être plus d'autorité pour faire un traité complet d'auscultation.

Les idées principales contenues dans les différents mémoires publiés séparément par l'auteur n'ont point varié depuis. Telles elles étaient, pour le fond, dans les premiers écrits, telles elles sont aujourd'hui; et le lecteur peu familiarisé avec elles, qui lit l'ouvrage actuel, ne peut guère se défendre d'un certain sentiment de défiance, tant elles paraissent en opposition avec ce qui est encore généralement enseigné. C'est, du reste, avec ce même sentiment que les nouvelles théories de M. Beau avaient été accueillies dès le début, et la plupart des médecins avaient crié au paradoxe. « Les différentes idées que l'on retrouvera dans ce traité, dit M. Beau, ont été attaquées, comme on le sait, avec plus ou moins de vivacité. Elles ont été surtout, dès le commencement, taxées de *paradoxales*, et dès lors incriminées; comme si les vérités nouvelles, avant d'être définitivement reconnues et acceptées, n'avaient pas l'apparence du paradoxe! » Aujourd'hui, ces théories semblent moins singulières depuis qu'on les connaît mieux, et depuis qu'elles ont été adoptées et professées par M. Valleix, par MM. Hardy et Béhier, et quelques autres médecins des hôpitaux.

D'ailleurs, il ne faut pas s'abuser sur la portée de ces théories. On entend des médecins prétendre qu'elles ont fait révolution dans la science, et qu'elles ont renversé toutes les idées de Laënnec. Certainement, ce n'est pas là l'opinion de M. Beau. Dans l'ausculta-

tion il y a au moins trois points très distincts : il y a le *bruit* produit, la *théorie* ou *mode de production du bruit*, et enfin la *signification du bruit*. De ces trois points, les deux les plus importants pour le médecin sont la connaissance des *bruits* en eux-mêmes, et, d'autre part, l'*interprétation* qu'on doit en donner. Or, l'admirable description qu'a faite Laënnec des différents bruits qui se passent à l'état normal ou à l'état anormal dans les voies respiratoires est encore aujourd'hui la vérité même. On en est réduit à copier ou à paraphraser son TRAITÉ D'AUSCULTATION. Il a donné à ces bruits des noms qui sont passés dans le langage médical de tous les pays, et, à quelques exceptions près, il en a fixé définitivement la valeur et la signification. Que reste-t-il? La théorie des bruits, et c'est sur cette partie de l'auscultation qu'ont porté la plupart des discussions et des innovations : c'est sur ce terrain que M. Beau a été révolutionnaire. C'est assurément la partie de l'auscultation la moins immédiatement utile au médecin ; c'est la partie physiologique. Dans quelques cas seulement, il y a une liaison intime entre la théorie des bruits et leur signification. Il en est ainsi pour certains points de l'auscultation du cœur.

L'ouvrage de M. Beau est divisé en deux parties : la première comprend l'auscultation des organes de la circulation ; la seconde, l'auscultation du cœur et des vaisseaux. Toutes les divisions et subdivisions du livre sont très nettes et facilitent beaucoup l'étude. Nous allons dire quelques mots de ces deux parties.

Première partie. — Cette partie se divise en deux sections : la première section traite des bruits respiratoires étudiés en eux-mêmes, d'abord à l'état normal, puis à l'état anormal ; la seconde, des maladies de l'appareil respiratoire.

Voici l'idée dominante de cette partie, exprimée par l'auteur lui-même dans le chapitre intitulé : *Du bruit respiratoire, ou souffle glottique :* « J'ai cherché à établir, en 1834, que les bruits trachéal, vésiculaire, bronchique et caverneux, n'étaient pas dus, comme l'avait pensé Laënnec, au frottement de l'air contre les parois de la trachée, des vésicules, des bronches et des cavernes, mais qu'ils résultaient d'un bruit unique qui se passe dans les voies respiratoires supérieures. Je viens aujourd'hui, comme en 1840, défendre et développer cette théorie. »

Cette théorie est appuyée par des expériences que plusieurs médecins ont trouvées décisives. C'est dans le livre même qu'il faut les chercher ; car il serait à craindre, en les reproduisant ici en abrégé, de leur ôter de leur valeur. Cependant, nous sommes obligé de le dire, l'auteur ne prouve point que le passage de l'air dans l'arbre bronchique ne peut pas y engendrer un bruit quelconque ; il cherche à démontrer, surtout, que les bruits des voies respiratoires supérieures peuvent, en retentissant dans les diverses parties des bronches, y déterminer les bruits de différente nature que l'auscultation y fait entendre. Mais pourquoi ne se produirait-il pas aussi des bruits dans les bronches? Dans une inspiration normale, franche, l'air se brisera-t-il silencieusement sur tous les éperons des divisions bronchiques? M. Beau répond par l'expérience. On peut, dit-il, arriver facilement à respirer sans que l'oreille appuyée sur le thorax perçoive aucun bruit ; et, dans ce cas, on a dilaté la glotte de façon à diminuer et abolir même le frottement de l'air sur les cordes vocales. Dans cette expérience, le rhythme normal est-il conservé? l'inspiration se fait-elle avec la même rapidité? M. Beau s'appuie aussi sur cette considération, à savoir que, chez les animaux à cou long, comme le cheval, le bruit respiratoire est très faible. Il suppose qu'il doit en être de même de la girafe. Nous avons ausculté une girafe, et nous devons dire qu'en effet le murmure respiratoire de cet animal est très faible. Quoique nous apportions cet argument à la cause de M. Beau, nous ne sommes pas de ceux qu'il a convaincus. Ce n'est pas que nous niions tout retentissement du souffle glottique dans les bronches et leurs terminaisons ; mais nous croyons que ce retentissement ne fait que s'ajouter, dans certains cas, aux bruits des bronches.

Pour soutenir sa théorie, M. Beau a accumulé les expériences les plus ingénieuses, les preuves les plus engageantes. Toutes les nuances du bruit respiratoire normal, toutes les modifications que présente ce bruit dans les conditions anormales, il parvient à en rendre compte avec une merveilleuse habileté, et l'on conçoit que le lecteur se laisse entraîner par cette logique pressante qui le force à passer de déduction en déduction jusqu'au point où l'auteur a voulu l'amener. Dans le cadre nécessairement restreint d'une analyse, il est impossible de rendre compte de tous les chapitres d'un ouvrage, il est encore plus impossible de les discuter ; aussi dois-je me borner à signaler rapidement les idées les plus originales que M. Beau a émises dans la partie de son livre consacrée aux maladies des voies respiratoires. A chaque pas, l'auteur trouve quelque nouveau témoignage en faveur de sa doctrine.

Une chose qui frappe dans cette partie du livre et qui est peut-être encore plus saillante dans la partie consacrée à l'étude de l'auscultation du cœur, c'est que l'auteur est obligé d'admettre un siége différent pour les bruits normaux, et pour certains bruits anormaux : c'est ainsi que les râles ont leur siége vrai dans les bronches et bronchioles, tandis que le bruit normal se produit, comme nous l'avons déjà dit, à l'orifice glottique. Nous devons noter, en passant, que M. Beau établit pour les râles une division très heureuse en *râles vibrants* et en *râles bullaires*. Notons aussi une étude physiologique beaucoup plus étendue qu'on ne l'avait faite jusqu'ici, des sécrétions de la muqueuse respiratoire, des différents états du mucus sécrété et de leurs rapports avec les différents râles. On pourrait même peut-être faire à l'auteur un reproche sur la tendance trop exclusive qu'il montre à tout expliquer par le mucus. Dans l'exposition qu'il fait des principales maladies des organes respiratoires et de leurs signes stéthoscopiques, nous trouvons une bonne description de la trachéite, maladie négligée jusqu'ici par les pathologistes, une révision complète de la bronchite, de l'emphysème pulmonaire, de l'asthme, de la bronchite capillaire, du catarrhe suffocant, qui, pour lui, deviennent de simples variétés de la bronchite. La discussion consacrée à l'emphysème pulmonaire et à l'asthme est surtout très remarquable et très instructive.

M. Beau passe ensuite aux maladies du parenchyme pulmonaire, à la pneumonie, aux tubercules, à l'œdème pulmonaire, à l'apoplexie pulmonaire. Le râle crépitant de la pneumonie ne lui paraît pas clairement produit, comme on l'admet depuis Laënnec, par la rupture de bulles fines et sèches ; M. Beau croirait plutôt qu'il y a là comme un froissement des vésicules pulmonaires peut-être desséchées. Je crois que la vraie théorie du râle crépitant de la pneumonie est celle qui a été proposée par le docteur Carr, adoptée par M. A. Flint, et à laquelle, en France, M. le docteur Parrot est arrivé à la suite de ses études propres, théorie qui consiste à admettre que les parois des cellules pulmonaires et des dernières bronches sont agglutinées par l'exsudation visqueuse de la première période, et que la séparation soudaine des parois adhérentes par l'acte de l'inspiration produit le râle. M. Beau pense que dans l'œdème pulmonaire, le râle sous-crépitant est dû, non pas à la sérosité qui serait, suivant lui, épanchée dans le tissu cellulaire, mais à une complication catarrhale.

Deuxième partie. — Comme la première partie, celle-ci est partagée en deux sections qui comprennent, l'une l'auscultation du cœur, et l'autre l'auscultation des vaisseaux.

Auscultation du cœur. — M. Beau commence cette partie par une exposition complète de la théorie des mouvements du cœur, telle qu'il l'a établie depuis longtemps. On sait que, pour lui, le premier temps du cœur comprend la systole auriculaire, la diastole ventriculaire et la systole ventriculaire ; le second temps répond à la diastole auriculaire, et un troisième temps au silence qui précède le retour de la révolution du cœur. Le premier bruit serait produit par l'impulsion de l'ondée venue des oreillettes contre les parois des ventricules ; ce serait là le bruit inférieur ; le second bruit ou bruit supérieur, reconnaîtrait pour cause l'impulsion du sang contre l'oreillette, au moment de sa diastole. Enfin, le choc précordial de la pointe du cœur coinciderait avec la diastole ventriculaire et en dépendrait complétement. Nous ne voulons pas établir de nouveau, et après tant d'autres, une discussion méthodique de tous points. Cette théorie, en grande partie nouvelle, a séduit plusieurs

auteurs, et elle doit son succès au talent incontestable avec lequel elle est édifiée ; on pourrait encore comprendre pourquoi elle a réussi, en observant qu'un des points de cette théorie a donné la solution d'une difficulté de la clinique, c'est-à-dire du bruit de souffle au premier temps produit par le rétrécissement auriculo-ventriculaire. Plusieurs médecins ont pensé que l'adhésion à un des détails de la théorie forçait à l'adopter tout entière.

Nous pensons que la succession des mouvements du cœur est bien celle qu'a indiquée M. Beau. Toutefois on voit, du moins chez les grenouilles, la diastole auriculaire se faire souvent alors que la systole ventriculaire n'est pas terminée. Nous nous rangeons très franchement dans le parti de ceux qui rejettent le mécanisme des bruits du cœur tel que l'admet M. Beau, et qui croient jusqu'à nouvel ordre à la théorie de MM. Rouanet et Bouillaud. Quant à la cause du choc de la pointe, d'après les études de l'auteur de cette analyse, il ne faudrait la chercher, ni dans le redressement de la pointe au moment de la systole ventriculaire, ni dans l'allongement du ventricule au moment de la diastole, encore moins dans cette singulière théorie du recul émise par Gutbrod (nous ne parlons pas des idées plus anciennes) ; elle serait due, comme l'a indiqué le professeur Kiwisch, au gonflement et au durcissement du cœur qui se manifestent au moment de la systole ventriculaire, le cœur étant en rapport, dans une certaine étendue, avec la paroi thoracique. Il est certain, comme le dit cet auteur, que la main appuyée sur le cœur mis à nu, sent une forte impulsion à la partie antérieure de toute la masse ventriculaire, au moment de la systole. Sur un cadavre, en appliquant le poing à la face interne de la paroi thoracique et en le fermant avec plus ou moins d'énergie, de façon à en faire varier la forme, sans toutefois abandonner la paroi, on parvient à imiter l'impulsion précordiale avec une assez grande fidélité.

Quand M. Beau arrive aux bruits anormaux, nous voyons de nouveau que ces bruits ne se produisent pas de la même façon, ni aux mêmes endroits que les bruits normaux. C'est aux orifices que se font les bruits anormaux. D'accord avec les autres auteurs en ce qui regarde les temps auxquels se font entendre les bruits produits par l'insuffisance et le rétrécissement aortiques, M. Beau s'en éloigne à propos du rétrécissement auriculo-ventriculaire, et c'est depuis lui qu'on sait que cette lésion détermine ordinairement un souffle au premier temps, un peu avant la systole ventriculaire. Récemment, M. Hérard a cherché à prouver qu'exceptionnellement on peut entendre au second temps un souffle déterminé par le rétrécissement auriculo-ventriculaire.

M. Beau nous semble trop absolu lorsqu'il dit que l'on ne peut pas distinguer un bruit de souffle produit par un rétrécissement aortique d'un bruit de souffle produit par un rétrécissement auriculo-ventriculaire.

Dans la revue qu'il fait des différentes maladies du cœur, se trouve un chapitre intitulé : *Asystolie*, et qui est rempli des idées physiologiques et des données pratiques les plus intéressantes et les plus vraies.

Auscultation des vaisseaux. — Dans cette section M. Beau a voulu établir que la cause des bruits vasculaires est due à la fois à une pléthore relative et à l'augmentation de l'ondée sanguine lancée du ventricule dans les artères. Pour que la démonstration fût complète, il fallait que, dans toute maladie accompagnée de bruits vasculaires, il y eût deux états anormaux : 1° pléthore ; 2° dilatation du cœur avec hypertrophie des parois cardiaques. Or c'est à réfuter toutes les théories avancées pour expliquer les bruits vasculaires et à bien prouver les deux points énoncés, qu'est consacrée toute la partie de la section qui traite des bruits vasculaires considérés en eux-mêmes. Au nombre des théories réfutées se trouve naturellement celle de MM. Ogier Ward et Hope, qui placent le siége des bruits vasculaires dans les veines vasculaires. C'est une question très ardue que celle de savoir au juste le siége et la cause des bruits vasculaires, et qui me paraît demeurer encore indécise, malgré l'argumentation de M. Beau. Nous trouvons ensuite une revue des maladies à bruits artériels. L'auteur est à l'aise pour démontrer l'existence des deux conditions du souffle vasculaire, dans les cas d'insuffisance aortique. C'est avec plus d'efforts qu'il essaye de prouver que, dans la chlorose, il y a polyémie séreuse ainsi que dans l'anémie post-hémorrhagique, et qu'il y a en même temps dilatation du cœur. Mais il y a une excellente étude sur l'enchaînement des divers symptômes de ces affections et sur leur cause intime. L'hypochondrie est décrite avec un soin tout particulier, tant au point de vue clinique qu'au point de vue historique. C'est aussi une maladie à bruits artériels, ainsi que l'hystérie, l'anémie des mineurs, la cachexie africaine, la cachexie saturnine, etc. La cachexie en général est le sujet d'une savante digression historique et physiologique ; puis l'auteur est amené à parler de la dyspepsie, état sur lequel ses travaux ont jeté tant de lumière, et du mode d'action des ferrugineux dans les diverses maladies qu'il vient de passer en revue. Les fièvres sont encore des maladies dans lesquelles le cœur est dilaté temporairement (chose difficile à admettre), l'ondée sanguine augmentée, le frottement exagéré, et par suite un souffle vasculaire produit, et il en est de même de la suette, du scorbut, etc.

Dans le dernier chapitre intitulé : *Conclusions et généralités*, on remarque surtout une exposition nette et précise des idées de l'auteur sur le pouls, sur ses variétés, sur la signification et les causes de ces variétés.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir donné une analyse complète de l'ouvrage que nous venons d'examiner. Il est tellement plein de faits et de raisonnements que, faute d'espace, nous avons été obligé d'être superficiel. C'est un livre qu'il faut lire avec la plus grande attention, et qu'on ne lira jamais sans plaisir ; car, à chaque pas, on y découvre quelque aperçu ingénieux, des expériences nettes et saisissantes, des applications très heureuses de la physiologie à la pathologie. A côté de l'auscultation pure, on trouve un traité à peu près complet des maladies du cœur et des poumons, de la chlorose, de l'anémie, des affections nerveuses. En résumé, ce livre est fait pour répandre de plus en plus les idées de l'auteur et lui gagner de nouveaux adeptes. Il y règne une force de discussion, une sincérité de conviction auxquelles il est bien difficile de résister, et l'on y est séduit par ce charme qui est propre aux œuvres originales. A. VULPIAN.

VI.

VARIÉTÉS.

— Les épreuves du concours pour les prix de fin d'année à la Faculté de Montpellier sont terminées. En voici le résultat :

1re ANNÉE : *Prix*, M. Gignoux ; 1re *mention honorable*, M. Pasqualini ; 2e *mention honorable*, M. Figuier. — 2e ANNÉE : *Prix*, M. Girard ; *mention honorable*, M. Tristani. — 3e ANNÉE : *Prix*, M. Magnan ; *mention honorable*, M. Batigne. — 4e ANNÉE : *Prix*, M. Romain ; *mention honorable*, M. Sapin.

— Les examens de fin d'année, ouverts le 10 août à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, ont été clos le 13.

Les prix ont été décernés comme suit :

1re ANNÉE : 1er *Prix*, M. Picard ; 2e *prix*, M. Ygonin ; — 2e ANNÉE : 1er *Prix*, M. Noack ; 2e *prix ex æquo*, MM. Bouchard, Lachat. — 3e ANNÉE : *Prix unique*, M. Fier.

Le prix de pharmacie a été décerné à M. Guigue.

— M. le docteur Bajard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, est mort presque subitement

— M. Douillot, médecin aide-major au 8e régiment de chasseurs à cheval, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Larrey, l'un des médecins de l'Empereur, vient de partir pour le camp de Châlons. Il est attaché au quartier impérial.

— L'inauguration d'une salle d'inhalation d'eau gazeuse froide *pulvérisée* vient d'avoir lieu à Marlioz, près d'Aix. Toutes les notabilités du pays, ainsi que notre confrère M. Caffe, qui est de Chambéry, ont assisté à cette inauguration. La nouvelle source s'appelle *source Bonjean*, du nom d'un habile chimiste du lieu. La *pulvérisation* de l'eau est une application des travaux de M. Sales-Girons.

— Le comité d'organisation du *Congrès ophthalmologique de Bruxelles* soumet aux adhérents un *projet de solution* des questions portées au programme adopté pour le Congrès, et qui a été également publié.

— Le 14 août 1855, a été posée la première pierre de l'asile de Vincennes, pour les ouvriers convalescents ou mutilés dans leurs travaux, et les travaux viennent d'être terminés sous la direction de M. Eugène Laval, architecte. L'inauguration de cet utile établissement a eu lieu le 31 août.

— On lit dans la *Gazette médicale de Strasbourg* :

Beaucoup de sous-aides passent en ce moment leurs examens devant la Faculté de Strasbourg. Les conférences et les exercices pratiques auxquels ces élèves ont assisté ont évidemment produit d'heureux résultats ; car, à part quelques-uns qui ont dû être ajournés, ces candidats ont mieux répondu qu'on n'aurait pu l'attendre de la part de jeunes gens qui, enlevés à leurs études encore incomplètes, ont passé une ou deux années en Orient ou en Afrique.

— Le colonel Ulrich reçut, il y a dix-sept ans, au col de la Mouzaïa, une balle qui pénétra dans l'orbite et se logea dans le crâne. Cette balle vient de tomber spontanément dans la bouche, après avoir perforé la région ethmoïdienne.

Pour toutes les Variétés, A. Dechambre.

VII.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

Gazette médicale de l'Algérie. — N° 8. Expédition de la Kabylie en 1854, par *Bertherand*. — Alger, son climat (suite). — Argenture des instruments de chirurgie, par *Miergues*.

Gazette médicale d'Orient. — 1857. N° 5. Contagion dans ses rapports avec la prophylaxie publique, par *Marchand*.

Écho médical (Suisse). — 1857. N° 7. Statistique du canton de Genève, par *Marc d'Espine*. — Albuminurie, encéphalopathie intercurrente, guérison, par *Bonnard*. — Nouvelle préparation de l'onguent mercuriel, par *Coldefier*. — Maladies observées à Louvier, par *Rouget*. — 8. Sarcome des méninges rachidiennes, par *Cornaz*. — Statistique, etc. (suite). Maladies régnantes dans le canton de Genève, par *Appia*.

British Medical Journal. — 1857. N° 20. Sur le cancer intra-thoracique, par *J. Cockle*. — Mort par introduction de l'air dans les veines, par *G. May*. — Cas d'empoisonnement par la strychnine, par *Brian*. — 30. Sur l'accouchement prématuré, par *Ed. Williams*. — 31. Physiologie, pathologie et thérapeutique de la contractilité de l'utérus, par *H. Vernon*. — Décharges aqueuses des femmes grosses, par *West*.

Edinburgh Medical Journal. — Juillet. Incision externe des rétrécissements, par *Syme*. — Fistule gastro-cholique, par *Murchison*. — Durée du travail, par *M. Duncan*. — Sur la recherche de l'influence du poison cholérigène et autres sur les animaux inférieurs, par *L. Lindsay*. — Abondance des calculs vésicaux et lithotomie au Bengale, par *Playfair*. — Choléra dans la guerre d'Orient, par *Mackay*.

Medical Times and Gazette. — N° 368. Nouvelle méthode pour l'étude des influences météorologiques, par *J. Morris*. — Sur l'anatomie des capsules surrénales, par *L. Hirschfield*. — Cancer du foie, par *G. Budd*. — 369. Affections secondaires résultant des plaies d'armes à feu, par *J.-A. Marston*. — Sur la fracture de l'humérus par action musculaire, par *H. Smith*. — 370. Hypertrophie du cœur gauche dans ses rapports avec les maladies de l'aorte, par *Kirkes*. — Résection du genou dans certaines affections de cette partie, par *Price*. — Luxation des vertèbres cervicales, par *C. Williams*.

The Lancet. — 1857. N° 26. Clinique. — Vol. II, n° 1. Catarrhe et son traitement, par *H. Jones*. — Adultération des aliments, cause du rachitisme, par *J. Snow*. — Sur l'arc sénile, par *Canton*. — Valeur diagnostique des œufs de l'acarus de la gale, par *Gall*. — Relevé de 75 cas d'urine albumineuse, par *H. Thomson*. — Empoisonnement par le précipité blanc et l'ellébore blanc, par *J. Giles*. — 2. Inutilité de certaines opérations orthopédiques, par *J. Little*. — Catarrhe (suite). — Luxation compliquée du genou, par *S. Grimes*. — 3. Tubercule d'un pédoncule cérébelleux, par *Shute*. — Applications de cautères électriques à la chirurgie dentaire, par *Harding*. — Excision de la tête du fémur, par *C.-N. Davies*. — Abcès du rein ; ouverture à l'extérieur, par *M.-G. Evans*. — Traitement des kystes des bourses muqueuses, par les caustiques, par *J.-B. Prowse*. — 4. Désordres nerveux dépendant des organes sexuels de la femme, par *Lightfoot*. — Empoisonnement par le laudanum, par *Gibb*. — Cautère électrique appliqué à la chirurgie dentaire, par *Harding*.

The Liverpool Medico-Chirurgical Journal. — Juillet. Sur les mariages des sourds-muets, par *Buxton*. — État de la gorge dans la phthisie et la bronchite chronique, par *E. Smith*. — Cas de maladie de la peau, par *Harris*. — Traitement des vomissements des phthisiques par l'anesthésie locale, par *Atcherley*. — Excision du genou, par *Bickersteth*. — Doctrine de l'élimination, par *E. Inman*. — Sur la paralysie générale des aliénés, par *Wilson*. — Corps étrangers dans le larynx, par *Cadge*. — Cas d'apoplexie pulmonaire, par *Cameron*. — Chlorate de potasse dans la grossesse, par *Grimsdale*. — Asphyxie par submersion, par *Waters*.

American Monthly Journal. — 1857. Août. Valeur du virus vaccin à l'état liquide et à l'état solide, par *H. Parker*. — Clinique chirurgicale, par *Thrasher*. — Préparation et emploi thérapeutique de l'huile de foie de morue, par *E.-H. Davis*. — Section de la seconde branche de la cinquième paire, par *Conant*.

The American Journal of the Medical Sciences. — Juillet. Phéno[illegible] circulation capillaire, par *A. Flint*. — Traitement de la scarlatine par l'[illegible] tique dilué, par *Schneck*. — Paralysie des aliénés, par *Pliny Earle*. — [illegible] l'hôpital de Pensylvanie, par *Packard*. — Statistique obstétricale, par *D.* [illegible] — Chlorate de potasse dans la stomatite mercurielle, par *J. Galláher*. — [illegible] de potasse en injections dans la leucorrhée et l'ulcération du col [illegible] *B. Brown*. — Emploi de l'eau dans la fièvre, par *Casselberry*. — Act[illegible] grossesse sur la marche des tubercules, par *Ed. Warren*.

The Cincinnati Medical Observer. — 1857. Août. Cas de trachoma [illegible] traité par l'inoculation de la matière gonorrhéique, par *E. Williams*. — [illegible] par *Wright*. — Abcès du poumon, par *Spencer*. — Convulsions [illegible] par *Dutcher*.

Bulletino delle scienze mediche (Bologne). — Juin. Sur la diathèse [illegible] par *Taruffi*.

Gazzetta medica italiana (Lombardia). — N° 27. Fonctions du grand [illegible] par *Filippo* et *Pietro Lussana* et *C. Ambrosoli*. — Nouveau forceps [illegible] branches, par *B. Clerici*. — 28. Fonctions du grand sympathique (suite). — [illegible] bilité du choléra, par *Barbieri*. — 29. Du grand sympathique (suite). — [illegible] du genou, uro-cystite ; mort, nécropsie, par *L. Mortara*. — Empoisonnement [illegible] la *Phytolacca decandria*, par *Flumiani*. — 30. Du grand sympathique [illegible] 31. Programme pour la construction d'un asile d'aliénés, par *Bonacossa*. — [illegible] minaires d'une classification de l'aliénation mentale, par *Bonacci*. — Phys[illegible] cervelet, par *P. Renzi*.

Gazzetta medica italiana (Toscana). — 1857. N° 30. Action des bains [illegible] de l'eau froide appliquée extérieurement, par *Buffalini*. — Physiologie [illegible] la pathologie, par *Puccianti*. — 31. Études microscopiques sur la fibrine [illegible] essence de la phlogose, par *A. Ranzi*. — 32. *Idem*. — 33. *Idem*. — 34 [illegible]

Giornale delle Scienze Mediche della R. Accad. Medico-Chirurgica [illegible] — Juillet. Phosphore considéré comme poison, par *Restelli*. — Août. Sur [illegible] trine des contages, par *Rosso*.

Il Filiatro Sebezio. — 1857. Juillet et Août. Sur les hémorrhagies [illegible] tages du spéculum, par *Rognetta*. — Sur la fièvre typhoïde, par *Nenna*.

Il Morgagni. — 1857. N° 1. Sur la vie, par *G. Buonomo*. — Action de [illegible] *S. Tommasi*. — Découverte de la partie active du fer à l'état gazeux, [illegible] *de fer*, par *Paura*. — 2. Méthode hippocratique, par *Buffalini*. — [illegible] les névroses, par *Capozzi*. — Fistules uréthrales guéries par les injections [illegible] par *V. Tanturri*. — Sur la glycogénie, par *Turalli*. — 3. Avenir de la [illegible] par *Tommasi*. — Absorption des matières grasses du chyme et origine [illegible] fères dans les villosités, par *de Martini*. — Cas d'extrophie de la vessie, [illegible] — 4. Sur la méthode hippocratique et sur la classification nosologique [illegible] Lanciano, par *Tommasi*.

El Siglo medico. — N° 188. Sur le choléra d'autrefois, par *J.-S.* [illegible] — 189. *Idem*. — 190. *Idem*.

Gazeta medica de Lisboa. — V° année, n° 109. Traitement des [illegible] de l'urèthre (suite). — Choléra à l'hôpital de Santa-Anna en 1856.

Livres.

Un seul appareil pour toutes les fractures du membre inférieur, [illegible] professeur *Gaillard*. In-8 de 60 pages avec deux planches. Paris, J.-B. Baillière et fils.

Compendium der gerichtlichen Arzneikunde (Compendium de médecine [illegible] par *F. Hauschka*. In-8. Vienne, chez Braumüller.

Compendium der allgemeinen und speciellen Heilquellenlehre ([illegible] de l'enseignement général et spécial des eaux minérales), par *J. Sey*[illegible] Vienne, chez Braumüller.

Das halisteretische Becken in seiner Weichheit und Dehnbarkeit [illegible] der Geburt durch neue Beobachtungen erläutert, par *H.*-[illegible] Grand in-4 cart. Bonn, chez Marcus.

Kritische Geschichte des Ursprungs, der Pathologie und Behandlung [illegible] Syphilis, Tochter und wiederum Mutter des Aussatzes (Histoire de [illegible] de la pathologie et du traitement de la syphilis, fille et également mère de la [illegible] par *F.-A. Simon*. 1re partie, in-8. Hambourg, chez Hoffmann et Comp.

Physiologie der Verdauung, Blutbildung, Anbildung, Rückbildung im [illegible] chen Organismus (Physiologie de la digestion, formation du sang, [illegible] *J.-N. Zengerle*. In-8. Fribourg, chez Herder.

On Mineral Waters, their Physical and Medicinal Properties with De[illegible] of the Different Mineral Waters of Great-Britain and the [illegible] and Directions for their Administration (Sur les eaux minérales, leurs [illegible] priétés physiques et médicales), par *R.-M. Glover*. In-8. Londres, chez [illegible]

Errata. — N° 32, p. 558, Correspondance ; au lieu de : Recherches sur [illegible] de faire parvenir des médicaments dans l'intestin grêle, en les préservant de [illegible] suc *pancréatique*, lisez : Recherches sur le moyen de faire parvenir des médicaments dans l'intestin grêle, en les préservant de l'action du suc *gastrique*.

Dans le n° 33, p. 581, col. 1re, ligne 55, au lieu de : *fermentescible*, lisez *fermentescible*.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 11 SEPTEMBRE 1857. — N° 37.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 25 au 29 août 1857.

198. BARBRAU, Élie-Aubin-Félix, né à Marennes (Charente-Inférieure). [*De la métro-péritonite puerpérale et de son traitement par le sulfate de quinine à haute dose.*]

199. LEGROS, Théophile-Jean-François, né à Madie (Mayenne). [*Du phlegmon péri-utérin en dehors de l'état puerpéral. Propositions sur l'emploi du perchlorure de fer.*]

200. AULRAYE, Désiré-Louis, né à Barbeville (Calvados). [*Recherches sur quelques cas de péritonite puerpérale épidémique observés à l'Hôtel-Dieu de Caen.*]

201. SOUCHU-SERVINIÈRE, Théophile, né à Laval (Mayenne). [*De l'épithélioma.*]

202. DESPREZ, Eugène-Marius, né à Broyes (Oise). [*Des polypes nasaux et naso-pharyngiens, et de leur traitement par un nouveau procédé opératoire.*]

203. NOEL, Cosme-Léopold, né à Noyers (Oise). [*De la chromatopseudopsie.*]

204. CAZES, François-Joseph-Marie-Frédéric, né à Lauzerte (Tarn-et-Garonne). [*Généralités sur l'hérédité des maladies.*]

205. POUGET, Marie-Auguste-Dominique-Antoine, né à Paris (Seine). [*Considérations sur les divers traitements appliqués aux différents états pathologiques que l'on désigne communément sous le nom de* fièvre typhoïde.]

206. ESNAULT, Louis-Salomon, né à Caen (Calvados). [*Des paralysies symptomatiques de la métrite et du phlegmon péri-utérin.*]

207. LAVERGNE, Claude, né à Saulieu (Côte-d'Or). [*De la* phlegmatia alba dolens.]

208. DÉMONTEIL, Alphonse, né à la Châtre (Indre). [*De la trachéotomie chez les enfants atteints de croup.*]

209. GUICHEMERRE, Gabriel-Étienne, né à Périgueux (Dordogne). [*Recherches pour servir au diagnostic de la tuberculisation pulmonaire au début.*]

210. BESSON, Louis-Eugène, né à la Ferté-sous-Jouarre (Seine-et-Marne). [*Des fractures du maxillaire inférieur.*]

211. GUÉRAULT, Jules-Henri, né à Orléans (Loiret). [*Observations*

FEUILLETON.

Lettre médicale.

PAR MONTS ET PAR VAUX.

(Suite. — Voir n° 36.)

SOMMAIRE. — La discorde médicale à Bordeaux. — Règlement du service de santé des hôpitaux civils. — Le caveau de Saint-Michel. — Triomphe de M. Raspail.

Bayonne, ce 11 août 1857.

Ce dissentiment des médecins de Bordeaux sur la question de l'*association générale*, que je vous signalais dans ma lettre d'hier, et qui est surtout personnifié en ce moment dans M. le professeur Jeannel et M. le docteur Lachaze, je me plais à croire qu'il ne dérive pas, comme le fait entendre une feuille médicale de Paris, d'une scission permanente et systématique entre l'*Ecole préparatoire* et la *Société de médecine*. La question sur laquelle je vous ai dit franchement mon avis est assez grave pour éveiller au fond du cœur le peu de conscience dont on peut être doué, assez délicate pour partager les esprits les mieux intentionnés ; et l'on inaugurerait mal le travail d'union qu'on entreprend avec un zèle dont le désintéressement n'est pas contesté, si l'on commençait par suspecter la sincérité des opinions. Je suis d'autant plus fondé à faire cette remarque, que, si mes impressions sont justes, le vœu d'une association générale, quoique issu de ce qu'on appelle le parti de l'École, n'est pas également goûté par tous les membres de ce parti.

Mais il n'est que trop vrai, cher confrère, qu'une regrettable division, qui remonte assez haut et qui vous a été signalée ici même à son origine, scinde en deux parts le corps médical de Bordeaux. Rattacher étroitement une de ces parts à l'École préparatoire et l'autre à la Société de médecine, ce ne serait peut-être pas représenter avec exactitude le caractère du mal. Les griefs d'où sont tombées les premières étincelles de discorde concernent autant, pour le moins, l'assistance publique que le professorat. Je répondrais mal aux témoignages d'une cordiale hospitalité, et peut-être aussi à l'in-

médicales recueillies pendant le voyage scientifique de S. A. I. le prince Napoléon dans les mers du Nord.]

212. Gay, Pierre, né à Jarnac (Charente). [*Des vomissements incoercibles pendant la grossesse.*]

213. Labatut, Arnaud-Eugène, né à Bègles (Gironde). [*Des corps fibreux interstitiels de l'utérus.*]

214. Blaise, Victor Gustave, né à Telloy-lez-Hermaville (Pas-de-Calais). [*De l'anesthésie locale.*]

215. Mendez, Guelberto, né à Montevideo (Amérique méridionale). [*Du phlegmon et des abcès de la paume de la main.*]

216. Martin, Charles-François, né à Voiron (Isère). [*Éducation et hygiène des enfants du premier âge.*]

217. Toilant, Marien-Pierre, né à Charny (Yonne). [*Considérations sur l'alimentation dans le traitement des plaies.*]

218. Hubert, Jean-Marie-Alphonse, né à Adainville (Seine-et-Oise). [*Des convulsions.*]

219. Pinguet, Irénée-Pierre-Victor, né à Rioz (Haute-Saône). [*L'ipécacuanha, son emploi thérapeutique et son utilité dans la période prodromique du choléra.*]

220. Bestel, Charles, né à l'île Maurice (colonie anglaise). [*Considérations sur les épidémies en général, et particulièrement sur celles du choléra, au point de vue des moyens prophylactiques.*]

221. Dassen, Alphonse. [*Étude sur la nature et le siége de la grenouillette, et sur son traitement par les injections irritantes.*]

222. Duplais, Jean-Louis-Adolphe, né à Cozes (Charente-Inférieure). [*De quelques applications de l'électricité à la médecine.*]

223. Faveyrial, Jean-Baptiste, né à Usson (Loire). [*Considérations sur l'allaitement maternel.*]

224. Couillaud, Jean, né à Chatain (Vienne). [*De la trachéotomie dans le croup ; indications et contre-indications.*]

225. Fonteneau, Auguste-Louis, né à Sougé (Loir-et-Cher). [*De la dysentérie observee en Algérie.*]

226. Bocquet, Césaire-Hospice, né à Beuvry (Pas-de-Calais). [*De l'hématocèle vaginale et de son traitement.*]

227. Deswatines, Alexis-Arsène-Louis, né à Vouziers (Ardennes). [*Quelques remarques à propos de certaines occlusions intestinales.*]

228. Chabrely, Joseph-Marie, né à Cénon-la-Bastide (Gironde). [*De la castration chez l'homme.*]

229. Letaillieur, Charles-Joseph, né à Alençon (Orne). [*Diagnostic du cancer.*]

230. Cahours, Albert-Maximin, né à Savigny-le-Vieux (Manche). [*Diagnostic du cancer du sein.*]

231. Quesney, François-Laurent-Alphonse, né à Goupillières (Eure). [*De la conicité du moignon après les mutilations traumatiques du pied.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

Amette.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 10 septembre 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : NOMINATION D'UN ASSOCIÉ NATIONAL. — ÉTIOLOGIE DE LA FIÈVRE JAUNE. — ACADÉMIE DES SCIENCES : ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX — TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE. DEUX NOUVEAUX INSTRUMENTS. — ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Après une élection qui sera généralement approuvée, celle de M. Gintrac (de Bordeaux) comme membre associé national, une courte mais instructive conversation a eu lieu mardi dernier à l'Académie de médecine, sur l'étiologie de la fièvre jaune, à l'occasion d'un bon rapport de M. Gerardin. M. Londe a fait sortir Chervin de la tombe; car ce sont les opinions de cet honnête et intraitable apôtre de l'infection miasmatique et de la non-contagion, qu'il a reproduites avec une véhémence digne du maître. Mais quelques mots sensés de M. Bouchardat et une brillante argumentation de M. Trousseau ont rétabli les faits.

Laissons la contagion, qui nous paraît, à nous, suffisamment démontrée, mais qui n'a figuré qu'accidentellement dans ce débat et ne peut être vidée en quelques mots. Ne nous attachons qu'à l'influence des miasmes palustres, et même, pour laisser à la question étiologique toute l'étendue que lui donnait Chervin, à l'influence des foyers d'infection produits, tant par la décomposition des substances végétales que par les émanations de substances animales. Peut-on dire que cette condition, jointe à une grande chaleur, soit nécessaire au développement de la fièvre jaune? Non, certainement. S'il est vrai que la maladie prenne naissance, d'une manière générale, sur des côtes basses, largement ouvertes aux marées, enveloppées d'humidité, bordées de marécages, sujettes à des pluies diluviennes; s'il en est ainsi, a des degrés divers, à New-York, à la Nouvelle-Orléans, à la Vera-Cruz, aux Antilles, etc.; si l'on voit fréquemment l'épidémie augmenter de violence dans les localités ou ces causes d'insalubrité atteignent le maximum; si elle occupe d'ordinaire les grands centres de population, où l'on peut la supposer activée par l'encombrement, on voit aussi la maladie éclater sur des sommets élevés et arides, comme

---

tention de ceux qui sont le plus en cause, si j'insistais, avec quelque réserve que ce fût, sur ces affaires locales. Je me permettrai seulement, avec le dégagement d'un simple touriste, d'exprimer l'impression pénible qu'on éprouve à voir une portion aussi éclairée du corps médical livrée aux dissensions ; une société de médecine dont se sont éloignés ses membres les plus anciens, ses présidents d'autrefois ; une presse dont l'unité est rompue ; que dirai-je ? les forces vives éparpillées, les anneaux de la chaîne disjoints, le serpent d'Esculape coupé en deux ! Heureusement que ce serpent-là doit être assez vivace pour que ses tronçons puissent se réunir. Quand nous ferez-vous voir, chers Girondins, ce bel exemple de greffe animale?

Pour le moment, on s'occupe beaucoup du nouveau *règlement du service de santé et du régime alimentaire* des hospices civils. Je déclare ici formellement que le peu que j'en veux dire est une simple appréciation personnelle, aussi étrangère aux discussions de là-bas que pourrait l'être une étude sur les hôpitaux des montagnes Rocheuses, et ne trouvant place ici que comme un thème naturellement offert, presque imposé, à un critique en voyage. Encore n'ai-je intention de ne m'occuper que de la section relative aux *élèves* des hôpitaux. Sur ce chapitre, en effet, le règlement contient des dispositions qui, si elles étaient spéciales à Bordeaux, ce que j'ignore, mériteraient d'être indiquées aux autres écoles préparatoires. L'hôpital Saint-André, comprenant, à lui seul, la majeure partie du service sanitaire, a quatre catégories d'élèves : des élèves externes, des adjoints aux internes, des internes, et un *premier interne*.

Tous les élèves inscrits sont ou peuvent être externes; car l'article 33 est ainsi conçu : « Les élèves inscrits sur les registres de l'École préparatoire de médecine de Bordeaux, *spécialement* les élèves de deuxième année, pour lesquels un service dans les hôpitaux est obligatoire (ord. roy. du 10 avril 1842), et dont les noms sont transmis au commencement de chaque trimestre par le directeur de l'École, remplissent les fonctions d'externes.... » En cette qualité, ils sont tenus d'assister aux visites du matin, à celles du soir, et font les pansements dans les salles de chirurgie et dans celles

à Gibraltar, à Xérès, à Medina-Sidonia ; elle n'a jamais pénétré, suivant M. de Humboldt et M. Bally, à Acapulco (Mexique), le lieu le plus marécageux, le plus malsain de la terre ; parfois même, après avoir éclaté dans une certaine région, elle s'arrête précisément sur la limite des localités marécageuses et infestées de fièvres intermittentes, ainsi que l'a montré M. Trousseau ; enfin, contrairement à l'assertion de Dalmas, elle sévit dans les localités étroites, dans des bourgs, dans des villages ; elle prend naissance à bord de navires soumis aux plus minutieuses précautions de propreté et exempts de tous effluves végétaux ou animaux. Voilà les faits. Les opinions les plus obstinées ne peuvent rien contre eux : il n'y a qu'à s'y soumettre. On remarquera, en passant, que les partisans de l'infection comme cause d'origine n'ont plus, pour expliquer la plupart de ces faits, d'autre ressource que la contagion, et ce sont justement les infectionistes *quand même* qui repoussent la contagion avec le plus d'acharnement.

Mais à propos de la fièvre jaune de Gibraltar en 1828, M. Trousseau a fait remarquer avec raison qu'il n'est pas absolument besoin de la contagion pour expliquer l'origine de l'épidémie ; que d'autres affections épidémiques, horriblement contagieuses, telles que le typhus des armées, naissent souvent de causes toutes locales, de l'encombrement, par exemple, et que la contagion vient ensuite en aide à ces causes pour activer la propagation. En fait, on ne sait rien sur l'étiologie de l'épidémie de 1828. Le mal était dans toute sa violence quand la commission est arrivée à Gibraltar ; les renseignements recueillis sur la santé des navires qui avaient touché le port n'ont rien appris de positif, et nous savons de M. Louis, sans vouloir plus que lui tirer une induction positive de cette circonstance, que très probablement, si l'on s'en rapporte aux notes tenues par les médecins anglais, des cas isolés de fièvre jaune se sont présentés dans les intervalles des diverses épidémies qui ont sévi à Gibraltar ; en sorte qu'il serait possible que l'épidémie de 1828 n'eût été qu'un réveil au lieu d'être une importation.

—M. Jacubowitsch, professeur à Saint-Pétersbourg, a communiqué à l'Académie des sciences, dans la séance du 30 août (voir aux *Académies*), un mémoire sur la structure intime du système nerveux central, étudié dans un nombre considérable de coupes faites sur toute la hauteur des centres nerveux et dans tous les sens. Des recherches infatigables pendant quatre années, sur cette partie de l'histologie, l'ont conduit à des résultats très importants et qui intéressent autant la physiologie et la pathologie que l'anatomie pure. M. Jacubowitsch a présenté à l'appui de son mémoire plusieurs grands dessins : l'un d'eux seulement est terminé ; il est d'une exécution admirable. Comme ce travail, dont nous prisons très haut la valeur, n'est pas très aisément intelligible dans la forme aphoristique que lui donnent les COMPTES-RENDUS de l'Académie, nous tâcherons d'en expliquer ici la signification.

Jusqu'à présent, les anatomistes, tout en reconnaissant dans la moelle épinière des cellules nerveuses de diverses grandeurs, n'avaient pas encore attribué des fonctions distinctes et constantes à chaque variété de cellules. M. Jacubowitsch a d'abord fixé au nombre de trois les variétés de cellules qu'on peut rencontrer. Il y aurait, d'après lui : 1° des cellules du *mouvement :* ce sont les plus grosses ; elles sont multipolaires et se trouvent dans les cornes antérieures de la substance grise ; 2° des cellules du *sentiment :* ce sont les plus petites ; elles sont tripolaires et placées dans les cornes postérieures ; et 3° enfin des cellules *sympathiques*, bipolaires, intermédiaires entre les deux autres quant à la grosseur. Pour M. Jacubowitsch, le système nerveux central n'est pas autre chose qu'un aggloméral de ces trois espèces d'éléments, dont les pôles ou prolongements vont former les cylindres axiles de toutes les fibres nerveuses émanant de la substance grise. Il y a des modifications, soit dans le nombre relatif, soit dans la disposition de ces divers éléments, suivant les parties du système nerveux qu'on examine ; mais il n'y a aucun autre élément, ni dans la moelle allongée, ni dans le cervelet, ni dans le cerveau. Les cellules communiquent d'une moitié à l'autre du système nerveux par des prolongements qui vont des unes aux autres, en formant les commissures ; dans la même moitié du système, elles sont unies aussi par de semblables prolongements.

Le résultat le plus intéressant de cette partie des recherches de M. Jacubowitsch consiste à avoir découvert la présence des cellules du grand sympathique dans toute l'étendue du système nerveux central. Cette détermination, si elle se confirme, tendra à éclairer les rapports réciproques du système cérébro-spinal et du système sympathique, en montrant que ce dernier système n'est pas indépendant anatomiquement, comme l'ont prétendu autrefois Bidder et Volkmann, et plus récemment d'autres anatomistes allemands ; mais que, par ses éléments essentiels, il fait partie intégrante du système cérébro-spinal.

de médecine. Les élèves jouissent donc, dès le début de leurs études, du bénéfice de cet apprentissage pratique qui est refusé à un si grand nombre dans les grands centres d'études. C'est seulement après avoir fait à l'hôpital un service régulier, et avoir pris quatre inscriptions, que les élèves sont admis à l'examen pour les places d'adjoints aux internes. Ces adjoints font à peu près le service qui, à Paris, est imposé aux externes, c'est-à-dire qu'ils inscrivent sur les cahiers de visite les prescriptions, les noms des malades, la durée de leur séjour et la désignation de la maladie, d'après le diagnostic établi par le chef de service. Ils veillent aux pansements exécutés par les externes ou s'en chargent eux-mêmes ; ils pratiquent les petites opérations de la chirurgie, et assistent les internes dans les autopsies. Ces derniers, nommés pour deux ans, remplissent les fonctions ordinaires des internes de Paris ; de plus, ils sont tenus de résumer, à la fin de chaque mois, « le mouvement des individus admis dans les salles auxquelles ils sont attachés, » et les internes de deuxième année sont obligés de concourir pour l'obtention des récompenses que l'administration accorde tous les ans. C'est celui que le concours place en tête de ses collègues qui prend le titre de premier interne, en acquérant le droit de prolonger son service pendant un an. Le premier interne est de création nouvelle. Auparavant, il y avait, au-dessus des internes simples, un *chef interne*, lequel était ordinairement, sinon toujours, docteur, et pouvait intervenir d'une manière grave dans le traitement ; par exemple, pratiquer des opérations en l'absence du chef de service. Cette institution fonctionne encore dans plusieurs Écoles préparatoires. On a jugé, à Bordeaux, qu'elle exposait à des conflits d'autorité ; qu'il ne devait pas y avoir d'intermédiaire entre le maître et l'élève, entre le chef de service et l'interne, et l'on a introduit dans le règlement, en supprimant le chef interne, la pensée de l'article 36 du règlement des hôpitaux de la capitale, où il est dit que toutes les opérations doivent être pratiquées par le chirurgien en titre. Le premier interne, qui ne peut être docteur, jouit encore d'attributions assez étendues : il aide « les chefs des services chirurgicaux » dans les opérations ; il a « la direction supérieure » de l'emploi des appareils d'électrisa-

M. Jacubowitsch soutient l'opinion que tous les nerfs sont mixtes dès leur origine, et, ce qui ne peut manquer de paraître surprenant, que les deux racines de chaque nerf sont mixtes; qu'elles contiennent en même temps des fibres nées de cellules du mouvement, de cellules du sentiment, et de cellules sympathiques. En présence de ces résultats anatomiques, que diront les physiologistes, pour qui rien n'est aussi clairement établi que la doctrine de Charles Bell sur les fonctions distinctes des racines?

Une observation de M. Jacubowitsch devra être prise en sérieuse considération lorsqu'il s'agira d'expliquer l'effet des poisons narcotiques. Il a remarqué que les centres nerveux des animaux empoisonnés par ces substances ne pouvaient pas servir aux recherches histologiques, parce que tous les éléments y étaient plus ou moins déchirés et détruits. Il sera bon peut-être d'y regarder de nouveau; car ce sont là des lésions si graves, que l'on concevrait difficilement comment, dans certains cas, par des moyens appropriés et administrés à temps, on parviendrait à rappeler à la vie des individus sur le point de mourir à la suite d'une intoxication narcotique, et dont la substance nerveuse présenterait certainement déjà de profondes altérations de structure.

Beaucoup d'autres faits intéressants sont contenus dans le résumé, dont la concision laisse voir qu'il y en a un nombre bien plus considérable que l'auteur se propose de faire connaître successivement.

Voilà un grand pas de fait dans l'histologie du système nerveux, cette partie encore si obscure de l'anatomie. Avec une connaissance plus exacte de la structure des centres nerveux, les physiologistes sauront mieux à quel point sont complexes les parties sur lesquelles ils opèrent, et, par suite, combien le sont aussi les résultats expérimentaux. Néanmoins, nous regardons, quant à présent, comme douteux qu'on parvienne jamais à expliquer par une disposition particulière de cellules, par une prédominance de telles cellules sur telles autres, dans une partie déterminée du système nerveux, et surtout de l'encéphale, la raison secrète des fonctions du système nerveux.

— Une question en ce moment à l'ordre du jour, c'est de savoir s'il est toujours possible de franchir un rétrécissement très étroit, mais encore perméable à l'urine, si peu que ce soit. Aussi bien en France qu'en Angleterre, il est des chirurgiens qui disent oui et d'autres non. En admettant que les premiers soient un peu trop affirmatifs, pourrait-on bien assurer que les autres ne se sont pas rebutés trop vite, qu'ils se sont suffisamment rendu compte des difficultés, et qu'ils ont, en conséquence, fait choix des moyens et procédés les mieux appropriés?

M. Henry Tompson, qui a publié, il y a quelques années, un bon traité sur les rétrécissements de l'urèthre, a lu, le 30 juillet dernier, à l'*Association médicale britannique*, un mémoire dans lequel il se range parmi les chirurgiens de la première catégorie, et où il expose les moyens qu'il met en pratique. Nous passerons sous silence ce qu'il dit de l'utilité du repos, des boissons douces, des laxatifs, des calmants, administrés surtout par le rectum, et des injections d'huile faites préalablement dans le canal, pour nous occuper d'un cathéter auquel il paraît attacher beaucoup d'importance. Cet instrument, dont nous trouvons la description et la figure dans le BRITISH MEDICAL JOURNAL, ressemble beaucoup, par sa forme, sa longueur et sa courbure, au cathéter ordinaire; il est d'argent. Dans ses deux derniers pouces, il est solide et plein, s'amincit graduellement et se termine par une extrémité légèrement renflée. A deux pouces et demi de l'extrémité commence un canal s'ouvrant par un petit œil sur le côté concave de l'instrument, et qu'un mandrin d'acier remplit exactement, de manière à empêcher l'œil de se boucher et à donner de la solidité à la partie creuse. Cette sonde est brisée vers son milieu, et l'on peut adapter le manche à une ou aux deux moitiés, selon la profondeur de la stricture.

Un premier fait nous frappe, c'est que cet instrument n'est pas nouveau : c'est, sauf le mandrin, la sonde conique de Boyer, que ses dangers ont fait abandonner. M. Tompson propose d'en avoir de plusieurs volumes, et il pense qu'on doit choisir le numéro qui est à peu près en rapport avec le diamètre du jet d'urine. Outre que ce choix nous paraît basé sur un guide bien infidèle, nous ferons remarquer que ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on propose de faire de métal les bougies les plus fines. Celles-ci glissent mieux en effet que les bougies élastiques qu'on emploie généralement, et ne fléchissent pas sous la pression; mais aussi, combien elles exposent aux fausses routes! Supposons un rétrécissement placé à la courbure du canal, quelle direction imprimera-t-on à l'instrument pour être sûr que son extrémité ne tendra pas à sortir de l'axe du canal et à faire fausse route? Supposons même que le rétrécissement soit franchi, sera-t-on bien sûr qu'avec un cathéter inflexible aussi fortement étreint, on ne s'égarera pas dans les parties profondes?

tion, des douches, du traitement de la gale....; il fait chaque jour « une visite dans *toutes* les salles »; il veille au maintien de la discipline parmi les élèves; il donne aux externes et aux adjoints des instructions pratiques sur l'application des bandages et appareils et sur les opérations de petite chirurgie; il a en dépôt les instruments de chirurgie de l'hôpital, etc. Assurément, à Paris, on ne se plaindrait pas de n'avoir pas de chef interne, mais on se plaindrait d'avoir un premier interne. Il fut un temps où l'on possédait un *chirurgien gagnant maîtrise*, et l'on ne songe pas à le ressusciter. Notre *chef de clinique* n'est que le mari de la reine à côté du seigneur chef interne de Bordeaux! Mais je n'affirme pas que la condition des Écoles préparatoires ne crée pas des besoins inconnus dans les Facultés.

Le temps m'a manqué pour parcourir les hôpitaux, et je n'ai pu que donner un coup d'œil à la grande cour et aux beaux promenoirs de Saint-André, en compagnie de mon excellent confrère M. Borchard. Ce que j'ai rencontré de plus agréable après tout, c'est un disciple, tout jeune encore, de la Faculté de Paris, devenu un des maîtres chirurgiens de la Gironde, M. le docteur Denucé. Inutile de vous en donner la description; vous le connaissez et le connaîtrez de plus en plus par ses œuvres. Mais je m'étais réservé le loisir de visiter une curiosité plus rare que les hôpitaux : c'est le caveau. Que ce nom n'éveille en vous aucune idée bachique : le caveau dont il s'agit n'a rien de commun avec le *Caveau moderne*; il est au contraire très ancien, très silencieux, très lugubre, et je ne vous souhaite pas d'en être membre. Il s'agit de la crypte de l'église Saint-Michel, qui contient une quarantaine de cadavres momifiés. Cette gracieuse compagnie, rangée en file le long du mur, se tient honnêtement debout pour recevoir les visiteurs. Vous passez sur le front de la ligne, pendant qu'un *gamin* (il n'y en a pas qu'à Paris), agitant vivement une chandelle, fait éclabousser la lumière sur la face et les portions les mieux conservées des personnages. Il ne tient qu'à vous de croiser les mains derrière le dos, et de vous prendre pour le Napoléon du poëte allemand, passant à minuit la revue de ses soldats morts. L'illusion serait d'autant plus facile, qu'il y en a un qui a sous le sein droit un

L'auteur dit qu'on sera averti que l'instrument est dans la vessie par la sortie de l'urine à travers son canal; mais est-ce qu'il n'en serait pas de même s'il arrivait dans cet organe par une fausse route? Et s'il ne sortait rien, serait-il bien temps de savoir qu'on s'est égaré, quand on serait arrivé à une pareille profondeur, puisque l'œil est à deux pouces et demi de l'extrémité?

Et puis, si cet instrument présente, à la rigueur, quelque avantage quand la difficulté provient de la dureté du rétrécissement, en aura-t-il encore, même à un faible degré, quand cette difficulté résulte de l'excentricité de l'ouverture, et surtout de la présence d'une fausse route au-devant et à côté d'elle, circonstances qui se présentent pourtant si souvent, d'après les observations de M. Mercier, lequel a lui-même imaginé, pour le cathétérisme des diverses espèces de stricture, des procédés aussi simples qu'inoffensifs?

— Sur le même sujet, mais à un point de vue différent, M. le docteur Bossu (de Lyon), essaie de faire faire un pas à la thérapeutique chirurgicale. Son but est d'obtenir la guérison des rétrécissements en les soumettant à une dilatation progressive, et il propose pour cela l'emploi de l'instrument suivant (*Gazette médicale de Lyon*, 1857, n° 12) :

C'est une sonde métallique ordinaire, creuse jusqu'au niveau de sa courbure, où elle se bifurque en deux arcs de cercle. L'un de ces deux arcs, concentrique, est fixe; l'autre, excentrique et mobile, est terminé, au niveau de son articulation, par une surface en biseau, destinée à recevoir l'extrémité conique d'une tige solide, qui parcourt toute la longueur du cylindre et imprime à l'arc mobile le mouvement nécessaire pour lui permettre de s'ouvrir ou de se fermer. L'articulation est formée par un emboîtement à vis. En retirant la vis, on peut détacher la branche mobile, ce qui facilite les soins de propreté de l'instrument et permet le changement d'un ressort d'acier placé en ce point.

L'écartement des deux branches est produit par l'élasticité de ce ressort fixé à leur base, et pressé entre eux quand ils sont joints par l'effet de la tige intérieure... Sur la surface interne de l'axe mobile est creusée une gouttière, qui loge le ressort quand les branches sont au contact. Celles-ci sont évidées de façon à laisser entre elles un intervalle d'un millimètre, l'instrument étant fermé. La tige est droite, et graduée pour permettre de préciser la profondeur à laquelle on a pénétré. Elle commence par un renflement taraudé intérieurement pour recevoir l'extrémité d'une tige métallique, qui remplit tout le cylindre et se termine par une pointe conique servant à fermer les branches ou à les écarter convenablement l'une de l'autre.

Un mécanisme identique peut s'adapter à une sonde droite, et même avec plus de facilité.

Cet instrument de dilatation n'est applicable qu'aux rétrécissements qui peuvent laisser passer une sonde très petite; car, avant d'opérer l'écartement des branches, le chirurgien doit s'être assuré que la partie articulée a dépassé le point rétréci. On tourne alors la vis de la tige centrale; la pointe conique, en se retirant, laisse au ressort tout son jeu : les branches s'écartent donc en arrière du rétrécissement, c'est-à-dire dans une portion du canal, dont le calibre est plutôt augmenté que diminué. Puis on retire doucement l'instrument ainsi ouvert; l'angle formé par les branches écartées pénètre par sa pointe dans le rétrécissement, qu'il tend à vaincre progressivement, avec d'autant plus de force que la traction est plus active et la résistance du ressort plus puissante.

Cet instrument, qui nous paraît ressemble beaucoup, sauf le ressort, à la sonde imaginée par A. Cooper pour dilater l'urèthre de la femme, et adaptée par Weiss au traitement des rétrécissements chez l'homme, a donné de bons résultats dans un cas où il a été mis en usage; est-ce à dire qu'il réussira toujours? Nous n'oserions le penser. D'autres sondes dilatatrices, dont le mécanisme n'était pas moins ingénieusement combiné, ont été abandonnées depuis longtemps. Espérons cependant un meilleur sort pour celui de M. Bossu, dont l'avantage est d'agir par le moyen d'un ressort très doux, et qui, par conséquent, produira difficilement des déchirures. Mais, comme un grand nombre d'autres, il exige une dilatation préalable qui rendra son introduction possible. Or, on sait qu'une fois qu'un rétrécissement en est arrivé à ce point d'admettre une petite sonde, le reste du traitement n'offre plus, en général, de grandes difficultés; aussi la dilatation par les moyens ordinaires sera-t-elle souvent continuée jusqu'à guérison complète par les chirurgiens, dont une des préoccupations les plus louables est de simplifier, autant que possible, l'arsenal instrumental.

— La question de l'association générale des médecins est décidément à l'ordre du jour. Nous en avons dit notre avis dans le dernier numéro (au *Feuilleton*). Jusqu'à plus ample informé, nous nous bornerons à enregistrer les opinions *pour* ou *contre* qui nous paraîtront les plus autorisées, et nous commençons aujourd'hui en reproduisant un article de l'UNION MÉDICALE. A. DECHAMBRE et MARC SÉE.

---

trou, attribué, avec toute apparence de raison, à un coup d'épée. C'est un homme superbe, qui porte la tête droite, la poitrine en avant, et a encore l'air de menacer. Ce doit être un duelliste puni par où il avait péché. Dieu lui fasse paix! Un autre habitant du lieu est plus à plaindre, si l'on en juge par les contorsions où la mort a surpris ses membres. Le cicerone vous explique, avec une voix aussi criarde qu'attendrie, que le pauvre diable a été enterré vivant. Ce n'est qu'une présomption; mais quelle sombre question que celle de l'inhumation précipitée! Qui peut dire combien il s'en faisait à l'époque où remontent tous ces cadavres, c'est-à-dire il y a plusieurs centaines d'années, quand la science n'avait répandu aucune lumière sur les morts apparentes, et qu'aucune mesure de police ne protégeait les dernières chances d'un retour à la vie! Qui peut dire si, même dans notre pays, la terre ne couvre pas de temps à autre de terribles scènes de torture!

Les cadavres du caveau Saint-Michel, réduits, effilés, ratatinés par le dessèchement, sont néanmoins presque tous bien conservés. Chez beaucoup, la peau est entière; les ongles, les dents subsistent. Quelques uns portent encore des lambeaux de vêtements, de grandes parties de chemise. Ils ont été extraits de caveaux situés dans l'intérieur de l'église Saint-Michel. On croit que quelques-uns proviennent du cimetière qui confinait autrefois à cette église; mais je ne pense pas qu'il en existe de preuve authentique. C'est une chose singulière et, pour ainsi dire, une des curiosités de cette curiosité, qu'il n'y ait guère moyen, à Bordeaux même, de se renseigner avec un peu d'exactitude sur les circonstances qui s'y rapportent. L'auteur d'une monographie assez récente sur l'église Saint-Michel, et qui est enfant de la paroisse, en est réduit à raconter que ce qu'il sait sur l'origine des cadavres, il l'a recueilli de la bouche de quatre gardiens successifs du caveau. On a cherché à savoir si la conservation des cadavres était due à une propriété particulière du sol. On lit, dans une notice publiée en 1845 par la Fabrique de Saint-Michel, que des études ont été faites sur ce sujet par M. de Puymaurin. « Il paraît, ajoute la notice, que la chaux éteinte agit sur les cadavres au point de leur faire perdre toutes leurs parties volatiles, et de réduire un corps de 150 livres pesant au poids de

II.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

Des applications de l'électricité a la médecine, par M. A. Masson, professeur de physique au lycée Louis-le-Grand, et agrégé de la faculté des sciences.

Depuis quelques années les appareils d'induction voltaïque et magnétique ont été presque exclusivement employés par les médecins qui ont appliqué l'électricité à la thérapeutique. Des ouvrages justement estimés ont été publiés sur la science électro-médicale, et tout fait espérer que la force électrique, mieux dirigée que par le passé, deviendra un agent médical puissant et véritablement utile.

Tout récemment, M. le docteur Becquerel, qui a fait une étude consciencieuse de l'électricité et de ses applications à la médecine, a publié le résumé des intéressantes leçons qu'il a professées à sa clinique de la Pitié pendant l'année 1856. Le livre de M. Becquerel est complet, ses opinions sont sagement et prudemment exprimées, et toutes les applications nouvelles y sont suffisamment indiquées. L'ouvrage de M. le docteur Becquerel contribuera puissamment à répandre l'application de l'électricité à la thérapeutique.

Dans les divers traités d'électricité médicale, on trouve quelques erreurs historiques ou physiques qui n'enlèvent rien à leur mérite, mais que je crois utile de rectifier, parce que dès le début elles jettent beaucoup de confusion dans une science naissante.

J'exposerai d'abord l'histoire des procédés électriques actuellement employés en médecine, et je comparerai ensuite ces procédés à ceux dont se servaient les médecins ou les physiologistes avant la découverte de l'induction.

Nous devons à M. Faraday l'une des plus grandes découvertes de ce siècle : l'induction voltaïque et magnétique (1).

En 1832, Pixii fils (2) imagina un appareil magnéto-électrique donnant naissance à des courants continus au moyen desquels on pouvait décomposer l'eau et produire des étincelles au moment de l'interruption du circuit induit. Dans certaines conditions de l'appareil, on pouvait ressentir de violentes commotions. Il fallait pour cela prendre dans les deux mains des cylindres métalliques formant les extrémités du fil de l'électro-aimant, mettre ces cylindres en contact pour fermer le circuit, et l'interrompre brusquement en séparant les poignées pendant le mouvement de l'aimant. Dans ce cas seulement, on ressentait des secousses électriques (1).

Ainsi, le courant induit direct de l'appareil de Pixii, tel qu'il existait alors dans tous nos cabinets de physique, ne donnait pas de commotions. Il fut modifié plus tard, lorsque j'eus montré que les effets physiologiques si puissants de cet appareil devaient être attribués à l'extra-courant du courant direct induit par l'aimant. Jusqu'à cette époque l'appareil de Pixii, ne pouvant pas produire des secousses successives, n'était pas employé en thérapeutique.

L'appareil de Clarke vint longtemps après l'appareil de Pixii perfectionné. Il est très important de constater qu'avant la découverte dont je vais parler, l'appareil de Pixii n'était qu'une magnifique application physique des observations de Faraday sans utilité pour le médecin.

Pendant l'année 1834, M. Jenkins, en Angleterre, et moi, nous observâmes que, si l'on tient dans les deux mains les deux extrémités d'un fil métallique très long enroulé sur un morceau de fer doux, ou les extrémités du fil d'un électro-aimant quelconque, on reçoit de très fortes secousses lorsque, le fil recevant le courant d'une pile pour aimanter le fer doux, on interrompt le circuit au point situé entre les deux mains. On n'obtient aucun effet lorsqu'on met en contact les deux extrémités du fil pour rétablir le courant.

Pendant que je me livrais à des recherches expérimentales sur la cause de ces commotions, M. Faraday s'occupait du même sujet et publiait un mémoire complet sur les extra-courants. Arrêté dans mes travaux par les difficultés que j'éprouvai à me procurer en province les appareils dont j'avais besoin, je mis beaucoup de temps à perfectionner mon œuvre, et je me hâtai d'adresser une relation de mes expériences à l'Académie des sciences aussitôt que j'eus connaissance de la publication du célèbre physicien anglais. Mon mémoire, adressé à l'Institut en juin 1835, n'a été publié dans les *Annales de physique et de chimie* qu'en 1837, t. LXVI, 2e série.

Il est divisé en deux parties :

La première est entièrement conforme au travail de M. Faraday; nous étions arrivés simultanément aux mêmes conclusions.

La seconde partie, qui contient mes expériences physiologiques, est nouvelle, et je crois nécessaire de la publier *in extensò*, parce qu'elle servira de base à l'examen que je veux

(1) *Transactions philosophiques*, 1832. — *Ann. de phys. et de chim.*, 2e série, t. L et LI.

(2) *Ann. de phys. et de chim.*, 2e série, t. LI, p. 76.

(1) Lamé, *Cours de physique*, 1840, t. III, p. 156.

---

12 livres, sans cependant que le corps perde sa forme. » La Fabrique nous paraît un peu généreuse envers les liquides, en leur attribuant une valeur en poids environ 12 fois plus grande que celle des solides; car 12 est à 150 à peu près comme 1 est à 12. On admet généralement que la proportion des parties solides, dans le corps humain, est de 1/7e à 1/9e; mais ce n'est pas la question pour le moment. Que dit au juste M. de Puymaurin? Ah! voici où commence l'embarras. Les archéologues et géologues Bordelais dont j'ai pu avoir l'opinion sont d'avis qu'ils n'en savent rien; et la bibliothèque de la ville offre aux curieux les mêmes lumières. J'ai pu apprendre pourtant que le travail en question avait pour objet, non pas précisément le caveau de Bordeaux, mais bien le *caveau des Cordeliers de Toulouse* (qui jouit aussi, à ce qu'il paraît, de la propriété de conserver les cadavres), et qu'il se trouve dans les *Mémoires de l'Académie des sciences de Toulouse*. Si ces actes me tombent sous la main, je les parcourrai à votre intention, cher confrère. Vous savez d'ailleurs que la conservation des cadavres a lieu par plusieurs modes distincts : tantôt par défaut de putréfaction et dessiccation directe, tantôt par la transformation de tous les tissus en *gras de cadavre*, après un certain degré de putréfaction. Il suit de là que des cadavres peuvent se conserver, se dessécher, dans des terrains très propres néanmoins à favoriser tout d'abord la putréfaction. Dans les expériences fort instructives d'Orfila et de M. Lesueur, c'est un terreau riche en détritus végétal, et contenant beaucoup d'acide silicique et de carbonate de chaux, qui a opéré le plus promptement la saponification des tissus. Bordeaux, assis à gauche du fleuve, sur un terrain d'alluvion est entouré d'un dépôt de calcaire parisien; vient ensuite un terrain de molasse qui étend jusqu'à la mer et aux Pyrénées sa couche de calcaire, de sable et d'argile. Le calcaire ne fait donc pas défaut dans cette région; mais ce qu'il faudrait savoir, c'est si le sol de l'église Saint-Michel et des environs diffère de celui du reste de la ville, du cimetière, par exemple, où les cadavres ne se conservent pas mieux qu'ailleurs. Or, c'est sur quoi je regrette, cher confrère, de ne pouvoir vous tirer de l'ignorance où vous vivez très probablement.

faire des différents moyens employés pour appliquer l'électricité à la médecine.

« *Expériences électro-physiologiques.* — Après avoir démontré que l'intensité des commotions dépendait de la longueur du fil roulé en hélice et de la tension de la pile, j'ai cherché si d'autres éléments ne pouvaient pas aussi apporter dans ces effets quelques modifications. J'ai fait varier la grandeur des parties touchées, et j'ai vu que les secousses étaient d'autant plus fortes que les points du corps qui servent d'entrée au fluide sont plus multipliés. Ainsi, en ne touchant les poignées ou les fils qu'avec l'extrémité des doigts, on ne ressent qu'un léger frémissement qui ne dépasse pas la première phalange (ceci n'avait lieu que dans les circonstances où je me suis placé par rapport à la pile et au fil : il pourrait en être autrement pour une autre pile et un autre électro-aimant).

En saisissant les tubes métalliques avec deux, puis avec trois doigts, puis avec la main, on sentait augmenter progressivement la force du coup, qui devient insupportable en plongeant la main dans l'eau acidulée. Il paraît résulter de là que chaque filet nerveux communique son impression au nerf principal, et que la sensation est l'effet résultant de toutes ces petites actions qui s'ajoutent, effet différent de celui qu'on doit à une décharge de bouteille de Leyde, celle-ci agissant instantanément sur tous les points; d'un autre côté, la sensation n'est pas la même dans les deux cas : celle produite par l'électro-aimant paraît plus durable que l'autre.

La propriété du courant secondaire de n'affecter que les points touchés permet de soumettre à son action une partie quelconque du corps Ainsi, en plaçant deux lames métalliques sur les extrémités d'un doigt, après les avoir placées dans le courant, ce dernier ne traversera que le doigt. On sent déjà toute l'importance de cette découverte pour ceux qui s'occupent d'appliquer l'électricité à la médecine. Ils trouveront dans l'emploi de l'appareil précédemment décrit un moyen d'administrer des commotions, auxquelles ils peuvent donner l'intensité qu'ils jugeront convenables et qu'ils pourront faire varier par degrés insensibles. De plus, ils pourront, comme on va le voir, en administrer un nombre donné dans un temps donné et par un moyen très simple.

L'étude des effets obtenus par des commotions isolées m'a conduit à rechercher ce que deviendraient les sensations, si elles se succédaient avec une certaine rapidité, et l'appareil dont je me suis servi consiste en une roue dentée *ab* (fig. 3) traversée par un axe métallique CD. *gf* est une plaque très mince de laiton qui reçoit le choc des dents de la roue et produit un son qui permet d'apprécier le nombre de chocs obtenus dans un temps donné. En *f* est un fil métallique lié à la poignée *gk*, tandis qu'un autre fil *oi* communique à un pôle de la pile. Le coussinet communique à l'autre pôle *n* par l'intermédiaire d'une hélice ou d'un électro-aimant placé dans le circuit OID, tandis que celui en C est lié par un fil CH à l'autre poignée. Il est facile de voir qu'en saisissant les poignées, il s'établira un courant secondaire dans FKH, au moment où l'on interrompra le circuit en A, ce qui arrivera chaque fois qu'une dent abandonnera la plaque GF. Voici alors ce qu'on éprouve en faisant tourner la roue.

Si l'on tourne lentement, de manière qu'il existe un certain intervalle entre chaque secousse, on éprouve des commotions difficiles à supporter, et l'on observe que ces commotions n'ont pas toutes la même intensité, ce qui indique une sorte de périodicité dans l'état de tension de la pile ou dans l'état électrique du conducteur. En augmentant la vitesse de la roue, il arrive un instant où les muscles éprouvant une contraction involontaire, on ne peut plus abandonner les poignées : la douleur devient insupportable; les bras se tordent sur eux-mêmes; et si l'on augmente alors l'intensité de la pile, la douleur est telle qu'on s'évanouirait si l'on ne cessait aussitôt l'expérience. J'ai éprouvé tous ces effets plusieurs fois, et j'y suis devenu tellement sensible, qu'il m'est impossible de supporter maintenant des contractions auxquelles je me suis soumis dans le commencement. En tournant plus rapidement, la douleur diminue, les contractions sont moins fortes; bientôt ce n'est plus qu'un frémissement, un engourdissement qui finit lui-même par disparaître complétement pour une certaine vitesse; alors on n'éprouve plus rien, mais tous ces effets recommencent à mesure que le son baisse.

Il existe donc une limite dans le nombre de chocs qu'on reçoit dans un certain temps, pour laquelle la sensation est nulle. J'ai remarqué que cette limite de la perception des sensations dépend de leur intensité et de la sensibilité de l'individu qui les reçoit. Elle n'est pas la même pour tous, l'intensité du coup restant la même.

Ce fait est remarquable; j'essaierai plus loin d'en donner une explication.

Voulant étudier l'effet qui résulterait d'une contraction prolongée obtenue par une succession plus ou moins rapide de vibrations électriques, j'ai pris un chat vigoureux, un superbe mâle; je lui ai mis une cravate que j'ai fixée dans

---

J'ai quitté la ville sous le coup d'un affreux scandale. Je m'assieds à une table du café Cardinal pour voir passer les naturels des deux sexes. Me trouvant à Bordeaux, je songeais à l'anisette; mais j'avais remarqué une certaine liqueur jaunâtre qui paraissait avoir toute la prédilection des consommateurs. J'en demande, et savez-vous ce que je lis sur la fiole? ÉLIXIR RASPAIL! Je suis esclave des proverbes; l'*élixir* était versé, il fallait le boire. J'ai demandé pardon à Dieu, à Esculape, à Apollon son père, à Coronis sa mère, à tous mes confrères passés, présents et futurs, et j'ai vidé le petit verre d'un trait. C'est une variété de *garus;* j'ajoute que c'est excellent; mais n'importe, je n'ai pas voulu rester une minute de plus dans une ville qui a une École préparatoire et où l'élixir Raspail a un tel succès. Je me suis enfoncé, la tête dans les mains, le front rouge, à travers les Landes, dont je vous parlerai.

Agréez, etc. A. DECHAMBRE.

Rare exemple de fécondité. — Le MAGASIN D'HISTOIRE NATURELLE de Moscou raconte ainsi l'histoire d'un paysan, qui a été présenté à l'impératrice de Russie. Ce paysan s'est marié en secondes noces à soixante-dix ans. Sa première femme avait accouché 21 fois : 4 fois de quatre enfants en vie; 7 fois de trois enfants; 10 fois de jumeaux : en tout, 57 enfants encore vivants. Sa seconde femme a déjà eu 7 accouchements : 1 de trois enfants et 6 de jumeaux : en tout, 15 enfants. Ces exemples de fécondité remarquable ne sont pas rares en Russie.

— Voici une manière spirituelle de répondre à certaines questions proposées par des sociétés savantes. Une de ces sociétés de la Nouvelle-Orléans avait proposé l'année dernière un prix de 100 dollars au meilleur mémoire qui serait envoyé sur cette question : — *Quels sont les plus sûrs moyens pour détruire les souris?* — Elle vient d'adjuger le prix au docteur Francastots (de Saint-Louis), qui avait rédigé ce mémoire laconique : « *Multiplier le nombre des rats.* » (*Ann. de la Flandre occid.*)

un étau, après lui avoir attaché les pattes deux à deux : il se trouvait alors dans l'impossibilité d'exécuter aucun mouvement, parce qu'on avait soin de maintenir l'immobilité dans les pattes de derrière avec une corde. Après lui avoir convenablement mouillé le bas-ventre avec de l'eau acidulée, j'y plaçai une poignée ou cylindre métallique ; l'autre fut placée sur l'oreille et quelquefois dans la bouche ou sur le cou. Après avoir mis cet animal, ainsi préparé, dans le courant secondaire, je le soumis à l'effet de mon appareil électrique. On tourna d'abord lentement la roue ; chaque interruption du courant produisait de violentes commotions. L'animal hurlait et mordait les poignées qu'il serrait, malgré lui, quand la vitesse augmentait ; enfin, par un nouveau surcroît de vitesse, il se roidit et mourut, après quelques minutes, dans un état nerveux difficile à décrire. Avant de le tuer, on le fit passer plusieurs fois par la limite dont j'ai parlé plus haut ; il éprouvait alors une espèce de repos, il était haletant, sa respiration était fréquente ; il sortait d'une longue agonie, qui recommençait aussitôt que la roue tournait moins vite.

Un caractère particulier à ce genre de mort est la roideur des membres, égale à celle qu'aurait manifestée l'animal, quinze jours après une mort naturelle. J'ai observé en outre que le chat était sensible aux secousses un certain temps après la mort, et que la durée de cette sensibilité était en rapport avec l'intensité des commotions.

Les mêmes expériences, tentées sur un second chat, m'ont conduit aux mêmes résultats.

On voit que, suivant la manière dont elle agit, l'électricité peut produire une excitation du système nerveux ou une espèce de paralysie. Je laisse aux physiologistes le soin d'examiner ces effets. Je chercherai seulement à expliquer pourquoi la sensation disparaît, lorsque le nombre des chocs surpasse une certaine limite.

Comme on pourrait supposer que la roue tournant très vite, la plaque touchait une dent avant d'avoir abandonné celle qui la précédait, ce qui aurait empêché toute interruption du circuit, et par conséquent la commotion, j'ai fait les expériences suivantes :

Je déterminai la limite dans un cas particulier, puis j'augmentai l'intensité ; alors les secousses renaissaient et la limite se trouvait reculée. Je pouvais ainsi, en faisant varier l'intensité du courant et la vitesse de la roue, reculer successivement la limite, et faire naître et disparaître successivement la sensation.

Les mêmes faits avaient lieu en diminuant l'intensité de la commotion et la vitesse de la roue.

Ayant placé dans le courant secondaire une pile à couronne et formée de deux séries de verres placés sur deux lignes parallèles, je trempai dans des verres correspondants des séries deux doigts d'une main, ou un doigt de chaque main, et j'observai qu'en augmentant ou en diminuant le nombre de verres, ce qui rendait plus ou moins intenses les commotions, on voyait disparaître la sensation pour une vitesse plus ou moins rapide de la roue. Dans cette expérience, le doigt placé du côté du pôle négatif perdait la sensation avant l'autre : ce qui semble encore indiquer que le courant positif a plus d'intensité que le négatif.

Enfin, je pris des roues ayant des dents plus ou moins écartées, de manière à détruire complétement la supposition d'un contact non interrompu entre la lame et la roue, et j'ai toujours obtenu le même résultat ; la fixité de l'étincelle, au point d'interruption, suffisait presque pour m'indiquer la discontinuité dans le courant.

Il est donc bien constaté maintenant que la sensation ne s'évanouit qu'au moment où le nombre de chocs atteint une certaine limite qui dépend de l'intensité du courant secondaire et de la sensibilité de l'individu.

Ce phénomène qui paraît analogue à celui observé par M. Savart, dans la perception des sons, me paraît pouvoir s'expliquer de la même manière.

En admettant dans le système nerveux un mouvement vibratoire, produit par chaque commotion, il pourra arriver que les chocs soient peu intenses et en petit nombre, ou qu'ils soient très intenses et très rapides. Dans le premier cas l'équilibre détruit par une secousse se sera rétabli avant qu'une seconde impulsion l'ait altéré, et l'on aura une série de chocs. Dans le second cas, les mouvements nerveux ayant peu d'amplitude, chaque oscillation ne pourra être terminée avant le retour périodique des impressions électriques, et le nerf se trouvera dans un état de tension, d'affection particulière, incapable de produire une sensation qui pourrait bien n'être due qu'à un mouvement vibratoire dans la matière des nerfs. Si les choses se passaient réellement ainsi, il deviendrait facile d'expliquer pourquoi, dans les batteries voltaïques, on ne reçoit le choc que quand on interrompt le circuit ou quand on le ferme.

A l'appui de ces idées, je citerai le courant continu qui, dans l'appareil de Pixii, décompose l'eau et dévie l'aiguille aimantée : courant produit évidemment par une série de mouvements électriques. On concevrait, dans cette hypothèse d'un mouvement électrique vibratoire, pourquoi l'aiguille aimantée est plus déviée par un courant faible et continu que par les chocs occasionnés par un courant beaucoup plus intense, mais de courte durée.

On pourrait penser que les phénomènes précédents dépendent de la conductibilité du corps humain, et admettant qu'un courant continu ne produira pas de sensation, croire que quand, dans les expériences précédentes, le courant est peu intense, l'électricité lancée dans le corps à chaque impulsion n'a pas le temps de s'écouler entre deux chocs successifs, ce qui produirait un mouvement continu du fluide électrique.

Cette hypothèse ne me paraît pas se concilier aussi bien que la précédente avec ce fait, que la limite ne dépend pas seulement de l'intensité des secousses et de la conductibilité des diverses parties du corps, mais encore de la sensibilité des individus.

Il est enfin une troisième manière d'expliquer le fait précédent. Elle consiste à supposer (et cela résulte d'un grand nombre d'expériences) que le courant met un certain temps à acquérir dans le fil métallique son état définitif, et que les interruptions du circuit, arrivant après des intervalles de temps très courts, le fluide n'a pas eu le temps de parvenir à l'état de tension qu'il manifeste quand la roue tourne lentement. J'objecterai à cette manière de voir que l'étincelle qu'on aperçoit au point d'interruption indique, par son éclat, une tension du fluide capable de produire des secousses qu'on devrait ressentir lors même qu'elles seraient très faibles.

Ainsi les sensations dues aux commotions électriques seraient soumises aux mêmes lois que celles résultant des vibrations sonores, et la pile ne produirait des secousses qu'au moment où l'on ferme le circuit, ou quand on l'ouvre, parce que pendant le mouvement de l'électricité qui se propagerait comme les sons, les vibrations seraient trop rapides et, dans

beaucoup de cas, ne pourraient produire des sensations.

Il est possible que certains animaux, certaines parties du corps soient sensibles au courant voltaïque. Pour le prouver, je citerai une observation que j'ai faite, il y a longtemps, sur un nerf dentaire mis à nu. Je le fis communiquer au pôle d'une pile à couronne formée de trois petits éléments; l'autre pôle était mis en communication avec la gencive au moyen d'un autre fil de platine. Le premier fil étant placé sur le nerf, j'attendais que la douleur résultant du contact d'un corps étranger fût passée, et je touchais la gencive avec l'autre; je ressentais alors une douleur durable et insupportable, à laquelle je ne pouvais résister qu'un instant très court. Or, il me paraît évident ici que cette action est due au courant électrique, et non aux substances provenant de la décomposition des matières salivaires; car le nerf, étant constamment en contact avec des matières étrangères, était habitué à l'action des acides et d'autres agents plus actifs que ceux qu'on obtiendrait par la décomposition des substances liquides placées dans la dent.

Ce résultat, qui mérite d'être répété, prouverait, comme on voit, que, pour certaines parties du corps très sensibles, la limite de la sensation ne serait pas atteinte par le courant voltaïque.

Si l'on forme un circuit de plusieurs personnes placées dans le courant secondaire, on observe que les premières reçoivent des secousses dans les mains, et ainsi des autres, et que l'intensité du choc diminue à mesure qu'on va des extrémités au milieu du circuit, et que pour une certaine tension dans le courant et un certain nombre de personnes, celles du milieu n'éprouvent rien. Ce résultat est d'accord avec tous ceux du même genre déjà connus.

Après avoir lu plusieurs descriptions des effets électriques produits par la *torpille* ou le *gymnote*, j'ai été frappé de l'analogie qui existe entre eux et les commotions obtenues dans les expériences précédentes. On voit, en effet, que des circonstances qui augmentent ici l'intensité de la secousse, telle que la grandeur des surfaces, ont aussi une grande influence sur la sensation éprouvée quand on touche les poissons électriques. Il serait possible que l'appareil électrique de ces animaux agisse par induction pour augmenter la quantité très faible d'électricité produite dans une certaine partie de leur corps, sous l'influence de la volonté, et les expériences que je viens de décrire pourront bien jeter quelque jour sur les propriétés électriques de ces animaux.

Je laisse aux physiciens qui ont observé des gymnotes le soin de comparer leurs observations à celles que je leur soumets, et au moyen desquelles il me sera facile d'expliquer plusieurs phénomènes non étudiés et qui, dans certains cas, apparaissent dans l'appareil de Pixii ou les électro-aimants.

Chaque fois qu'on interrompt le courant transmis dans un électro-aimant, on aperçoit au point d'interruption une étincelle très brillante. Ce fait, observé la première fois par dal Negro (*Bibliothèque universelle*, 1833, t. II, p. 394), a été expliqué dans le commencement de ce mémoire.

Personne, jusqu'ici, n'avait cherché la cause des commotions électriques produites dans l'appareil de Pixii, et de la nécessité où l'on était, pour les obtenir, ainsi que les étincelles, d'interrompre le courant induit. Je ne crois pas nécessaire de prouver que ces faits rentrent dans ceux précédemment expliqués, et que le courant très faible, produit par induction, ne reçoit sa force qu'au moment où l'on interrompt le circuit. Il est utile, pour obtenir des effets bien marqués, d'employer une très grande quantité de fil dans l'électro-aimant. L'utilité des grandes surfaces à l'extrémité des fils du courant induit se fait également sentir. Sans la poignée, on n'obtiendrait, en saisissant les fils, que de simples frémissements dans les doigts. Le hasard et l'expérience ont conduit, comme on le voit, aux conditions dans lesquelles il fallait se placer pour obtenir, au moyen de cet appareil, le plus grand effet possible ; et en y réfléchissant, on pouvait arriver directement aux recherches qui font l'objet de ce travail, et qui, dans le cours de physique, doivent prendre place immédiatement après la description de l'appareil de Pixii.

Il serait curieux, comme nous l'avions annoncé, M. Faraday et moi, d'examiner les phénomènes auxquels on parviendrait, en employant, dans les expériences précédentes, de l'électricité à haute tension.

Quelques essais m'ont déjà conduit à des résultats consignés dans une note que j'ai adressée, il y a longtemps, à l'Académie des sciences, et, depuis ce temps, de nouvelles recherches me font pressentir des faits curieux sur l'induction, et je m'empresserai de les publier quand mes occupations m'auront permis d'arriver à une solution satisfaisante.

Je ne terminerai pas ce travail sans indiquer les recherches de M. Neeff sur la roue foudroyante, et ses expériences électro-physiologiques, publiées postérieurement aux miennes dans les *Annales de Poggendorff*, t. XXXVI. Comme elles ne m'ont présenté aucun fait nouveau, je n'ai pas cru devoir en donner un extrait, qui, d'ailleurs, a été fait dans plusieurs journaux français. »

Guidé par mon travail et mes observations, M. Pixii père adapta un interrupteur à son appareil, qui put s'appliquer à la thérapeutique.

Il me paraît bien démontré, par ce qui précède, que j'ai découvert et étudié les extra-courants en même temps que MM. Jenkins et Faraday. J'ai fait une étude aussi complète qu'il m'était possible des actions physiologiques de ces extra-courants. J'ai montré le premier comment il fallait employer ces courants interrompus pour produire des contractions musculaires involontaires, identiques avec celles qu'on obtient sous l'influence de la volonté.

Plusieurs médecins de Caen, témoins de mes expériences, sollicitèrent mon concours, et nous essayâmes les extra-courants discontinus sur plusieurs malades, sur des noyés et des asphyxiés. Je n'ai publié qu'un seul fait, et cela suffit pour montrer que j'ai appliqué le premier les extra-courants interrompus à la thérapeutique, et que j'ai toujours localisé l'action.

Enfin, on peut voir dans la note que j'ai publiée sur le traitement des paralysies par l'électricité, que ma méthode consiste, non pas à exciter des commotions énergiques plus ou moins souvent répétées, ce qui me paraît dangereux; mais à produire ce qu'on peut appeler la gymnastique des muscles, c'est-à-dire leur contraction sans douleur pour le malade, et à les placer artificiellement dans leurs conditions normales.

On trouvera dans une thèse de physique, passée devant la Faculté des sciences de Paris en 1838, le paragraphe suivant, p. 89 :

« M. Jardin, propriétaire à Saint-André-de-Fontenay, près Caen, est atteint d'une hémiplégie de la face qui résista pendant trois mois à tous les remèdes, même les plus violents, employés dans ce cas. L'œil gauche, constamment ouvert, le nez et la bouche déviés, lui rendaient la figure hi-

deuse, et, ce qui était fort gênant, c'est que les muscles de la joue droite ne pouvaient amener sous les dents les aliments, qu'il était obligé de faire mouvoir avec les doigts. Nous le soumîmes, en cet état, à l'action des courants interrompus en commençant par l'œil. Nous faisions passer le courant sur la paupière, de manière à agir sur le nerf sus-orbitaire. Aussitôt que les commotions devenaient un peu rapides, l'œil se fermait, et, en augmentant encore la vitesse de la roue, on pouvait le maintenir fermé sans déterminer de douleur sous l'action de secousses se succédant alors avec une grande rapidité et produisant l'action d'un courant continu. Dès qu'on cessait l'action, la paupière partait comme un ressort, et l'œil s'ouvrait. Après quelques séances le sujet put fermer l'œil; c'était déjà un grand résultat. En soumettant les diverses parties malades au même traitement, j'ai eu la satisfaction de rendre à M. Jardin l'usage de toutes les parties de la face, excepté des lèvres, sur lesquelles j'ai peu opéré afin de savoir quelle part on doit attribuer à l'électricité dans cette cure. Au bout d'un an les lèvres n'avaient pas changé, et le malade éprouvait de la difficulté à siffler.»

J'ai guéri depuis les lèvres de M. Jardin, et je crois ces expériences assez bien conduites pour que la guérison entière doive être attribuée au traitement électrique. On sait, d'ailleurs, que ce genre d'affection ne guérit guère spontanément.

Je ne parlerai pas ici des nombreuses expériences que j'ai faites sur plusieurs malades, des contractions du diaphragme et de la respiration artificielle obtenues sur des noyés. Toutes ces observations n'ont pas été publiées et ne peuvent donner aucun droit à l'invention de l'électrisation localisée des courants induits. Appelé à Paris en 1838, j'ai cessé de m'occuper du traitement des maladies par l'électricité.

Depuis deux ans seulement j'ai recommencé l'application de ma méthode, afin de former mon fils, étudiant en médecine, qui, sous la direction de plusieurs médecins, a traité dans les hôpitaux et chez moi plusieurs malades avec succès. Il a guéri en quelques séances un jardinier affecté d'une paralysie de la main droite.

Je puis dire maintenant qu'on n'a rien changé aux procédés que j'ai découverts et employés il y a plus de vingt ans; on ne les a pas compris, et je prouverai plus loin qu'on les a mal administrés.

Examinons maintenant les principaux modes d'électrisation employés en médecine.

M. le docteur Becquerel a divisé avec beaucoup de raison en trois périodes la science électro-médicale, et nous suivrons la marche adoptée par ce médecin.

Dans la première période, nous voyons figurer tous les appareils de l'électricité statique; la seconde comprend l'usage des courants voltaïques, et dans la troisième nous voyons mettre en œuvre toutes les espèces de courants d'induction.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III.

REVUE CLINIQUE.

Kyste uniloculaire de la surface convexe du foie. — *Traitement par les injections de bile.* — Observation et réflexions; travail lu à la Société anatomique, par M. Auguste Voisin, interne des hôpitaux.

Au numéro 32 de la salle Sainte-Joséphine, à l'hôpital La Riboisière, service de M. Tardieu, est couchée la nommée Valey, âgée de cinquante-trois ans.

Cette femme ne se rappelle aucun antécédent héréditaire qui ait rapport à la maladie actuelle. A l'âge de vingt-quatre ans, elle resta quatre mois malade à la suite d'une couche. Elle a eu quatre enfants. De tout temps elle a été sujette à la constipation.

Il y a quatre ans, elle a été atteinte d'un ictère qui a laissé jusqu'à ce jour une teinte caractéristique. Depuis quatre ans, et coïncidant avec l'ictère, sont survenues des douleurs dans l'hypochondre. Les douleurs ont pris un caractère inquiétant depuis un mois: d'intermittentes qu'elles étaient, elles sont devenues continues.

Outre la douleur, la malade a éprouvé d'autres symptômes: des coliques, des nausées, des vomissements, de la dyspnée. Elle a rendu des urines d'un noir de café et qui contenaient des caillots sanguins.

Depuis trois mois, à ces symptômes déjà plus intenses, s'est jointe la tuméfaction de l'hypochondre droit.

La femme a considérablement maigri. Elle est depuis trois ans dans le service, et le diagnostic avait été jusqu'à ce jour cancer du rein droit. Les urines sanguinolentes avaient beaucoup influé sur le diagnostic porté.

État de la malade le 15 janvier 1857. La femme est très maigre. La peau offre une teinte cachectique.

La malade est tourmentée par une orthopnée intense.—Nausées, vomissements fréquents, constipation. Les urines sont normales, ne contiennent pas d'albumine.

La région thoracique droite est tuméfiée dans sa moitié inférieure; les espaces intercostaux y sont écartés, si bien que l'un d'eux est haut de 2 centimètres et demi. La demi-circonférence droite de la poitrine est égale à 0,50; la demi-circonférence gauche à 0,35.

La région du foie est le siége d'une élasticité manifeste; la main n'y perçoit pas de frémissement hydatique; mais si on imprime un léger choc à la partie antérieure de cette région, il se produit dans la main placée en arrière une sensation de flot.

La matité propre au foie commence à la quatrième côte et finit à deux travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes droites. Le foie paraît occuper aussi une partie de l'hypochondre gauche.

De l'aisselle droite part une chaîne ganglionnaire que l'on sent jusqu'à la quatrième côte. La pointe du cœur bat en avant de l'angle de la septième côte.

L'auscultation ne fait pas constater une respiration plus forte à droite qu'à gauche. Nous trouvons des râles sous-crépitants à gauche dans toute la hauteur du poumon. Le murmure respiratoire ne s'entend à droite en arrière qu'à partir de la cinquième côte et en avant à partir de la quatrième côte. Pas d'œdème des membres inférieurs, pas d'ascite.

Le diagnostic porté fut : Kyste de la surface convexe du foie.

Le 17. Application de caustique de Vienne dans l'espace intercostal de la huitième et de la neuvième côte.

Le 19. Ponction avec un trocart explorateur dans le milieu de l'eschare. Sortie d'un liquide tout à fait transparent comme de l'eau claire. Dans le liquide sont contenus de petits grains blancs qui ont été examinés trop tard au microscope. Le soir, la malade est prise de vomissements; la dyspnée est plus grande.

Le 22. L'état est satisfaisant. Nous faisons par le milieu de l'eschare une ponction avec un gros trocart, à canule assez longue. Nous recueillons deux litres d'un liquide séreux, mais bien différent du liquide recueilli par la ponction exploratrice en ce qu'il est teint de sang. Le liquide sort en jet; le jet est projeté plus loin pendant les mouvements d'expiration et la toux. Pendant l'inspiration, le liquide coule d'abord moins fort, puis cesse de couler. Il se fait alors une sorte d'aspiration, et on entend l'air pénétrer dans la cavité kystique. Aussitôt la sortie du liquide, la malade se dit soulagée. Nous injectons dans la poche de la bile de bœuf. Nous n'employons que la quantité de bile contenue dans une vésicule biliaire. La présence de la bile dans la poche hépatique ne pré-

voque chez la malade aucune douleur. Nous laissons la plus grande quantité du liquide dans le kyste, nous laissons la canule en place et nous bouchons son orifice, en la maintenant, au moyen d'un fil enroulé autour du thorax et d'une ceinture de diachylon.

Le 23. Quelques douleurs dans la portion sous-xiphoïdienne de la tumeur; 112 pulsations. Injection de bile.

Le 24. Le murmure respiratoire s'entend en arrière, à partir de la septième côte. Le liquide qui sort du kyste après vingt-quatre heures a une odeur fade, non fétide, et ne contient pas trace de pus. Injection de bile.

Le 25. État satisfaisant. Injection de bile.

Le 26. La percussion du thorax en arrière permet de reconnaître que la sonorité est normale jusqu'à la dixième côte. Pouls à 100 pulsations. Peau fraîche. La malade ne souffre que de son eschare. Elle reprend de l'appétit. Le liquide que nous recueillons après vingt-quatre heures a une odeur fade, très supportable, ne contient pas de gaz et est légèrement trouble. Injection de bile.

Le 27. Injection de bile.

Le 28. Ce liquide manquant aujourd'hui, nous injectons de l'eau tiède.

Le 29. Diarrhée. Le liquide qui sort du kyste a une odeur très fétide. Nous injectons de la bile matin et soir. Le liquide que nous recueillons le soir a très peu d'odeur.

Le 30. Le liquide du kyste a peu d'odeur. Injection de bile.

Le 1er février. Le liquide contient beaucoup de pus, il est jaunâtre et continue à avoir une odeur exempte de fétidité. La diarrhée qui continue paraît affaiblir la malade. Lavement au ratanhia, 4 grammes; potion avec extrait de ratanhia, 4 grammes. Décoction blanche. Injection de bile.

Jusqu'au 18 février même traitement, consistant en injections de bile, en astringents et calmants contre la diarrhée. Ce jour les accidents que nous avions constatés dans le poumon gauche s'aggravent, nous y entendons du souffle de pneumonie.

Depuis dix jours, il sort par la canule des flocons jaunâtres, des débris de membranes qui s'opposent souvent à la sortie du liquide.

Le 24. Les accidents pulmonaires se sont aggravés, malgré deux vésicatoires et le traitement stibié. Les lèvres deviennent violacées, et cependant le liquide qui sort du kyste a encore bonne apparence. Couleur jaunâtre; odeur fade, non fétide. Le traitement est continué.

Le 26. La malade meurt.

Autopsie. — Le foie descend jusqu'au niveau d'une ligne transversale passant par l'ombilic. On aperçoit, débordant son bord inférieur, la vésicule biliaire distendue par de la bile. Le foie occupe les deux hypochondres. Il a l'aspect d'un foie hypertrophié. Entre la paroi costale et la surface du foie existent, au niveau de l'espace qui sépare la huitième de la neuvième côte, des adhérences très résistantes. Le trajet fistuleux qui faisait communiquer le kyste avec l'extérieur est parfaitement organisé. Le kyste remonte jusqu'à la sixième côte.

Le diaphragme coiffe en tous points la tumeur. Il est adhérent à la membrane extérieure du kyste; mais, malgré son adhérence, en apparence intime, il est facile de les isoler l'un de l'autre.

Dans son ensemble, le kyste a l'aspect d'une poche incomplétement distendue.

Après avoir agrandi l'ouverture fistuleuse et avoir vidé la tumeur, nous l'avons remplie d'eau, et nous n'avons pu y introduire tout au plus que trois quarts de litre. Nous avons ensuite ouvert entièrement la poche; nous y avons trouvé une membrane acéphalocyste mère, encore à peu près entière, mais ramollie, prête à se diviser en lambeaux. Cette membrane est uniloculaire.

La surface interne du kyste, celle qui est en rapport avec l'acéphalocyste, est lisse et ne présente pas ces plaques épaisses que l'on trouve à la suite des injections iodées. Dans la vésicule biliaire existent quelques calculs; pneumonie à l'état d'hépatisation rouge dans le poumon gauche; ulcérations dans le duodénum et l'intestin grêle. Rien dans les autres organes.

Conclusions. — Nous croyons pouvoir tirer de cette observation les conclusions suivantes :

1° Pendant toute la durée du traitement par les injections de bile, nous n'avons pas observé un seul moment le moindre symptôme d'infection putride.

2° Le liquide ne provoque aucune douleur.

3° L'autopsie a prouvé que le kyste était en grande partie revenu sur lui-même, puisque, après avoir fourni deux litres de sérosité, il n'a plus été capable de contenir plus de trois quarts de litre d'eau.

4° La surface interne du kyste était, à l'autopsie, lisse et de très bon aspect.

Nous croyons ne pas être dans l'erreur, en pensant que la malade a succombé, non pas à la méthode de traitement, mais bien à la pneumonie et à la diarrhée.

Nous dirons, en finissant, que cette idée de traitement nous a été suggérée par notre ami M. Cadet-Gassicourt, qui a relaté dans sa thèse inaugurale le cas d'un kyste du foie guéri spontanément par la rupture d'un canal biliaire et épanchement de bile dans la poche kystique.

Nous noterons encore un symptôme qui a provoqué en partie une erreur de diagnostic chez notre malade, et qui a fait croire à un cancer du rein droit. Ce sont les hématuries.

Notre ami M. Dolbeau a insisté le premier dans sa thèse, d'une manière spéciale, sur ces hémorrhagies rénales ou intestinales.

Considérations sur le fait précédent, par M. DOLBEAU.

L'observation de M. Voisin nous paraît présenter un certain intérêt. Il est vrai de dire que le fait dû à notre collègue touche au sujet qui fait l'objet de notre thèse inaugurale. L'examen des symptômes cliniques, l'étude des pièces anatomiques, nous fourniront deux sortes de remarques.

1° L'étude des manifestations symptomatiques présentées par la malade montre une identité entre ce cas particulier et ceux que nous avons relatés ailleurs. Nous les dirons brièvement : Maladie ancienne avec phénomènes généraux de l'anémie; puis douleur de la région, déformation et enfin dyspnée.

La déformation est pour nous caractéristique. On peut la formuler ainsi : Développement de la base de la poitrine du côté droit, voussure de la région épigastrique.

Parmi les prodromes de l'affection, nous avions noté des hémorrhagies; dans le cas de M. Voisin, ce symptôme s'est montré du côté des voies urinaires, aussi a-t-on pu songer à une affection cancéreuse des reins.

2° La maladie reconnue, on a pratiqué la ponction et laissé la canule à demeure. Ici se présente un phénomène singulier : pendant l'inspiration, l'air entrait avec bruit dans le kyste, et il en était expulsé pendant l'expiration. Cependant la tumeur, étant dans la cavité abdominale, devrait se comporter tout autrement. Certes, nous savons qu'il faut faire tousser les malades pour faire sortir le liquide de l'ascite tout comme celui de la pleurésie; mais nous n'avions noté que pour la plèvre l'entrée bruyante de l'air pendant l'inspiration. Il faut attribuer le phénomène à la situation du kyste et au refoulement du diaphragme en quelque sorte immobilisé.

Quoi qu'il en soit, il faut être prévenu de la possibilité du fait et ne pas croire que l'on est dans la plèvre si l'air entre avec bruit pendant l'expiration, alors même qu'on a ponctionné le kyste au travers d'un espace intercostal.

L'observation présente montre le peu de danger à laisser à demeure une canule pendant plusieurs semaines; l'examen de la pièce a montré que des adhérences très fortes en étaient la conséquence.

Les injections de bile, que nous avons proposées le premier, paraissent devoir été étudiées. Ce cas particulier montre que cette injection se fait sans douleur, contrairement à ce qui se passe pour les injections iodées. Ces injections de bile semblent s'opposer à

la décomposition putride du liquide du kyste ; de plus, elles n'empêchent pas la rétraction du foyer. Enfin, elles ne donnent pas lieu à ces dépôts d'albumine et d'iode dont nous avons indiqué la présence dans les foyers traités par l'injection iodée. Nous mettons une grande réserve dans tout ceci ; mais il n'y a nul inconvénient à expérimenter de nouveau ce moyen exempt de danger.

IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens de recevoir le n° 35 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, et j'y trouve un premier-Paris de M. Marc Sée, à propos d'un rapport que j'ai eu l'honneur de lire à la Société médicale des hôpitaux de Paris, et à propos de la discussion qui a suivi ce rapport.

Voulez-vous bien me permettre de répondre quelques mots à cet article ?

Bien que j'aie repoussé la théorie des embolies dans toute sa pureté, que M. Sée me permette d'espérer qu'il ne me range pas au nombre de ces *certains médecins* auxquels il fait allusion, et qu'il me croie assez habile pour *savoir chercher* les lésions, et assez consciencieux pour accepter cette théorie comme toute autre au besoin, quand elle sera pour moi non plus à l'état d'hypothèse, mais bien à l'état de chose nettement démontrée.

J'ai soutenu que la théorie qui voit dans les caillots détachés d'un point quelconque des organes de la circulation la cause mécanique d'une oblitération purement mécanique d'un vaisseau, sans intervention aucune d'une phlegmasie locale, était jusqu'ici une pure hypothèse. J'ai cherché aussi à établir qu'il n'était nullement démontré que des oblitérations aussi mécaniques étaient, comme on l'a voulu, une cause suffisante pour produire les gangrènes spontanées des membres, les ramollissements cérébraux, les hémorrhagies cérébrales ou pulmonaires qui ont été rapportés par divers auteurs.

M. Sée « espère être assez heureux dans son article pour montrer à M. Béhier que la science est un peu plus avancée qu'il ne semble le croire. »

Je regrette beaucoup de ne pas être personnellement connu de M. Sée ; il saurait alors que je ne parle pas, autant que possible, des choses que je ne sais pas, et j'aurais pu lui épargner la peine d'entreprendre la petite leçon qu'il a bien voulu me donner, leçon qui, j'ai le regret de le lui dire, ne m'a rien appris de nouveau ; car je savais tout ce qu'il a voulu m'apprendre, et je garde, même après, tous mes doutes ; je ne retire rien de mes restrictions au point de vue de la théorie pure des embolies, sans avoir toutefois la *tendresse exclusive et très particulière* qu'il me prête *pour l'artérite*.

Permettez-moi, monsieur le rédacteur, de résumer l'article de M. Marc Sée, et de rechercher ce que valent les *preuves* qu'il renferme en faveur de la théorie *embolique*.

Je passe sur la façon dont sont résumées les opinions de mes collègues et sur les citations empruntées à Bonnet, à MM. Legroux, François, Cruveilhier et Charcot. Je ferai seulement remarquer que ce dernier, dans les réflexions qui suivent l'observation insérée dans la *Gazette médicale* (1856, p. 130), observation que j'ai citée dans mon rapport, est moins précis et moins affirmatif qu'on ne pourrait le penser par la citation de M. Sée.

L'auteur de l'article, analysant, toujours pour mon instruction, le travail de M. Virchow, rapporte que « les embolies sont très » variables quant à leur nature : ce sont tantôt des caillots sanguins à diverses périodes de transformation ou de ramollissement, » tantôt des plaques ou lamelles athéromateuses ou calcaires, des » phlébolithes, des débris d'une valvule du cœur altérée, des » fragments de tissu cancéreux, des veines, des échinocoques, etc. » Cette variété un peu confuse de corps, les uns nés dans les organes circulatoires, les autres qui leur appartiennent moins directement, ne relève pas d'une théorie bien rigoureuse, non plus que l'application que va chercher l'auteur dans « les expériences de Magendie et » autres, faites avec le mercure, l'amidon, la poudre de charbon, » et lesquelles prouvent que ces corps peuvent n'être arrêtés que » dans les dernières divisions artérielles. » Ces corps étrangers, en effet, dans les expériences de Magendie et autres, ont agi non pas comme de simples corps obturants, mais comme de véritables épines déterminant une inflammation ou quelque chose de très analogue. Or, ce rôle des corps solides, comme cause d'une inflammation locale, puis d'une oblitération vasculaire, je l'ai parfaitement admis dans le rapport qui a provoqué l'article de M. Sée. Je l'ai accepté avec Crisp, dont j'ai rapporté l'opinion, auquel j'ai emprunté une observation ; je l'ai accepté dans la discussion, avec M. Virchow, qui cite des faits de ce genre, faits que rappelle, au nombre de deux, M. Sée dans son article, et dont j'ai admis la valeur alors que je repoussais les autres. Mais j'ai admis la valeur de ces faits, non pas comme démontrant la possibilité d'une oblitération purement mécanique et comme constituant *une maladie nouvelle*, mais comme des exemples de corps étrangers déterminant, selon les lois bien connues et ordinaires de la pathologie, un travail phlegmasique local dont la conséquence est l'oblitération du vaisseau. En raisonnant ainsi tout bonnement et tout simplement, suis-je donc si coupable ? Or, voici que je continue la lecture de l'article de M. Marc Sée, et j'y trouve que « ordinairement, la forme irrégulière de » l'embolie s'adapte mal à celle du vaisseau, et alors il reste, entre » la paroi vasculaire et le corps étranger, un espace variable que » le sang peut encore traverser. » Puis, plus bas : « La paroi » vasculaire, jusque-là intacte au niveau de l'embolie, ne tarde pas » à subir des modifications sous l'influence du contact de cette der- » nière et des caillots qui l'entourent. Ces modifications *dépendent* » *d'un état inflammatoire*, varient en *intensité*, suivant la nature plus » ou moins irritante de l'embolie et les qualités du sang dont sont » formés les caillots : ce sont tantôt de simples épaississements des » tuniques du vaisseau, tantôt des *infiltrations purulentes*, des » abcès, des perforations, tantôt de véritables gangrènes des parois » vasculaires et des tissus voisins. » Puis, dans le résumé : « 3° *État* » *de la paroi artérielle*, dont l'altération est le plus avancée au niveau de l'embolie. »

Ai-je donc *une tendresse* exagérée pour l'artérite, comme me le reproche indirectement notre confrère, quand je vois dans ces altérations consécutives à une embolie qui tout à l'heure permettait encore le passage du sang, la cause de l'oblitération du vaisseau. Je sais bien que M. Virchow repousse l'artérite, comme il refuse d'accepter la phlébite dans un grand nombre de cas, et que les altérations que nous venons de voir tout à l'heure sont pour lui d'une valeur secondaire ; que, pour lui comme pour M. Schützenberger, elles sont l'effet et non la cause de l'obturation (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 20 avril 1857, col. 172). Mais d'abord, où est la preuve de cette assertion ? Tant qu'il n'existe pas d'effets consécutifs à la présence du corps étranger, faut-il voir là autre chose qu'une circonstance étiologique dont l'action sera possible, mais n'est pas encore établie ? Faut-il accepter l'existence d'une maladie nouvelle, dans des cas comme ceux que rapportait M. Fritz, il y a peu de temps, dans la *Gazette des hôpitaux*, dans lesquels un caillot trouvé, à l'autopsie, dans l'artère pulmonaire, est considéré comme un cas d'embolie véritable, bien que le poumon ne présente aucune altération. Je vois, encore une fois, dans certains de ces corps étrangers, comme ces concrétions calcaires citées par M. Virchow, une cause d'inflammation dont l'effet ultérieur peut être la gangrène des membres. C'est là un ordre d'interprétation qui cadre avec les faits ordinaires de la pathologie. Mais je suis beaucoup plus dans le doute (et c'est ce doute que j'ai exprimé avant l'article de M. Sée, et que je me permets de conserver après) pour les caillots que je trouve dans une artère, adhérents à ses parois, mêlés de débris membraneux, altérés dans leur nature, et même, quoique dans des cas plus rares, mêlés de pus véritable. Pour ceux-là, je

crois qu'ils sont consécutifs à la phlegmasie locale, et non pas qu'ils la précèdent. Les premiers peuvent donc pour moi, et ces cas sont fort rares, être *cause* d'une phlegmasie vasculaire ; les seconds en sont purement l'effet.

J'avoue, en toute naïveté, ne pouvoir tirer sur ce sujet d'autre fruit de ce que M. Sée a bien voulu me montrer sur l'état de la science à propos des embolies, et cela je le savais avant son article.

Il est un autre point sur lequel la discussion a encore porté, et sur lequel je me suis encore montré difficile à convaincre : c'est la provenance admise pour certaines embolies. Dans plusieurs observations, on a admis, en effet, que tel caillot trouvé dans un point du système vasculaire provenait d'un autre caillot situé plus haut, parce qu'il y avait entre les extrémités correspondantes de ces deux caillots une certaine ressemblance de forme, ou encore parce que l'un et l'autre de ces caillots était formé de couches fibrineuses d'apparence analogue. J'ai encore, à ce sujet, présenté dans la discussion quelques objections, dont une, entre autres, a été relevée par l'auteur de l'article et a probablement aidé à lui donner le désir de me montrer ce qu'il faut savoir sur les embolies.

J'ai dit que les auteurs qui ont voulu établir de telles provenances aux embolies et en faire des portions de caillots détachés d'autres points et entrés en migration, étaient généralement peu affirmatifs et admettaient qu'*il était probable*, *qu'il paraissait* que cela fût ainsi, tout en concluant, un peu après, d'une manière affirmative. Qu'il parcoure, comme je l'avais fait avant sa leçon, l'article de l'honorable M. Schützenberger (*loc. cit.*), M. Sée y verra que, dans un exemple, « il y avait un simple épaississement » d'une valvule du cœur, qui, *probablement*, avait produit des con- » crétions fibrineuses immédiatement entraînées (col. 169);

» Que, dans l'aorte et dans ses principales divisions, la formation » des corps obturants n'a pas été jusqu'à présent *positivement* dé- » montrée (*ibid.*) ;

» Que, dans une des observations, la concrétion de l'artère syl- » vienne a *probablement* pris naissance dans le tronc aortique » ascendant (*ibid.*, col. 170) ;

» Que la dégénérescence athéromateuse offre néanmoins des » conditions tellement favorables à la production de corps solides » susceptibles de se détacher, que l'observation ultérieure ne tar- » dera pas, *sans doute*, à révéler un rapport étiologique infiniment » moins rare ;

» Qu'*il est infiniment probable* que les conditions anatomiques, » l'angle de bifurcation, etc., jouent un grand rôle dans la fréquence » du siége de l'obturation ;

» Qu'*il pourrait se faire* que l'obturation des petits rameaux ar- » tériels fût plus fréquente que celle des gros troncs ;

» Qu'*il est infiniment probable* que l'obturation des rameaux » artériels, etc. »

De même, dans la discussion de la Société des hôpitaux de Paris, les mots « *on comprend qu'il soit possible*, *l'esprit peut admettre* » sont revenus fréquemment.

Enfin, M. Sée lui-même ne dit-il pas, page 604 : « En étudiant » et en comparant entre elles les diverses particularités de forme, » de consistance, de couleur, etc., que présentent les embolies et » les caillots secondaires qui les entourent, on parvient *quelquefois* » à se rendre un compte exact des moindres circonstances qui ont » accompagné l'arrêt du corps étranger. » Ce *quelquefois* ne peut-il pas légitimer un peu mon hésitation ? Que M. Sée me permette de ne pas accepter comme démontré ce que l'on ne peut arriver à trouver que *quelquefois*.

Pour prouver qu'un caillot trouvé dans une branche vasculaire émane d'un caillot situé plus haut, il faudrait d'abord, ce me semble, quelque chose de plus précis que des analogies de forme, de teinte et d'apparence. En outre, pour donner une valeur pathologique réelle à ces concrétions, il faut encore bien établir que leur formation a été antérieure aux derniers moments de la vie ; autrement, elles pourraient être considérées, par un esprit mal fait, comme la production de l'agonie. Il ne me répugne nullement de croire qu'il en puisse être ainsi dans un certain nombre de cas, et, quelque peu d'habileté que M. Sée me puisse accorder pour savoir *chercher les lésions anatomiques*, j'ai vu un certain nombre de fois de telles altérations, que je considérerai jusqu'à plus ample démonstration comme des phénomènes de l'agonie, ou même, pour certains cas, comme des phénomènes cadavériques.

Je n'ai, comme vous venez de le voir, monsieur le rédacteur, rien eu à apprendre de nouveau dans l'article de M. Sée. Je considère que les cas, fort rares, du genre des deux faits cités par M. Sée lui-même, d'après Virchow, du genre des faits indiqués par Crisp, dans lesquels on trouve des concrétions calcaires faisant le centre d'un caillot sanguin avec altérations artérielles au niveau de ce point; je considère, dis-je, ces cas comme des exemples d'artérite consécutive à la présence d'un corps étranger véritable. Je ne vois là rien de bien illogique, et il ne faut pas une *tendresse aveugle* pour l'artérite pour expliquer ainsi ces faits. Mon honorable et jeune confrère veut, avec M. Virchow et M. Schützenberger, que ces altérations vasculaires soient consécutives à l'obturation et sans grande valeur. Je suis d'une opinion opposée, et j'attends la démonstration de ce qu'ils affirment pour changer de manière de voir. Je suis tout prêt à modifier mes opinions devant de véritables preuves, tant sur ce point que sur la valeur des embolies comme cause efficace et réelle d'une oblitération purement mécanique des vaisseaux. Il faut tenir grand état des travaux faits à l'étranger : j'en suis parfaitement d'accord. Je ne veux pas borner mon horizon scientifique aux *fortifications de Paris* : j'ai franchi un certain nombre de fois ces limites que M. Sée n'a pas fixées pour moi, je le sais. Mais je suis bien convaincu que nous devons contrôler aussi scrupuleusement les idées étrangères que nous contrôlons les opinions indigènes. Et si j'ai, pour ma part, insisté, dans le sein de la Société médicale des hôpitaux de Paris, pour qu'on examinât sérieusement la question dite de l'embolie, c'est que je suis convaincu que ce contrôle est un devoir, et que j'ai été frappé de la quantité de maladies *nouvelles* exotiquement importées sans grande rigueur ; c'est, enfin, que j'ai regretté de voir passer à combattre ou à développer des doctrines comme celles de l'urémie, de la leucémie ou de l'embolie, du temps qui eût été peut-être plus utilement employé, même en dedans des fortifications de Paris.

Veuillez agréer, etc. BÉHIER.

Paris, 31 août 1857.

Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit sur la théorie des embolies; mais nous devons exprimer ici toute la peine que nous avons éprouvée en voyant M. Béhier s'appliquer certains passages de notre article où il n'est nullement en cause. Nous avons l'honneur de connaître M. Béhier personnellement et par ses œuvres, et nous avons une trop haute idée de son talent et de sa science pour avoir la folle prétention de lui apprendre quelque chose. En disant que nous espérions prouver que la science est un peu plus avancée que ne le croit M. Béhier, nous pensions que la manière dont les idées seraient enchaînées dans notre article pourrait peut-être modifier un peu les convictions de notre confrère. Sa lettre nous apprend que nous n'avons point eu ce bonheur; nous le regrettons bien vivement, car la théorie que nous avons soutenue y eût gagné un habile interprète.

MARC SÉE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Gangrène des membres dans la fièvre typhoïde.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le numéro du 21 août de votre savant journal, à propos d'une note sur la mortification des membres dans la fièvre typhoïde, lue par moi à la Société médicale des hôpitaux, vous pensez, comme le rapporteur, M. Béhier, qu'il y a eu de ma part erreur de diagnostic, et qu'il s'agissait tout simplement d'exemple de gangrène sèche. Je serais très heureux, monsieur et très honoré confrère,

que vous voulussiez bien m'accorder un coin dans vos colonnes pour chercher à détruire l'impression que l'opinion de M. Béhier a produite sur vous, et pour combattre ses conclusions.

Assurément, ce rapport est remarquable par sa lucidité et par la science qui y brille ; mais il ne peut en rien, permettez-moi de le dire, s'appliquer aux deux faits que je signale et qu'il cherche à faire considérer comme des cas de gangrène spontanée, suite de soi-disant maladie des artères. Soyez également assez bon, monsieur le rédacteur, pour jeter un coup d'œil sur la note imprimée que je vous adresse, note dont vous n'avez peut-être lu que des lambeaux dans le rapport. Vous y verrez, je l'espère, quoique ces faits ne soient pas décrits avec la prolixité de détails qu'exige une certaine école ; vous y verrez, dis-je, qu'il s'agit de deux malades : d'une jeune fille de seize ans, dont j'ai suivi la maladie *ab ovo*, et d'un jeune garçon de douze ans, pris de fièvre grave avec quatre ou cinq autres membres de sa famille, laquelle fièvre sévissait cruellement dans son village. Chez nos deux malades, ce n'est guère qu'après dix-huit à vingt jours d'une affection typhique non douteuse que les extrémités furent frappées tout à coup de mortification dans toute leur étendue, et cela sans douleur antérieure et sans inflammation appréciable des gros vaisseaux du membre, les battements artériels se sentant jusqu'au niveau du mal, qui devint tout à coup très douloureux, jusqu'à la cessation entière de la vitalité.

Il m'est également arrivé de voir des cas de gangrène spontanée. Je n'entends pas parler du sphacèle sénile, qui est assez commun, et qui procède bien plus lentement et par parties. Eh bien! alors, j'ai toujours vu que, bien avant la désorganisation, les malades souffraient déjà considérablement, et que les accidents généraux ne se montraient qu'après que les phénomènes locaux avaient pris un certain degré d'intensité, phénomènes généraux dont ces derniers sont évidemment la cause. Dans mes observations, au contraire, loin que la gangrène retentisse dans l'économie, à mesure qu'elle prend du développement, les symptômes internes s'amendent, et une amélioration relative a immédiatement lieu. D'ailleurs, l'appareil symptomatique varie dans les deux cas : dans la gangrène essentielle ou sèche, il n'y a ni abattement ni diarrhée ; au contraire les malades sont constipés ; le pouls, loin d'être ample et mou, est petit, serré et dur.

J'avoue, monsieur le rédacteur, qu'avec l'habitude des discussions scientifiques et de la dissection intellectuelle des faits, passez-moi cette expression, on peut arriver à faire croire que ce qui est blanc est noir. Nous autres médecins de province, nous ne brillons pas, en général, par ce côté, ce qui tient sans doute à notre isolement et au peu de contact que nous avons les uns avec les autres ; mais, quant à ce qui est d'appréciation synthétique, à ce qui regarde le diagnostic et le pronostic, nous pouvons, je crois, marcher de pair avec nos confrères des grandes localités : aussi, croyez bien que, si j'ai établi que les faits que je signale sont survenus sous l'influence de la fièvre typhoïde, il y a, je l'ose dire, bien des probabilités pour que cela soit. Pendant une pratique très étendue de vingt-sept années, je n'ai que trop été à même d'observer cette terrible et protéique maladie, soit à la ville, soit à la campagne et à l'hôpital, tant sous forme épidémique que sporadiquement. Il peut assurément paraître extraordinaire qu'un phénomène aussi remarquable n'ait jamais été noté par les milliers de médecins qui ont écrit sur la fièvre qui nous occupe ; mais rien ne prouve que ce fait n'ait jamais été observé : il a été sans aucun doute vu par d'autres qui n'auront pas publié leurs observations, comme cela est si fréquent dans nos petites localités. D'ailleurs, la science médicale est loin d'être arrivée aux colonnes d'Hercule, et l'on peut encore glaner dans le vaste champ pathologique.

Maintenant, j'ignore complétement ce qui a pu porter M. Béhier à considérer les faits de gangrène que je cite comme produits par une inflammation ou une maladie artérielle quelconque. Je le répète, je n'ai pu constater, le long du paquet vasculaire de la cuisse, chez mes malades, rien qui indiquât une altération quelconque. Sans vouloir me permettre de donner des avis à personne, je pense qu'il serait temps d'abandonner ces explications anatomiques, qui ne conduisent ordinairement qu'à des erreurs ou à des déceptions. L'époque est déjà loin de nous où l'on avait coutume de prendre le cadavre de la maladie pour la maladie elle-même. Enfin, si l'on voulait ici absolument se rendre compte du mode d'envahissement du mal, et par quel élément constitutif il a dû commencer, ne serait-il pas plus rationnel de penser que c'est par les conducteurs du principe vital, par les nerfs, dont l'influx cessant de se porter dans les membres, il y aurait eu un anéantissement immédiat de la vie ?

Je dirai même plus : dans les vrais cas de gangrène spontanée, là où il existe de la rougeur, des traces d'inflammation, des caillots plus ou moins altérés dans les canaux sanguins, rien ne prouve absolument qu'ils ont été la cause du mal ; ces désordres peuvent au contraire très bien en être un effet consécutif. Dans les plaies enflammées et en suppuration, ne voit-on pas des traînées inflammatoires le long des veines et vaisseaux lymphatiques superficiels ? A-t-on jamais accusé ceux-ci d'être la cause des accidents traumatiques ?

Mille pardons, monsieur et très honoré confrère, de vous avoir si longtemps détourné de vos importantes occupations ; mais j'avais à cœur de vous faire revenir sur vos premières impressions : je tenais beaucoup à ce que vous ne me crussiez pas capable de l'erreur qui m'était imputée, et, dans le cas où vous voudriez bien insérer le tout ou bonne partie de cette lettre dans votre estimable feuille, ne craignez pas que je cherche à prendre votre journal pour le champ clos d'une discussion polémique, pour laquelle je n'ai nulle disposition. Je serais le bien mauvais avocat d'une excellente cause.

Veuillez agréer, etc. D[r] Bourgeois.

Étampes, le 3 septembre 1857.

Nous avons relu avec le plus grand soin les deux observations de notre honoré confrère d'Étampes, et nous ne croyons pas qu'il ait mis hors de doute la relation de la gangrène des membres avec la fièvre typhoïde. Certes, nous sommes loin de contester son habileté clinique ; nous serions démenti par la notoriété. Nous nous bornons à dire que, dans les cas dont il s'agit, le caractère typhoïde de la pyrexie ne nous paraît pas assez ressortir de l'exposé des symptômes ; et la subordination de la gangrène à la maladie générale ne nous paraît pas assez clairement établie, pour qu'on puisse, sur ces seules données, accueillir sans réserve un nouveau chapitre à l'histoire de la fièvre typhoïde. L'opinion de M. Bourgeois suffira certainement pour appeler l'attention des observateurs sur le point de fait qu'il a signalé. Si ce fait est exact, il a dû se présenter et il devra se reproduire plus ou moins souvent, ainsi que notre confrère en fait la remarque. Il ne tardera donc pas à être vérifié. A. D.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 31 AOUT 1857. — PRÉSIDENCE DE M. DESPRETZ.

Anatomie. — *Recherches sur l'histologie du système nerveux*, par M. *Jacubowitsch*. — Occupé sans interruption, depuis quatre ans, de recherches histologiques sur le système nerveux en général, j'en ai publié les résultats dans le *Bulletin de l'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg*, en deux fois différentes, c'est-à-dire la première fois en 1855, et la seconde en 1856 : j'ai publié un ouvrage cette année à Breslau sur la même question (*Mittheilungen uber die feinere Structur des Gehirns und Rückenmarks*, von Prof. D[r] N. Jacubowitsch. Breslau, 1857), et j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui à l'Académie des sciences le résumé des résultats de ces quatre années de travail.

I. Tout le système nerveux cérébro-spinal (la moelle épinière,

la moelle allongée, les corps quadrijumeaux, le cerveau et le cervelet) et tout le système nerveux ganglionnaire consistent, d'une façon générale, en trois espèces d'éléments nerveux : les cellules du mouvement, les cellules de la sensibilité, les cellules ganglionnaires, et il faut y joindre les cylindres d'axe de toutes ces cellules.

Le système nerveux ganglionnaire ne constitue pas un système à part; il appartient essentiellement au système cérébro-spinal.

II. Un élément histologique non moins important entre pour beaucoup dans l'édifice et dans la construction du système nerveux : c'est le système du tissu cellulaire; non seulement il réunit, à la façon d'un ciment, les éléments nerveux isolés, en forme des groupes qu'il relie aux différentes subdivisions du système nerveux, mais il a encore une autre importance essentiellement fonctionnelle, attendu qu'il contient les vaisseaux sanguins, et sert, par conséquent, à la condition de vie la plus importante, c'est-à-dire à la nutrition. Peut-être contribue-t-il, par l'enveloppe plus ou moins forte qu'il fournit aux cylindres-axes (fibres nerveuses à double contour, fibres nerveuses à simple contour avec et sans moelle), aux fonctions de ces mêmes cylindres.

III. La moelle épinière offre une structure qui varie dans ses diverses parties, quant au nombre et à la disposition des éléments nerveux essentiels. Ces différences de structure sont en rapport avec les différences fonctionnelles des nerfs qui tirent leur origine de certaines régions déterminées de la moelle (par exemple, les renflements cervicaux et lombaires).

IV. La détermination exacte des régions de la moelle épinière doit nécessairement trouver une application pratique en pathologie et en thérapeutique, et elle est appelée à acquérir de l'influence sur le diagnostic des maladies nerveuses en général et de celles de la moelle épinière en particulier, ainsi que sur le traitement de ces maladies.

V. La moelle allongée doit être considérée comme une continuation de la moelle épinière provenant d'un développement considérable des cornes postérieures et des cellules de sensibilité que contient la moelle épinière (les olives, les olives latérales, la masse grise dans les faisceaux grêles et cunéiformes), ainsi que des cellules ganglionnaires de la moelle épinière (généralement situées dans le voisinage du canal central et de la fin du quatrième ventricule). La moelle allongée se distingue de la moelle épinière par une absence presque totale de cellules de mouvement.

VI. Les corps quadrijumeaux forment une continuation immédiate de la moelle épinière, avec laquelle ils sont unis par la moelle allongée; et c'est la dernière région où tous les éléments nerveux se présentent ensemble dans leurs rapports spéciaux, soit entre eux, soit avec les origines des nerfs. Les corps quadrijumeaux se distinguent par la grande commissure en forme de fer à cheval, dans laquelle se trouve par exception la première espèce de cellule ganglionnaire.

VII. La commissure en fer à cheval envoie ses rameaux de fibres nerveuses dans les couches optiques jusqu'aux corps striés. On les poursuit facilement en pratiquant des sections horizontales. Pour cette raison, la commissure doit être considérée comme un moyen essentiel d'union entre la moelle épinière et la moelle allongée d'une part, et, d'autre part, le cerveau et le cervelet.

VIII. Le cervelet doit être regardé comme une subdivision du système nerveux formé :

1° Par une partie du faisceau antérieur et des cornes antérieures de la moelle épinière qui pénètrent pour la plupart dans le pédoncule de la moelle allongée vers le cervelet, avec leurs cellules de mouvement et leurs rameaux de fibres nerveuses ;

2° Par une partie des faisceaux nerveux postérieurs et de leurs éléments (cellules de sensibilité), qui se trouvent aussi dans les corps restiformes ;

3° Par des cellules ganglionnaires qui, groupées en grandes masses, forment, avec les éléments nommés précédemment, la masse de la substance médullaire (substance blanche) du cervelet : celui-ci est mis en rapport avec le pont de Varole et les corps quadrijumeaux par les pédoncules de la moelle allongée vers le cervelet et par les pédoncules des corps quadrijumeaux ;

4° Par une substance grise qui constitue la couche d'enveloppe.

IX. Les hémisphères, de même que les portions qui en font partie, consistent essentiellement en cellules de sensibilité avec une couche périphérique qui est formée, comme dans le cervelet, par des ramifications de cylindres-axes terminées en baguettes. (Je nomme cette couche : *couche en baguettes*.)

X. La substance de Rolando doit être considérée comme une masse nerveuse pure, réelle, consistant en cylindres-axes, avec ou sans substance médullaire, qui existent non-seulement dans les cornes postérieures de la moelle épinière, mais aussi dans le cerveau, le cervelet, et les corps quadrijumeaux, avec leurs réseaux fibreux et leurs couches apparentes de petits grains (anneaux à contours simples et doubles, coupes de fibres nerveuses).

XI. On ne peut déterminer d'une manière absolue les corpuscules du tissu conjonctif ou cellulaire que l'on rencontre dans le système nerveux central. Le réseau cellulaire apparaît plutôt partout sous forme de grains très fins et se dessinant dans certains endroits comme un réseau. Le réseau cellulaire surtout présente dans le voisinage du canal central un dessin en forme de filet ; il en est de même au niveau de l'aqueduc de Sylvius et partout où les vaisseaux sont fortement entassés. Souvent, et surtout dans les endroits où les cylindres d'axe se trouvent cimentés, il se transforme en une membrane homogène transparente, vitreuse, à grains fins de dimensions si petites, qu'il est presque impossible de les mesurer, et se trouve extrêmement réduit dans le système nerveux central, eu égard à sa quantité.

XII. Tous les éléments nerveux s'unissent de trois manières différentes :

1° Par des commissures qui mettent en rapport avec les cylindres-axes deux groupes situés symétriquement. Ici viennent se placer la commissure antérieure et postérieure de la moelle épinière, la commissure du cervelet et la commissure en forme de fer à cheval dans les corps quadrijumeaux; enfin, aussi les commissures des cellules sensibles et ganglionnaires dans la moelle allongée;

2° Par des unions qui ont lieu entre des cellules nerveuses de groupes cellulaires situés très loin ou très près du même côté et de la même espèce : la première union a lieu dans les groupes de cellules du mouvement, de la sensibilité et des cellules ganglionnaires, partout où ils ne se présentent que par groupes; la seconde union a lieu dans le cervelet et dans les corps quadrijumeaux;

3° Par la couche que j'ai nommée couche en baguettes, qui se trouve à la périphérie du cerveau et du cervelet, et où viennent se réunir plusieurs éléments nerveux (cellules nerveuses de mouvement, de sensibilité, et cellules ganglionnaires avec leurs ramifications), comme je crois l'avoir trouvé.

XIII. Les rapports visibles et mesurables, relatifs et absolus de grandeur et d'étendue, ainsi que le poids de la masse nerveuse en général et des parties isolées du système nerveux en particulier, n'indiquent pas l'importance de la totalité ou des parties de ce système, ni chez certains animaux, ni dans l'espèce humaine. La grandeur absolue et relative des trois éléments nerveux essentiels constitue le criterium de cette importance. De tous les genres et de toutes les espèces d'animaux, c'est chez l'homme qu'ils sont relativement et absolument le plus petits; c'est pour cela qu'en raison de l'espace qu'ils occupent, ils sont le plus nombreux chez lui. Comme selon toutes les apparences les cellules nerveuses sont susceptibles de multiplication, de même que tous les éléments histologiques, il me semble probable qu'une augmentation numérique des éléments nerveux a lieu en même temps qu'une diminution d'une partie du tissu conjonctif durant le développement intellectuel, et cela sans que la masse du cerveau devienne en même temps plus grande.

La pathologie a suffisamment prouvé que, dans le cas contraire, dans la démence et dans les différentes formes de crétinisme, le développement des éléments nerveux reste stationnaire, ou même qu'il y a substitution de tissu conjonctif aux cellules nerveuses.

XIV. Les différentes couleurs ou plutôt les nuances que l'on rencontre dans le domaine du système nerveux et que l'on a admises comme caractéristiques en anatomie pour certaines régions, les

nuances grises, gris-rouge, brunes, jaunâtres, violettes et bleues, n'ont aucune relation avec des conditions correspondantes soit des cellules nerveuses, soit de leurs cylindres-axes; mais elles dépendent uniquement des vaisseaux sanguins, des artères, des veines; de leur nombre, de leur épaisseur ou de leur finesse, et d'autres particularités de même ordre.

XV. Quant à ce qui a rapport à l'origine des nerfs issus du cerveau et du cervelet, ainsi que de la moelle allongée et de la moelle épinière, je maintiens l'opinion que j'ai émise à ce sujet dans ma dernière publication, que tous les nerfs sont, d'après leur origine, de nature mixte. Des recherches nombreuses et incessantes m'ont conduit à cette conviction : je me borne ici à la communication des résultats suivants de mes investigations.

1° Les racines antérieures et motrices consistent en filaments qui proviennent des cellules de mouvement, des cellules ganglionnaires et des cellules de sensibilité. Le nombre des filaments provenant des cellules ganglionnaires et de sensibilité est différent dans les différentes régions de la moelle épinière (par exemple, dans les régions des lombaires cervicales et dorsales).

2° Les racines postérieures consistent principalement en filaments qui proviennent des cellules de sensibilité et ganglionnaires, et en moins grande partie en filaments des cellules de mouvement.

3° Les nerfs de la moelle allongée consistent surtout en filaments naissant des cellules ganglionnaires et en filaments provenant des cellules de la sensibilité. Quelques-uns, très peu nombreux (ceux qui prennent leur origine au passage de la moelle allongée), contiennent aussi des filaments de cellules de mouvement.

4° Tous les nerfs du cerveau, excepté les nerfs de trois principaux sens qui consistent seulement en filaments provenant des cellules ganglionnaires et de sensibilité, sont formés de filaments qui proviennent de cellules motrices, sensibles et ganglionnaires de la deuxième espèce.

XVI. Enfin, je dois encore ajouter une observation qui s'est produite dans le cours de mes recherches. J'ai souvent essayé de tuer subitement par les narcotiques (acide prussique, nicotine, conine, etc.) les animaux destinés à mes préparations. Dans tous ces cas, les préparations du cerveau et de la moelle épinière devenaient tout à fait inutiles pour mes recherches histologiques, parce que les éléments nerveux et cellulaires se trouvaient entièrement détruits, les membranes en étaient déchirées, les cylindres d'axe séparés des cellules et mis en pièces, et le contenu des cellules était racorni et diminué. Je ne puis m'empêcher d'attribuer ces changements remarquables, dans tous ces cas, à une interruption soudaine de la nutrition qui est produite par l'action du poison. Ces observations donnent l'unique explication saisissable de l'action mortelle et soudaine des narcotiques en général et des alcaloïdes en particulier.

Tous ces faits, tous ces résultats d'expériences sont fondés sur une multitude de coupes microscopiques que j'ai faites systématiquement, depuis le fil terminal jusqu'à la périphérie externe des hémisphères, dans différentes directions et chez différents animaux.

Ils se fondent surtout sur 25,000 coupes analogues qui sont bien conservées, susceptibles d'être transportées, et qui ne laissent rien à désirer sous le rapport de la précision et de la clarté.

XVII. Les observations démontrent que l'épaisseur différente de la moelle épinière et de ses deux renflements, et l'augmentation de volume de la moelle allongée, dépendent du nombre différent et de la disposition particulière et locale des éléments nerveux. (*Renvoi à l'examen des prix de médecine et de chirurgie.*)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 8 SEPTEMBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Un rapport de M. le docteur *de Crevoisier*, sur une épidémie de scarlatine qui a régné dans plusieurs communes du canton de Bry (Moselle) en 1857. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Giraut* sur une épidémie de fièvres intermittentes qui a régné en 1857 dans la commune de Clairefontaine (Seine-et-Oise). — *c*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1856 dans les départements de la Somme et du Pas-de-Calais. (*Commission des épidémies.*)

2° Un mémoire de M. le docteur *Billod*, médecin en chef, directeur de l'asile des aliénés de Maine-et-Loire, sur une variété de pellagre propre aux aliénés, à propos de l'endémie de cette affection observée dans cet asile. (*Comm.*: MM. Piorry, Baillarger et Gibert.)

3° Une note de M. *Charrière*, accompagnant l'envoi de nouveaux modèles de ciseaux et de pinces, disposés de manière à tenir très peu de place dans les trousses et les boîtes d'instruments.

Elections.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un associé national dans la section de médecine. Les candidats sont présentés par la commission dans l'ordre suivant :

En *première ligne*, M. Denys (de Commercy);
En *deuxième ligne*, M. Gintrac (de Bordeaux);
En *troisième ligne*, M. Esprit Gendron (de Château-du-Loir).

35 membres ont signé la feuille de présence. Il n'y a que 32 votes émis. Majorité absolue, 17. Au premier tour de scrutin les voix se répartissent ainsi :

MM.	Gintrac.	13 voix.
	Gendron	9
	Denys	9
	Billet blanc	1

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité absolue, on passe au second tour de scrutin :

MM.	Gintrac obtient	17 voix.
	Gendron	9
	Denys.	5
	Billet blanc	1

En conséquence, M. *Gintrac* est proclamé associé national.

Lectures et Mémoires.

M. *Bouchardat* fait un rapport verbal sur une note de M. Boutigny (d'Évreux), relative à la destruction des miasmes par les fumigations.

PATHOLOGIE. — *De la fièvre jaune.* — M. *Depaul*, en l'absence de M. Gérardin, donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur *Dutrouleau*, premier médecin en chef de la marine à la Martinique, intitulé : *Mémoire sur la fièvre jaune* (*Com.* : MM. Louis et Gérardin, rapporteur). Ce mémoire résume les observations de M. Dutroulau pendant les cinq années d'épidémie qui viennent de s'écouler de 1851 à 1855 à la Martinique et à la Guadeloupe.

Les caractères anatomiques indispensables pour fixer la nature et le siége de la maladie sont décrits avec ordre et précision. L'altération du sang est le véritable caractère anatomique de la fièvre jaune; elle seule explique la généralité des lésions, ainsi que les symptômes observés pendant la vie. Passant à l'examen des symptômes, M. Dutrouleau pense qu'on ne peut en acquérir une connaissance complète qu'en les étudiant : 1° sous le rapport du degré de gravité de la maladie; 2° sous le rapport des phases épidémiques; 3° enfin sous le rapport des caractères particuliers propres à chaque épidémie. Il existe trois degrés différents de gravité.

Le premier, qui est le plus léger, est constitué par les symptômes de la fièvre inflammatoire avec un aspect particulier du visage, appelé le *masque de la malade*, et une constance plus marquée de certaines douleurs, celle de la tête, par exemple, toujours sus-orbitaire ; celle des lombes, sous le nom de *coup de barre*, et celle des membres inférieurs.

Après trois ou quatre jours de durée, ces symptômes se terminent brusquement, soit par une transpiration abondante, soit par une légère épistaxis ou par un peu d'ictère.

En opposition à ce degré peu inquiétant, en existe un autre d'une grande gravité dont la période fébrile est courte, manifestant dès le début les symptômes d'une mort presque certaine, c'est-à-dire les tremblements de la parole et des mouvements, l'agitation extrême, l'air de frayeur, le pouls au-dessus de 101, ...

et saccadé, la respiration anxieuse d'abord, puis suspirieuse, l'ictère et les vomissements prématurés, les hémorrhagies et les accidents cérébraux. A ce degré, la maladie peut être mortelle en deux jours. Si elle dure quelque temps, elle détermine des hémorrhagies plus abondantes, des parotides, des gangrènes, et conduit le malade à un point de décomposition effrayant.

Entre ces deux extrêmes existe un degré moyen de gravité participant de l'un et de l'autre, et plus fréquent. Les deux formes précédentes n'avaient, à vrai dire, qu'une période; celle-ci en a deux bien distinctes : l'une fébrile, offrant les symptômes du premier degré; l'autre adynamique, présentant avec une intensité variable tous ceux du second.

La marche des épidémies doit être prise aussi en grande considération pour fixer les symptômes et le diagnostic. Cette marche est soumise à des phases de rémittence et d'exacerbation coïncidant assez régulièrement avec les saisons fraîche et chaude quand rien ne vient la troubler.

M. Dutrouleau insiste sur les caractères qui distinguent la fièvre jaune et la fièvre intermittente, qui vient quelquefois compliquer la première. Il n'y a pas de fièvre jaune intermittente, mais seulement succession, intermittence ou complication des divers éléments morbides. Ce point de doctrine paraît devoir exercer, d'après M. Dutrouleau, une influence importante sur les idées relatives à la pathogénie, à la transmissibilité, et même au traitement de la fièvre jaune.

Enfin la fièvre jaune présente, suivant les épidémies ou successivement pendant le cours d'une même épidémie, la prédominance ou l'absence de certains symptômes, modifications dans lesquelles certains auteurs ont cru reconnaître des formes particulières de la maladie. Après avoir exposé les aspects généraux de la fièvre jaune, l'auteur aborde un à un tous les symptômes particuliers, insiste sur leur valeur diagnostique et pronostique, et termine ainsi d'une manière très complète l'étude qu'il a entreprise de la symptomatologie.

Passant au diagnostic, M. Dutrouleau fait remarquer qu'aux Antilles il est facile de confondre le début d'une fièvre jaune de moyenne intensité avec celui d'une fièvre paludéenne, et il indique avec soin le diagnostic différentiel. La forme de fièvre pernicieuse qui présente le plus d'analogie avec la fièvre jaune est la *forme hématurique des Antilles, rémittente bilieuse, bilieuse hémorrhagique de l'Inde et de Madagascar*, que quelques médecins ont dénommée à tort *fièvre jaune des créoles et des acclimatés*. Il n'y a entre ces deux maladies, pour M. Dutrouleau, qu'une analogie due à leur coexistence dans les mêmes lieux, et non à leur parfaite identité.

Le pronostic se règle sur le degré de gravité. La fièvre jaune légère, s'arrêtant après la première période, guérit toujours; celle qui présente au début les accidents redoutables de la seconde période est le plus souvent mortelle; enfin celle de moyenne intensité, réunissant les deux périodes, est encore une maladie grave, puisqu'elle donne pour triste résultat un mort sur trois malades environ.

Quant à la mortalité générale des épidémies, les chiffres sont extrêmement variables, selon la prédominance des cas légers ou graves, dans chaque épidémie.

L'étiologie est une des parties les plus importantes de l'histoire de la fièvre jaune : sa cause essentielle est un miasme spécifique qui diffère du miasme paludéen.

Quant aux causes prédisposantes, M. Dutrouleau ne les a jamais rencontrées dans l'âge, le sexe, la profession, ni même dans les constitutions.

Les chances de préservation sont en rapport direct avec le temps de séjour dans les pays chauds, et surtout avec les influences épidémiques précédemment subies.

Le mode de transmission de la fièvre jaune, si débattu naguère encore, a été soumis par M. Dutrouleau au contrôle le plus attentif des faits. Il résulte de cette étude que la transmission s'établit également et par l'infection des malades et par celle des localités. Il est difficile de préciser la fréquence de ces deux modes de transmission. Jusqu'à présent cette maladie ne s'est déclarée et propagée que dans la zone isotherme assignée aux pays chauds; hors de cette limite, elle n'a plus donné que des cas de transmission individuelle.

Quant au traitement médical, dernier chapitre de ce travail, l'auteur, guidé par une longue expérience, a cherché plutôt à détruire les illusions dont on l'entourait qu'à l'enrichir de fictives ressources. La fièvre jaune incomplète, et s'arrêtant avant la seconde période, guérit à peu près également par les divers modes curatifs; la fièvre jaune complète peut être atténuée, mais non arrêtée dans sa marche, qui parcourt invariablement ses deux périodes. Quant à la fièvre jaune très grave et qui débute d'emblée par les symptômes de la seconde période, elle est aussi rebelle à toute espèce de traitement que la maladie légère est facilement curable.

Après ces considérations générales, l'auteur passe successivement en revue les divers modes de traitement usités, et il en discute la valeur relative.

Quant à la prophylaxie, il est reconnu aux Antilles qu'on peut se préserver de la fièvre jaune épidémique en s'éloignant en hauteur et en distance, pendant toute la durée de l'épidémie, des bords de la mer, où sont concentrés ses foyers infectieux.

Des mesures quarantenaires rigoureuses paraissent illusoires et oppressives au delà des bords isothermes, que n'ont jamais franchis les invasions épidémiques, mais elles sont justifiées en deçà de ces bords. Pour les navires infectés, l'évacuation immédiate et complète de la partie de l'équipage menacé sur des lieux de préservation, et la purification radicale du navire, sont les seuls moyens de salut.

La commission soumet à l'approbation de l'Académie les conclusions suivantes :

1° Remercier M. Dutrouleau de son importante communication.

2° Recommander à la future commission des membres correspondants les travaux scientifiques et les honorables services qui ont mérité à notre confrère le titre de premier médecin en chef de la marine à la Guadeloupe.

3° Renvoyer son mémoire au comité de publication, et, si l'Académie le juge convenable, transmettre une copie de ce rapport à M. le ministre de la marine et des colonies.

Discussion.

M. *Londe*. Je regrette qu'il n'y ait pas un seul mot de blâme pour ce mémoire, qui contient des erreurs que l'on ne peut contester.

M. *Bouchardat* s'élève contre les paroles de M. Londe, et le prie de préciser les reproches qu'il a à adresser au mémoire.

M. *Londe*. Personne n'ignore aujourd'hui que la fièvre jaune est une affection d'origine paludéenne et non contagieuse.

M. *Trousseau*. Je ne veux pas laisser passer le mot que vient de prononcer M. Londe. La fièvre jaune n'est pas d'origine palustre; et je puis ici invoquer mon expérience et celle de notre grave collègue M. Louis. En 1828, nous fûmes envoyés en Espagne pour y étudier la fièvre jaune; elle sévissait à Gibraltar, où il n'y a ni eau ni terre; c'est une véritable roche calcaire où il pousse à peine quelques herbes : rien ne ressemble moins à un marais. A peu de distance se trouve Saint-Roch, adossé à des marécages où règnent constamment des fièvres intermittentes; la fièvre jaune faisait des ravages à Gibraltar, et Saint-Roch était devenu le refuge des émigrants. Il n'y eut pas, dans ce dernier lieu, un seul cas de fièvre jaune. Il est impossible de trouver à Gibraltar les conditions nécessaires pour en faire un lieu palustre. A Cadix, c'est tout le contraire, et cependant il y a eu beaucoup moins de fièvres jaunes à Cadix qu'à Gibraltar. Il faut reconnaître, cependant, que la fièvre jaune règne plus souvent dans les endroits palustres, mais on ne peut pas dire que ce soit là une condition indispensable au développement de cette affection. Gibraltar est sur un rocher très élevé, taillé à pic du côté du champ neutre qui sépare la frontière espagnole des possessions anglaises; ce champ a environ une demi-lieue d'étendue; il est très humide. Tous les habitants de Gibraltar qui se réfugièrent dans ce lieu, et qui eurent la précaution de n'en jamais sortir, furent à l'abri de l'épidémie.

M. *Bouchardat :* Il faut des conditions palustres pour le développement d'un foyer épidémique ; mais une fois le foyer formé, la transmission se fait autrement. Je reconnais que le rapport est excellent pour la forme et pour le fond, mais on a oublié de mentionner les travaux très remarquables de plusieurs autres médecins qui, par leur expérience et leurs travaux, sont arrivés aux mêmes résultats que M. Dutrouleau.

M. *Londe* : Je ne veux pas répondre à ce qui vient d'être dit sur l'origine de la fièvre jaune, mais il y a dans le rapport une phrase qui a dû frapper tout le monde : c'est le rôle que l'auteur fait jouer à la prophylaxie. Il ne donne aucune preuve de son efficacité ; il aurait fallu, au contraire, insister davantage sur le traitement : les alcooliques ont été, dans beaucoup de cas, d'une utilité incontestable.

M. *Trousseau :* M. Bouchardat a voulu venir à mon aide, mais je ne puis accepter tout ce qu'il a dit. Le foyer de l'épidémie n'a pas toujours pour point de départ un marais. Ce qui a été observé à Gibraltar en 1828 est contraire à son opinion. Il n'y a pas longtemps il est arrivé dans nos ports des navires qui venaient des Antilles ; au moment du départ, tout l'équipage était en bonne santé ; pendant la traversée, le quart des hommes a succombé à la fièvre jaune. On ne peut pas faire d'un navire un marais se promenant sur les mers.

M. *Bouchardat :* Le plus souvent l'épidémie naît dans des conditions palustres, et il faut ensuite des circonstances favorables pour que la contagion ait lieu. M. Trousseau ne se décide ni pour la contagion, ni pour le développement paludéen. Comment la fièvre jaune a-t-elle envahi Gibraltar ?

M. *Trousseau* : Il nous a été très difficile, à M. Louis et à moi, de dire quelle avait été l'origine de la fièvre jaune à Gibraltar. Il était arrivé un navire ayant à son bord des hommes atteints de fièvre jaune, et il a bien pu y avoir des communications au moyen des contrebandiers. On ne peut rien dire de bien certain à cet égard. N'avons-nous pas, de nos jours, l'exemple du typhus, qui, né en Orient, est venu faire des victimes au Val-de-Grâce ?

Après cette discussion, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Présentation.

Polysarcie. — M. le docteur Marcé présente, de la part de M. Baillarger, un exemple remarquable de polysarcie : c'est un sujet âgé de treize ans et demi. Son père est fort et bien portant, mais n'offre rien d'anormal du côté de l'embonpoint et de la stature ; sa mère se trouve également dans des conditions de santé régulières. Il est le cinquième de sept enfants ; ses frères et sa sœur sont bien conformés ; mais le sixième, qui était remarquable par un développement considérable, a succombé à l'âge de vingt-deux mois.

Lorsque Philippe Hutin est venu au monde, il était déjà volumineux, et l'accouchement a été long et pénible ; l'enfant a toujours été remarquable dans les années qui suivirent par sa grosseur et son grand appétit.

Il pèse, tout habillé, 214 livres ; sa taille est de 1 mètre 30 centimètre. Sa tête est enfoncée entre les deux épaules et un peu renversée en arrière. Le cou a presque entièrement disparu ; il est remplacé par un sillon transversal.

Le thorax est garni en avant de deux mamelles volumineuses, dans lesquelles le palper ne fait reconnaître aucune trace de tissu glandulaire.

L'abdomen est pendant et recouvre presque entièrement les parties génitales, qui sont normalement développées. Le pubis est garni de poils.

Le dos, les fesses, les cuisses, sont garnis de coussins adipeux qui leur donnent un volume énorme. La marche est facile, mais la respiration est suspirieuse et haletante, et le sujet peut difficilement monter un escalier ; les battements du cœur sont réguliers et sans bruit de souffle.

Les fonctions digestives sont bonnes et l'appétit est considérable.

L'intelligence est parfaitement développée.

Voici les résultats de la mensuration pratiquée en divers [illegible]
Circonférence du thorax au niveau de l'appendice xiphoïde, [illegible]
Id. de l'abdomen au niveau de l'ombilic, 1m,33.
Id. du cou, 0m,47.
Id. de la face, au-dessus de la bouche, 0m,46.
Id. d'un creux axillaire à l'autre en avant, 0m,42.
Id. en arrière, 0m,43.
Id. du bras, au niveau des attaches du deltoïde, 0m,37.
Id. de la cuisse à sa partie moyenne, 0m,74.
Id. du genou, 0m,58.
Id. de la jambe, au-dessus du pied, 0m,28.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

Du sang considéré dans ses rapports avec la [illegible] légale, par M. Bonjean (de Chambéry).

MM. Chevallier, Lassaigne, Raspail, Barruel, Taddei, [illegible] et quelques autres ont fait de cette importante question [illegible] légale l'objet d'observations et de recherches intéressantes [illegible] c'est à Orfila qu'il faut rapporter les notions les plus [illegible] nous possédons sur ce sujet. Aussi est-ce particulièrement au [illegible] moire de ce dernier chimiste que M. Bonjean a emprunté la plupart des éléments de son travail. « La question, dit-il, peut se résumer dans les huit points suivants : 1° Nature chimique du [illegible] 2° Moyen de constater sa présence sur du linge, du fer, etc., [illegible] des vêtements qui ont séjourné dans l'eau ; 4° Effets de la putréfaction sur ses caractères essentiels ; 5° Peut-on distinguer le sang humain du sang animal ? 6° Différence entre le sang d'un individu mort ou vivant ; 7° Son principe odorant ; 8° Valeur des recherches microscopiques. »

Le caractère médico-légal tiré des propriétés chimiques du sang, tel qu'il a été établi par Orfila en 1826, est reproduit en [illegible] par M. Bonjean : « Chauffé dans un tube à 75 ou 80 degrés centigrades, le sang se coagule en raison de l'albumine qu'il renferme, *sa couleur rouge est détruite ;* le coagulum est brun verdâtre [illegible] en a peu, c'est-à dire s'il est étendu d'eau. Ce coagulum a la propriété de se dissoudre dans la potasse, et la dissolution est [illegible] vue par réflexion, et d'un brun rougeâtre par transmission. » [illegible] reconnaître les taches de sang sur du linge ou sur une étoffe quelconque, il suffira donc de découper quelques-unes de ces [illegible] et de les suspendre dans un tube ou dans un verre à expérience [illegible] au sein d'une petite quantité d'eau distillée. Au bout de quelques heures de contact, les couches inférieures du liquide seront plus [illegible] moins fortement colorées en rouge, et cette coloration disparaîtra complétement par l'ébullition, caractère que présente seule la matière colorante du sang. D'après les expériences entreprises par M. Bonjean, à propos d'une expertise à lui confiée, il résulterait que des vêtements ensanglantés présenteraient encore, après [illegible] immersion de plusieurs jours dans une eau stagnante, des taches assez nettement caractérisées pour être parfaitement reconnues. La putréfaction pourrait même, dans la plupart des cas, n'être pas un obstacle, puisqu'elle ne détruit pas (ou très difficilement [illegible] moins) la matière colorante du sang.

Si, au lieu de se présenter sur du linge, des vêtements, des étoffes quelconques, les taches existent sur des lames de fer ou d'acier, on cherchera à les isoler en les grattant ou par le lavage ; mais une petite difficulté surgit ici : les taches pourront être formées par de la rouille, du sang, ou par l'action des acides, notamment [illegible] vinaigre, le jus de citron. Les taches formées par la *rouille* [illegible] insolubles dans l'eau et ne la colorent pas ; celles formées par le vinaigre ou le jus de citron se dissolvent dans l'eau, la colorent en brun, et cette coloration, loin de disparaître, fonce encore davan-

tage par l'ébullition : la dissolution présente d'ailleurs tous les caractères des sels de fer.

« Si l'on touche, avec un tube imprégné d'acide chlorhydrique *pur*, la lame de fer tachée par du sang, la tache fonce en couleur et brunit davantage, phénomène dû à l'action de l'acide sur la matière colorante du sang. Si l'on touche avec le même acide la lame tachée par la rouille et qui n'a rien donné à l'eau, la tache disparaît au bout de quelques instants; il se forme un persel de fer, qui, recueilli dans un verre à expériences et traité par la teinture de noix de galle, donne un précipité noir bleu. Le fer recouvert par la rouille reprend son brillant métallique. En pareil cas, ajoute M. Bonjean, il faut bien se garder de traiter par le cyanoferrure de potassium la liqueur acide qui a séjourné sur la tache de rouille, si l'on veut y constater la présence du fer. Comme cette liqueur est acide et que, *dans le ferrocyanure de potassium le fer se trouve à l'état métallique, l'eau de l'acide serait décomposée ;* il se produirait un sel de fer qui, se trouvant en présence du ferrocyanure, le colorerait en bleu et induirait ainsi l'expert en erreur. » Le fait est exact et n'est pas nouveau : il est parfaitement connu ; mais ce qui est nouveau et pas du tout connu, c'est la théorie qu'a imaginée M. Bonjean pour en donner l'explication. D'ordinaire on admet que lorsque l'acide chlorhydrique agit sur le cyanoferrure de potassium (cyanure double formé de protocyanure de fer et de cyanure de potassium), l'hydrogène de l'acide chlorhydrique se porte sur le cyanogène des deux cyanures pour former de l'aide cyanhydrique, qui se dégage, en même temps que le chlore s'unit aux deux métaux, avec lesquels il produit du chlorure de potassium et du chlorure de fer. C'est ce dernier sel qui réagit sur le cyanoferrure encore indécomposé et donne naissance à une coloration bleue de cyanure double de fer (bleu de Prusse). Sur quelles nouvelles données scientifiques M. Bonjean s'appuie-t il pour annoncer que, dans le cyanoferrure de potassium, le fer se trouve à l'état métallique ? Quelles sont aussi les expériences qui l'autorisent à penser et à écrire que l'eau soit obligée de se décomposer, lorsqu'en sa présence l'acide chlorhydrique agit sur le fer ? Autant de mystères.

Enfin, pour répondre à la question qu'il s'est posée : « Peut-on distinguer le sang de l'homme du sang des autres animaux ? M. Bonjean tire de ses propres expériences les conclusions suivantes : « 1° Le *nez* ne peut pas seul être invoqué comme réactif; la faculté de sentir peut bien servir d'indication, mais rien de plus ; 2° beaucoup d'autres fluides animaux dégagent, par l'acide sulfurique, un *principe* odorant semblable à celui fourni par le sang ; 3° le sang n'*exhale* pas toujours l'odeur de la transpiration, et cette odeur peut varier dans certaines circonstances. Enfin, dit M. Bonjean, pour *trancher définitivement la question* et la réduire à néant, j'ajouterai que M. Barruel, qui, dans les premiers moments de l'enthousiasme de cette proposition, avait proposé de faire servir ce caractère dans un cas de médecine légale, s'est rétracté quelque temps avant sa mort, ainsi que le prouve le passage suivant, extrait du rapport de MM. Barruel, Ossian Henry et Chevallier, dans l'affaire d'assassinat Rodolphe et Gilbert (16 novembre 1837), où il est dit en parlant de taches trouvées sur du linge : « Elles avaient donc » été produites par du sang ; mais nous ne saurions nous prononcer » sur sa nature et dire si c'était ou non du sang de bœuf. Dans » l'état actuel de nos connaissances, on ne saurait décider si des » taches de sang sont dues à du sang d'homme, de bœuf ou de tout » autre animal. » Ces conclusions de M. Bonjean et les quelques lignes du rapport qu'il cite nous donnent l'état de nos connaissances il y a vingt ans. Il y a vingt ans, en effet, Barruel avait trouvé que le sang de l'homme, comme celui des animaux, traité par l'acide sulfurique concentré, exhale une odeur propre caractéristique. Couerbe avait reconnu que, « traités par l'acide sulfurique, tous les tissus et les liquides de l'économie présentent, quoiqu'à des degrés divers, la même odeur que le sang traité de la même manière. » Barruel lui-même avait, jusqu'à un certain point, donné une idée de la valeur de son procédé, en prenant du sang de femme pour du sang d'homme, dans une expérience qui lui avait été proposée par Leuret. Le principe colorant du sang ne peut donc fournir que des données incertaines. On savait cela, et, en répétant les expériences de Barruel et de Couerbe, M. Bonjean ne nous a rien appris à cet égard. Mais M. Bonjean, selon nous, a eu tort d'affirmer « qu'il est tout à fait impossible d'affirmer, dans l'état actuel de » la science, si des taches de sang sont dues à du sang humain ou » à du sang d'animal. » M. le professeur Taddei (de Florence) nous a donné, en 1844, dans un traité important intitulé : *Hématallascopie* un moyen fort ingénieux, qui permet, avec 25 centigrammes de matière, de distinguer le sang de l'homme du sang des autres mammifères plus sûrement que par le procédé de Barruel, qui d'ailleurs exige l'emploi d'une quantité de sang beaucoup plus considérable. M. Taddei lave les taches dans la plus petite quantité possible d'eau distillée ; il ajoute à la liqueur une quantité de bicarbonate de soude égale au poids du sang extrait des taches, lequel poids s'obtient en pesant les fragments d'étoffe avant et après le lavage; il traite la liqueur par une dissolution de sulfate de cuivre, et, après dix ou douze heures, le précipité recueilli, desséché et pulvérisé, lui donne une poudre (*poudre d'interposition*) qui, traitée par l'acide sulfurique dilué à parties égales d'eau et d'acide (50 centigrammes de poudre, 75 centigrammes d'acide), forme une pâte plus ou moins fluidifiable ou non fluidifiable, suivant l'espèce de sang à laquelle on a affaire. M. Taddei a pu établir le tableau suivant : 1° *Sang non fluidifiable :* Ruminants. 2° *Sang médiocrement fluidifiable :* Ane, cheval, cochon, sanglier ; cochon d'Inde, lapin, lièvre, porc-épic ; singe ; fouine. 3° *Sang éminemment fluidifiable :* Homme, chat, renard, chien, souris. La confusion pourrait donc exister entre ces dernières espèces ; mais M. Taddei, en opérant dans un tube gradué, a pu constater entre ces diverses sortes de sang des degrés divers de fluidifiabilité : le sang de l'homme est au sang du chien :: 100 : 70,60 ; à la souris :: 100 : 142,50, etc. Ces dernières données, ajoute M. Taddei, pourraient d'ailleurs être confirmées par l'odeur *sui generis* et caractéristique que l'on obtiendrait en faisant chauffer dans un tube, avec un peu d'eau, quelques décigrammes de chacune des poudres d'interposition obtenues avec ces diverses sortes de sang. (*Echo médical suisse*, 1857, n° 5.)

Sur les rapports de l'artère sous-clavière dans les cas où il existe des côtes cervicales chez l'homme, par H.-J. Halbertsma.

Quand il existe plus de douze côtes de chaque côté, les côtes surnuméraires peuvent être, comme on sait, des côtes lombaires, des côtes dorsales ou des côtes cervicales. Dans le premier cas, ce sont les apophyses transverses de la première vertèbre lombaire, dans le dernier cas, les tubercules antérieurs de la septième vertèbre cervicale, qui deviennent indépendantes et se prolongent en côtes, comme cela se voit chez certains animaux. Dans le second cas, il y a ordinairement treize vertèbres dorsales.

Ces faits ont un certain intérêt au point de vue de l'anatomie comparée ; mais sous le rapport chirurgical, il peut être utile de savoir comment se comporte l'artère sous-clavière lorsqu'il existe une côte cervicale. Conserve-t-elle ses rapports normaux avec la première côte dorsale, ou bien sort-elle de la poitrine en passant par-dessus la côte surnuméraire ? Les auteurs qui ont rapporté des faits de côtes cervicales ont rarement noté ces rapports. En compulsant les *Bulletins de la Société anatomique*, nous n'avons point trouvé de communication dans laquelle ce point d'anatomie ait été noté. Cela tient à ce qu'ordinairement l'attention n'est portée sur le squelette qu'alors que toutes les parties molles ont déjà été enlevées. Les observations suivantes donneront la solution de la question :

Obs. I. — Le cadavre d'une femme âgée présentait deux côtes cervicales bien distinctes : des deux côtés elles procèdent du tubercule antérieur de l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale ; elles ont une tête et un tubercule ; leur articulation costo-vertébrale ne diffère en rien de celle des dix côtes supérieures. A droite, l'extrémité antérieure de la côte est unie à la première côte thoracique par des ligaments ; à gauche, l'union a lieu par une articulation avec une apophyse en forme d'épine qui part du bord supérieur de la première vraie côte.

La longueur des deux côtes surnuméraires est de 60 centimètres ; celle

du côté droit se termine en pointe ; l'autre est renflé à son extrémité antérieure, qui soulevait la peau, ce qui l'avait fait prendre pour le tubercule de la première côte qui sert de point de repère dans l'opération de la ligature de l'artère sous-clavière.

Les deux côtes cervicales présentent, près de leur extrémité antérieure, une dépression assez profonde, logeant l'artère sous-clavière ; le muscle scalène antérieur s'insère à l'extrémité antérieure des côtes surnuméraires. L'artère, placée en dehors de cette insertion, appuyait surtout sur la première côte et ne reposait un peu que sur l'extrémité antérieure des côtes cervicales.

Il s'agissait bien là de côtes cervicales, et non de côtes dorsales incomplétement développées ; car :

1° Au-dessous d'elles on trouvait deux côtes unies au sternum par un simple cartilage, sans articulation.

2° La vertèbre qui leur donnait attache en arrière avait les caractères de la septième vertèbre cervicale.

3° La quatrième branche nerveuse concourant à la formation du plexus brachial émergeait au-dessous des côtes surnuméraires ; la cinquième, entre la première et la deuxième côte dorsale.

OBS II. — Dans le musée anatomique de l'université de Leyde se trouve une pièce, décrite ainsi par Sandifort : « Costa prima dextra hominis » adulti, quæ duo plane distincta capita habet. » (*Museum anatomic.*, Lugduni Batavorum, vol. I, p. 181, et vol. II, tab. XLIX, fig. 1 et 2.) Un examen attentif donne la conviction qu'il s'agit là d'une côte cervicale surnuméraire, unie en avant à la première vraie côte. La côte anormale a une longueur de 6,5 centimètres, et présente en avant une excavation exactement semblable à celle que nous avons mentionnée tout à l'heure du côté droit. Donc l'artère sous-clavière devait encore, dans ce cas, passer par-dessus la côte supplémentaire.

OBS. III. — Sur un squelette appartenant à M. Bœije et provenant d'un sujet qui pouvait avoir douze à quatorze ans, on voit de chaque côté une côte cervicale au-dessus de la première vraie côte. A droite, elle est peu développée et en partie continue avec la septième vertèbre cervicale ; à gauche elle a 5,6 centimètres de longueur, et jouit d'une certaine mobilité ; en avant, elle s'amincit de plus en plus, mais se termine par un renflement en olive et n'a point de connexion avec la première côte. L'espace intercostal ainsi formé mesure, en avant, 2 centimètres, plus en arrière 1 centimètre. A 4 centimètres du renflement terminal on voit, sur le bord supérieur, une rainure oblique en dehors et en avant, qui certainement logeait l'artère sous-clavière. A droite, l'os surnuméraire a été cassé, mais la première côte ne présente point la dépression habituelle.

Sur cette pièce, on peut constater sept vraies côtes, au-dessus desquelles était située la côte supplémentaire, unie à la septième vertèbre cervicale.

OBS. IV. — Cette observation, des plus curieuses, a été prise sur le squelette d'un individu atteint de cyphose, appartenant au musée de Vrolik.

Il y a douze côtes dorsales bien développées ; les vertèbres cervicales, dorsales et lombaires sont en nombre normal. Des deux côtés se voit, au-dessus de la première côte, une côte cervicale peu développée à droite, fortement développée, au contraire, à gauche, où elle atteint le sternum et pourrait être facilement confondue avec la première vraie côte.

La côte cervicale droite est soudée à la septième vertèbre cervicale, et mesure 2,5 centimètres de longueur, depuis sa tête jusqu'à son extrémité antérieure libre. L'artère sous-clavière n'a pas dû passer par-dessus elle, car sur la première côte on voit la dépression dans laquelle elle s'est trouvée placée sans aucun doute.

La côte cervicale gauche s'articule avec la septième vertèbre cervicale, tant par sa tête que par son tubercule ; son extrémité antérieure se continue avec un prolongement cartilagineux ossifié qui se confond avec le cartilage de la première côte thoracique pour atteindre le bord latéral de la première pièce du sternum. Cette côte a 6,5 centimètres de longueur, 10 centimètres en y comprenant le prolongement cartilagineux. A 4,5 centimètres de sa tête, elle présente une forte dépression, dans laquelle a dû reposer l'artère sous-clavière. Rien de semblable ne se voit sur la première côte dorsale de ce côté.

De ces observations et d'une autre empruntée à Adams, l'auteur tire la conclusion suivante :

Dans les cas où il existe une côte cervicale, les rapports de l'artère sous-clavière peuvent être modifiés : si la côte surnuméraire a atteint une longueur de 5,6 centimètres ou plus, l'artère passe par-dessus elle ; si cette côte n'a que 5,4 centimètres ou moins, elle ne servira plus de support à l'artère, qui aura avec la première côte les rapports normaux.

L'auteur fait remarquer que la dépression produite par le passage de l'artère sous-clavière est plus profonde sur la côte cervicale que sur la première côte, ce qui tient à ce que le vaisseau est plus soulevé. (*Arch. f. die holländ. Beiträge*, t. I, cah. 1 et 2.)

Complète oblitération de l'aorte thoracique, par M. SIDNEY JONES.

Le sujet sur lequel ce fait a été recueilli avait été apporté à la salle de dissection de l'hôpital Saint-Thomas. C'était un homme âgé de quarante-cinq ans ; le seul renseignement qu'on ait pu obtenir sur son état de santé, c'est qu'il avait été soigné quelque temps auparavant à l'hôpital de Guy. Ses poumons montraient les traces évidentes de l'inflammation passée. Il était évident que l'état actuel de l'aorte datait de longtemps, et la circulation collatérale s'était suffisamment établie pour prévenir tout accident. Il n'y avait pas de raison pour penser que cette lésion ait pu avoir quelque influence déterminante sur la maladie dont est mort le sujet en question. La pièce, disséquée avec soin et desséchée, fait partie maintenant du musée de Saint-Thomas ; l'oblitération est située au commencement de l'aorte thoracique descendante, juste au-dessous de l'insertion du canal artériel. A l'état sec, il semble n'y avoir qu'une constriction du vaisseau ; mais, à l'état frais, l'oblitération a été trouvée complète, un cordon ligamenteux, d'environ un demi-pouce de longueur, unissant les deux bouts de l'artère.

Précisément au-dessus de l'oblitération est un dépôt athéromateux qui, en ce point, entoure presque complétement la circonférence entière du vaisseau. La crosse de l'aorte est très élargie, et il en est de même de ses trois grosses branches ; ces dernières ont au moins le double de leur calibre normal.

Au-dessous de l'oblitération, l'aorte présente une dilatation bulbeuse qui s'étend, dans la longueur de deux vertèbres, du bord supérieur de la cinquième au bord inférieur de la sixième vertèbre dorsale. Son diamètre est fortement accru et varie de 1 pouce 1/2 à 2 pouces. A l'intérieur de cette partie dilatée s'ouvrent quatre artères intercostales de chaque côté : celles du côté droit sont les plus larges ; la supérieure a le calibre d'une plume d'oie. Elles sont très tortueuses et diminuent graduellement de haut en bas, la sixième intercostale de chaque côté ayant à peu près son diamètre normal.

L'aorte, au-dessous de la dilatation, est aussi élargie ; mais elle commence à reprendre son calibre normal vis-à-vis le bord supérieur de la neuvième vertèbre dorsale après avoir diminué graduellement de calibre, ce qui lui donne en quelque sorte l'aspect infundibuliforme. Voici l'état des principaux vaisseaux :

Les intercostales sont très larges ; quelques-unes sont tortueuses. La première intercostale aortique du côté droit et celle du côté gauche s'anastomosent par une grosse branche avec une branche des thyroïdiennes inférieures ; la première intercostale aortique du côté droit s'anastomose de plus avec l'intercostale supérieure née de la sous-clavière.

La mammaire interne et la transversale du cou du côté droit sont très larges : leur diamètre est à peu près aussi considérable que celui d'une sous-clavière ordinaire.

La transverse du cou suit sa marche ordinaire ; ses principales branches se dirigent de dehors en dedans, et trois ou quatre de ses rameaux s'anastomosent avec les branches postérieures élargies des artères intercostales ; les branches de la mammaire interne qui se portent en dedans au niveau des trois ou quatre espaces intercostaux supérieurs s'anastomosent directement avec les branches antérieures des intercostales. L'intercostale supérieure née de la mammaire interne est plus large que dans l'état normal ; il en est de même de la thyroïdienne inférieure et de la vertébrale.

Ce qui vient d'être dit des branches de la sous-clavière droite s'applique exactement à celles de la sous-clavière gauche ; les sous-clavières se réduisent à la moitié de leur diamètre primitif après avoir donné ces branches. L'épigastrique profonde de chaque côté est très large, ayant environ le diamètre de la mammaire interne correspondante, avec laquelle elle s'anastomose par des anastomoses considérables.

En résumé, les principales communications qui rétablissaient la circulation sont :

1° La *mammaire interne*, s'anastomosant avec les artères intercostales, avec la diaphragmatique de l'aorte, et largement avec l'épigastrique profonde ;

2° L'*intercostale supérieure*, s'anastomosant en avant, au moyen d'une grosse branche, avec la première intercostale aortique; en arrière, avec la branche postérieure de la première intercostale aortique ;

3° La *thyroïdienne inférieure*, dont une branche de la grosseur environ d'une radiale ordinaire forme une communication entre la première intercostale aortique et cette thyroïdienne;

4° La *transverse du cou*, qui offre de larges communications avec les branches postérieures des intercostales ;

5° Les *branches* qui vont aux parois de la poitrine : elles sont considérables et s'anastomosent librement avec les branches latérales des intercostales. (*Medical Times* et *Gazette*, 16 May 1857.)

Sur l'orthographe du mot *Épithélium*, par Rud. Virchow.

Le mot *épithélium*, si souvent employé de nos jours, a été créé par Ruysch, comme il ressort du passage suivant du *Thesaurus anat.*, III, Amstel, 1703, p. 26 (il s'agit de la structure des lèvres) : « Altum silentium hic apud autores, et nemo » hactenus illud nobis revelavit. Cum autem per aliquot tem» pus occupatus fuissem in explorandis partibus faciei, nova » nostra methodo, abstuleram integumentum prolabiorum, nullam » sub eo cutem inveniens, id quod mihi ansam dabat penitus rem » indagandi. Primo mihi incidebat : nulla subest huic integumento » cutis, ergo epidermis dici nequit, quamvis analogiam summam » et connexionem cum illa habeat. Quid ergo? substantia prola» biorum primo ulterius investiganda erat, et sic prolabia ab inte» gumento, ut dixi, denudata, liquori immergebam, ut in posterum » accurate examinarem ; quid fit? cum paulo post prolabia adspi» cerem mihi videbar videre sericum villosum rubicundum (tale » enim mihi videbatur), tandem re penitus examinata, comperi » prolabia constituta esse ex meris papillis, non cutaneis (cutis » enim hic revera deest), sed papillis nervosis ; *itaque integumen» tum illud supra dictum potius epithelida dixero*, vel *integumen» tum papillare* prolabiorum, quod revera nil est, nisi efflorescen» tia seu expansio extremitatum dictarum papillarum ; id quod » epidermidi quoque proprium. »

Il est évident, d'après ce passage, que le mot *épithélium* ne provient ni de *tela*, tissu, ni de τέλος, extrémité, surface, mais bien de θηλή, signifiant primitivement *mamelon*, et que Ruysch emploie d'une manière plus générale pour désigner les papilles.

C'est ce que montre encore mieux le texte hollandais qui est joint au latin, et dans lequel on cherche en vain le mot *épithélium*. L'auteur ne s'y sert que du mot *Tepel-bekletzel*, qui signifie *revêtement du mamelon*. Ce n'est que plus tard, par exemple dans le *Thes. anat.*, VII, Amst., 1707, p. 23; *Thes.*, X, 1717, p. 54, qu'on trouve le mot nouveau dans le texte hollandais, mais toujours il y est accompagné d'une explication : au lieu du mot *epithelis* employé primitivement, on y trouve celui de *epithelia* (féminin). Il y est prouvé également que la même membrane s'étend à tout le tube digestif. (*Archives de Virchow*, mai 1857.)

VII.

VARIÉTÉS.

Question de l'Association générale des médecins.

On lit dans l'Union médicale (nos des 3 et 8 septembre) :

Il importe de dégager tout d'abord du débat deux objections que nous appellerons préjudicielles, et qui, en effet, éloignées de la discussion, nous paraissent devoir la simplifier beaucoup.

L'idée d'une association générale du corps médical de France n'est pas aussi nouvelle qu'on paraît le croire. Elle fut nettement formulée dans le programme des questions dont le Congrès médical de 1845 eut à s'occuper. La commission chargée de l'examen de cette question, et dont nous avions l'honneur de faire partie, proposa, par l'organe de son éloquent rapporteur, M. le docteur Camille Bernard, d'Apt, une solution que le Congrès, il est vrai, n'adopta pas entièrement dans sa formule, mais qu'il adopta certainement dans son esprit. La commission proposait l'institution immédiate de l'Association générale, dont elle donnait le mécanisme et le fonctionnement ; le Congrès, adoptant le principe, ne crut pas les circonstances opportunes pour passer actuellement à l'application ; il voulut tâter, pour ainsi dire, le tempérament du corps médical à l'endroit de l'Association ; il émit le vœu que des Associations locales fussent partout instituées et encouragées, et remit à la commission permanente le soin de les propager et de les diriger vers un but commun.

Nul doute que le vœu émis par le Congrès, s'il ne conduisait à une réalisation aussi prompte que la proposition de la commission, ne fût alors plus pratique et plus sûr. Organiser l'Association par la circonférence, pour la faire aboutir plus tard à un centre commun, est une idée qui plaira toujours davantage aux esprits positifs que la mesure inverse. Nul doute que ce vœu n'eût été accompli sans la révolution de 1848. Quand cette révolution éclata, la commission permanente était parvenue à organiser déjà plus de deux cents Associations médicales. Plusieurs de ces Associations locales vivent encore ; mais la plupart ont disparu aussitôt que toute communication eut cessé entre elles et le centre dirigeant institué à Paris. Nous aurons plus tard à tirer de ce fait un enseignement utile.

En 1848, une tentative nouvelle en faveur de l'Association générale se produit à Paris. Pour l'édification de ceux qui croient à la nouveauté actuelle de cette idée, nous nous permettons d'indiquer le volume de l'Union médicale de cette année 1848. On y trouvera un exposé des motifs, un plan, une discussion, et un grand nombre de documents qui pourront ne pas être sans utilité pour la discussion actuelle, surtout pour éviter quelques erreurs imputables aux circonstances où elles se produisirent.

Depuis cette époque, les idées d'Association générale n'ont pas cessé d'occuper la rédaction de ce journal, qui y est revenu si fréquemment et avec tant d'insistance, qu'elle éprouve la crainte d'en avoir fatigué ses lecteurs. Nous avons pu varier sur les moyens à employer pour arriver au but, car nous croyons que ces moyens doivent changer selon les temps et les circonstances ; mais quant à l'idée principe, elle est restée invariable ; c'est l'Association générale que nous avons toujours eu en vue. Tantôt nous l'avons poursuivie du centre à la circonférence, tantôt de la circonférence au centre. Si c'est une objection qui se prépare contre nous, nous allons résolûment au-devant d'elle ; nous l'acceptons d'avance : nous avons varié sur les moyens d'action; mais cette objection, nous prévenons aussi que nous ne voulons pas la réfuter, parce qu'il nous semble que nous n'en avons pas besoin.

Ainsi donc, premier point : les idées qui s'agitent aujourd'hui dans le monde médical ne sont pas nées d'hier; elles ont eu le temps de se répandre et de fructifier. Si elles se traduisent par des adhésions et par des vœux ici plutôt que là, ce fait local est indifférent pour la question générale ; l'essentiel est qu'il y ait des vœux et des adhésions ; d'où qu'elles viennent, elles doivent être bien accueillies ; et voilà pourquoi nous avons fait un sympathique accueil à l'initiative prise à Bordeaux par M. le professeur Jeannel, honorable confrère avec lequel, d'ailleurs, nous n'avons jamais eu l'honneur d'entretenir aucune relation.

Il faut aussi éloigner du débat cette idée malheureuse sortie on ne sait d'où, que rien ne légitime, car personne ne l'a émise que ceux qui s'en font une arme d'opposition, c'est-à-dire la crainte que l'Association générale ne tue les Associations locales ; tandis qu'il est de la dernière évidence, et nous l'avons dit cent fois, que l'Association générale ne peut exister, n'a sa raison d'être et ne peut fonctionner que par les Associations locales. Tout ce qui a été dit à cet égard est ceci, et personne assurément n'en contestera la

vérité : au point de vue de la prévoyance et de la bienfaisance confraternelles, les Associations locales n'auront longtemps encore que des ressources très bornées ; si de toutes petites caisses on n'en faisait qu'une, celle-ci acquerrait immédiatement une grande importance, car l'Association n'est qu'une assurance mutuelle ; et il est élémentaire que plus il y a d'assurés, plus les primes de répartition, en cas de sinistre, sont considérables. C'est tout simplement ce principe si simple et si évident de clarté que l'on propose d'appliquer à l'Association médicale, au point de vue de l'assurance. Il n'y a pas autre chose, et il n'y a ni plus ni moins que cela dans les idées que l'on soumet actuellement à l'examen et aux réflexions du corps médical. Vouloir éteindre ou seulement gêner dans leur action les Associations locales, est une idée contre laquelle nous protestons ici de toutes nos forces, contre laquelle protestent mes efforts depuis quinze ans, et ce n'est pas au moment où ces efforts aboutissent, où de toutes parts l'Association médicale se propage, où chaque jour nous apporte l'heureuse annonce d'une Association nouvelle, ce n'est pas dans ce moment que nous commettrions l'énorme et niaise inconséquence de favoriser une organisation dont le résultat devrait être la négation de tout ce que nous avons pu faire jusqu'ici.

Mais, au reste, si une nouvelle déclaration de principes sur ce point était nécessaire, nous nous empresserions de dire :

L'Association médicale généralisée n'est pour nous autre chose qu'une caisse centrale où viennent aboutir les cotisations des associés, et d'où se répandent les répartitions de secours dans des circonstances prévues et déterminées.

Nous pensons que l'Association de prévoyance du département de la Seine peut facilement devenir cette caisse centrale.

Mais nous croyons aussi que les Associations locales qui consentiront à verser leurs cotisations et leurs fonds de réserve dans la caisse centrale, peuvent et doivent apprécier toutes les circonstances dans lesquelles la caisse centrale aura à intervenir pour secourir un de leurs membres, les veuves et les enfants.

Les Associations locales n'auraient donc à intervenir auprès de l'Association de la Seine que pour ce qui concerne l'assurance confraternelle. C'est une simple délégation de recevoir et de payer qu'elles donneraient à la caisse centrale. C'est une simplification de comptabilité par la centralisation, pas autre chose. Il n'y a donc là ni suprématie donnée à l'Association de Paris, ni absorption des Associations locales, qui, pour tout ce qui concerne leurs intérêts propres et locaux, conserveraient toute leur liberté d'action.

Éliminons donc du débat cette seconde question préjudicielle. Absolument aucune atteinte ne pourra être portée aux Associations locales. Elles ne pourraient, au contraire, que gagner à la mesure projetée. Débarrassées de la crainte de n'arriver que lentement à des résultats efficaces, elles se développeraient avec plus d'énergie et fonctionneraient avec plus de zèle. Sachant que leurs membres qui tomberaient dans l'infortune participeraient, non plus aux ressources nécessairement très bornées d'une caisse locale, mais à celles nécessairement aussi plus étendues d'une caisse centralisée, tous les motifs d'abstention ou d'indifférence n'auraient plus aucune raison d'être, et les motifs plus pressants d'intérêt particulier qui, un jour ou l'autre, peuvent se faire sentir sur chacun de nous, se raviveraient plus puissants et plus tangibles.

Mais il ne suffit pas qu'une idée soit bonne, il faut encore qu'elle soit réalisable. Le difficile n'est pas de formuler un principe, mais de l'appliquer, ou du moins, avant tout, d'en montrer la possibilité d'application. A ce point de vue, plusieurs objections se sont produites ; loyalement nous les avons exposées. Nous avons promis de les examiner et même de les réfuter, c'est ce que nous allons faire.

Toutes les objections qui se sont produites jusqu'ici contre l'Association générale prouvent, ce que nous n'avons aucune intention de contester, que cette institution présentera de grandes difficultés pour son établissement, difficultés que tout esprit pratique doit prévoir, mais qu'il ne serait ni prudent ni généreux de transformer en impossibilités. Tout est difficile à faire, disions-nous naguère, surtout des institutions nouvelles à créer. Outre les difficultés inhérentes à la nature de l'œuvre, il faut lutter contre l'inertie des indifférents, contre le zèle des impatients, contre les railleries des plaisants, contre la peur des trembleurs, et surtout contre le mauvais vouloir des satisfaits. Des passions de tout genre peuvent se mettre encore en travers de toute grande initiative. De généreux, de courageux esprits ont succombé devant ces obstacles ; de grandes, de nobles entreprises ont échoué sur ces écueils. L'idée de l'Association générale, les promoteurs de cette idée peuvent subir le même sort ; cela ne prouverait pas que l'idée n'est ni bonne ni pratique. Si cette idée venait à faire naufrage aujourd'hui, elle surnagerait certainement demain, car l'avenir est à elle.

Dirons-nous toute notre pensée ? Oui, sans doute, car, sans orgueil mais sans faiblesse, nous sentons que, sur cette grave question, nous avons assumé une grande responsabilité vis-à-vis du corps médical. Eh bien, nous éprouvons quelque regret que les aspirations vers l'Association générale aient si tôt fait explosion, qu'elles se soient montrées si tôt impatientes d'une réalisation immédiate. Nous rendons justice sincère au zèle et au courage de ceux qui ont montré cette impatience généreuse et bien intentionnée : mais peut-être le choix du moment, du milieu, des circonstances, aurait-il pu être plus heureux. Peut-être aussi aurait-il fallu laisser couvrir la France médicale d'un réseau plus étendu d'associations locales. Peut-être enfin, avant de provoquer la réalisation immédiate, aurait-il été utile de préparer tous les esprits à cette grande innovation par une discussion de principes et par un exposé des avantages promis à cette institution.

Que se passe-t-il, en effet ? Les opposants, en adroits stratégistes, ne perdent pas leur temps à s'occuper de la question en elle-même, à la traiter au fond, à rechercher si l'institution serait réellement bonne, et quels seraient ses avantages ; ils ne prouvent pas plus qu'elle serait mauvaise, et ils n'en signalent aucun inconvénient. Ce n'est pas sur ce terrain des principes qu'ils engagent la lutte ; mais ils descendent précipitamment sur le terrain de l'application pratique, ils s'enfoncent dans de minutieux détails, c'est-à-dire dans ce qui, en toutes choses, est le plus difficile, le plus embarrassant, et par où il faut finir et non pas commencer. Législateurs timides qui ne votent pas la *loi* parce qu'elle n'a pas encore son *règlement* administratif ; mécaniciens imprévoyants qui rejetteraient la vapeur s'ils ne savaient pas la contenir dans sa machine.

Oui, nous regrettons qu'un peu trop de précipitation nous force, dès à présent, à suivre les opposants sur le terrain qu'ils se sont choisi. Mais enfin, ce regret exprimé, et nous devions le produire, n'oublions pas plus longtemps que le feu est aux poudres, que la bataille est engagée, que nous avons notre drapeau à défendre, et s'il a été témérairement engagé, c'est une raison pour voler plus vite à son secours.

Les objections faites à l'Association générale sont de deux ordres : difficultés tirées de l'œuvre elle-même, difficultés qu'elle rencontrera au dehors. En d'autres termes, difficultés intrinsèques, et difficultés extrinsèques. Examinons-les dans l'ordre indiqué.

L'Association générale suppose, dit-on, la constitution suivante : « Unité des statuts, administration supérieure centralisée à Paris, délégués départementaux nommés par cette administration supérieure. »

La supposition est vraie dans deux de ses termes, elle est erronée dans le troisième. Il est évident que pour que les Associations des départements puissent être agrégées à l'Association de la Seine, il faut, ou que primitivement elles se soient fondées sur les statuts de cette dernière, ou qu'elles les adoptent pour l'avenir. L'unité de l'Association, son fonctionnement harmonique, sont à ce prix. Il n'est pas moins évident que l'administration supérieure doit être concentrée quelque part, et toutes les convenances aussi bien que tous les intérêts de l'Association exigent que ce soit à Paris. Mais rien ne rend utile et convenable que ce qu'on appelle improprement les délégués départementaux (commissions générales des départements) soient nommés par l'administration centrale de

Paris. Ces commissions, comme celle de l'Association de la Seine, seront désignées par le sort, et le bureau, également comme à Paris, sera nommé à l'élection. Les opposants ne paraissent pas suffisamment connaître le mode de fonctionnement de l'Association de la Seine. Cette Association fonctionne au moyen d'une commission générale dont les membres sont tous les ans tirés au sort dans l'assemblée générale annuelle, et le bureau est tous les ans nommé par élection. Quelle nécessité, quelle convenance y aurait-il à changer ces dispositions des statuts pour les associations départementales? Aucune assurément; c'est le mode le plus simple, le plus facile, celui qui prête le moins à l'arbitraire et qui peut le plus donner satisfaction au zèle de tous, car la désignation par le sort ne suffit pas, il faut encore la présence à la séance de celui que le sort désigne, et son acceptation déclarée. Ainsi, l'Association de la Seine n'a aucunement à intervenir, soit dans le choix par le sort des commissions départementales, soit dans l'élection des bureaux de leurs associations. Elle reçoit la notification de ces choix et de ces élections; elle sait par là avec quels représentants de l'association de tel ou tel département elle doit se mettre en rapport, et de qui elle doit recevoir les communications.

Ainsi, prenons un exemple. L'Association médicale est fondée à Bordeaux; elle fonctionne au moyen d'une commission générale tirée au sort et composée d'un nombre déterminé par arrondissement; son bureau a été nommé dans l'assemblée générale et par élection. Elle a notifié sa composition à l'Association de la Seine. Une demande de secours lui est arrivée. La commission générale procède comme celle de Paris; elle nomme deux commissaires chargés de faire l'enquête et de présenter le rapport. Le rapport est fait; la commission générale accorde ou refuse le secours: dans le premier cas, elle notifie sa décision à l'Association de Paris, qui envoie immédiatement les fonds demandés; dans le second cas, elle n'a rien à notifier. Le mécanisme de ce fonctionnement n'est pas plus compliqué que cela. On peut le simplifier encore, et, afin de perdre le moins de temps possible et de secourir plus tôt les infortunes confraternelles, chaque Association peut conserver en caisse une certaine somme destinée à parer aux besoins les plus urgents. Peut-être trouverait-on encore quelque combinaison meilleure. Mais, en tout cas, il n'y a rien dans tout cela de bien difficile, et surtout d'impossible.

Mais, dit-on, vous n'aurez ainsi qu'une *fédération* d'Associations. Qu'importe le nom, si la chose est bonne! Fédération, soit, et ce nom, en tant que limité au paisible domaine de nos intérêts professionnels, ne nous effraie pas trop. Il veut dire à la fois unité et liberté, et c'est bien ainsi que nous entendons l'Association générale: unité sur tous les grands principes; liberté d'action sur toutes les applications locales. Qu'exiger de plus d'une institution qui donne à la fois l'harmonie dans l'ensemble et l'indépendance dans les détails? Pour notre compte, nous nous en contentons.

Ainsi tombe, et de la main même de nos adversaires, l'argument tiré d'une prétendue impossibilité de concilier « des exigences locales » avec l'unité nécessaire à l'Association générale. Il existe des intérêts locaux, nous ne saurions en disconvenir, et nous déclarons aussi que l'Association générale conserve, par l'Association locale, tous les moyens de les satisfaire. Mais les opposants vont plus loin, et ils ont écrit le mot *antagonisme*. Ce mot malheureux n'est qu'une malheureuse fiction. Depuis vingt-cinq ans que nous étudions, que nous observons le corps médical, au point de vue de ses intérêts scientifiques, moraux et professionnels, nous n'avons jamais et nulle part aperçu « cet antagonisme des besoins locaux et des nécessités générales. » Ce n'était pas assez d'écrire ce mot, il fallait démontrer la réalité de la chose. Il ne saurait y avoir antagonisme là où les besoins sont les mêmes, les souffrances les mêmes, les causes de ces souffrances les mêmes. Une grande expérience a été faite à cet égard en 1845. Les provocateurs du Congrès demandèrent au corps médical, à ses membres isolés ou réunis, aux praticiens des villes et des campagnes, un exposé de leurs désirs, de leurs besoins, de leurs souffrances, des moyens d'y porter remède. Plus de 2,000 mémoires, représentant l'opinion de plus de 15,000 médecins, furent reçus par la commission d'organisation. Celui qui écrit ces lignes a lu tous ces *cahiers*, et sur son honneur, il déclare que rien, dans cette immense lecture, n'a pu lui faire croire à l'existence d'un antagonisme quelconque entre les médecins de France, c'est-à-dire d'une opposition entre les besoins d'une localité comparés aux besoins d'une autre localité.

Une autre expérience décisive se fait à Paris même. Qu'est-ce, en définitive, que l'Association de la Seine? Elle ne diffère en rien d'essentiel de toute autre Association départementale. Elle se compose de médecins habitant, les uns une très grande ville, les autres de petites villes, les autres, enfin, des communes rurales. C'est une image parfaite de tout ce qui existe ou de tout ce qui pourra se faire ailleurs. Est ce que l'Association a jamais éprouvé le moindre trouble, le moindre embarras de cette fusion de la famille médicale de la Seine dans une connexité d'intérêts et d'efforts?

Concluons sur ce point que les intérêts locaux, dont on a d'ailleurs beaucoup grossi et exagéré l'importance, sont sauvegardés par l'institution de l'Association générale, du moins telle que nous la concevons ici; qu'il n'existe pas d'antagonisme entre les intérêts locaux et les nécessités générales, et que les Associations locales, quoique réunies dans une unité de but et d'action, conservent leur indépendance sur tout ce qui concerne les besoins particuliers de leurs membres.

Poursuivons l'examen des autres objections.

(*La suite à un prochain numéro*.) A. Latour.

Congrès de Bruxelles et de Bonn.

Nous recevons sur les deux Congrès scientifiques les détails suivants:

L'ouverture du Congrès d'ophthalmologie aura lieu à Bruxelles le 13 septembre 1857, à onze heures du matin, et se continuera les 14, 15 et 16 courant. — Les cartes d'admission se distribuent à Bruxelles, au secrétariat général, rue Notre-Dame-aux-Neiges, 27.

Pour éviter toute perte de temps, on prie les savants qui auraient une communication à faire, d'adresser à l'avance au bureau la substance de leur discours, ou des notes qui puissent guider les personnes chargées de résumer les communications.

La durée de chaque discours devra, autant que possible, ne pas dépasser quinze minutes. Un programme spécial des questions à débattre a été distribué depuis le 1er août. Cependant, si un membre du Congrès voulait faire une communication en dehors des questions indiquées dans ce programme, il devrait s'adresser, avant l'ouverture du Congrès, au secrétaire général. Cette disposition est applicable aux personnes qui voudraient exposer des instruments de chirurgie oculaire, appareils d'optique, etc. — Un Compte rendu des séances sera distribué, pendant la durée du Congrès, aux membres qui en feront la demande.

Des appartements seront retenus à l'hôtel de l'Europe, place Royale, pour MM. les membres qui en feront la demande à M. Warlomont, secrétaire général. Ceux qui auront négligé ce soin pourront également s'adresser à cet hôtel, où on leur indiquera les logements encore vacants.

— La 33e réunion des naturalistes et médecins allemands s'ouvrira à Bonn le 18 septembre, sous la direction de MM. les professeurs Nöggerath et Kilian, et se terminera le 24. Les réunions générales auront lieu les 18, 21, 22 et 24 septembre.

Nous rappellerons que, d'après les statuts, il faut être auteur pour pouvoir être membre du Congrès. Tous ceux qui s'occupent des sciences naturelles peuvent y prendre part et assister aux séances.

Outre les réunions générales, des séances particulières des sections auront lieu tous les jours, à partir de huit heures du matin.

Douze sections ont été créées:

1° Géologie, minéralogie, paléontologie;
2° Botanique et physiologie botanique;
3° Zoologie;
4° Physique;
5° Chimie;
6° Agronomie;
7° Astronomie et mathématiques;
8° Anatomie et physiologie;
9° Médecine pratique;
10° Chirurgie et ophthalmologie;

11° Gynécologie;
12° Psychiatrique.

On peut s'inscrire à partir du 15, et s'adresser à l'avance à MM. Nöggerath et Kilian, présidents du Congrès, pour les logements.

La ville de Bonn prépare des fêtes brillantes pour les membres du Congrès. — Des excursions en bateau à vapeur sur la plus belle partie du Rhin, à Stolzenfels, Apollinarisberg, Rolandseck et Roderberg. On visitera Cologne, qui est à trois quarts d'heure de Bonn, et la magnifique cathédrale de cette ville sera illuminée pour cette solennité. — La patrie de Beethoven offre aux membres du Congrès un concert magnifique, sous la direction du célèbre Ferdinand Hiller.

Les administrateurs du chemin de fer de l'État en Belgique, du chemin de fer rhénan, et la Compagnie du Nord, ont offert à MM. les savants qui assisteront aux Congrès de Bruxelles et de Bonn une réduction de moitié sur le prix des tarifs ordinaires.

Pour profiter de cette réduction, au départ de Paris il suffira de se présenter, un quart d'heure avant le départ, à M. le *chef de gare* du chemin du Nord, qui remettra au voyageur une attestation au moyen de laquelle il sera délivré à Cologne un billet gratuit pour le retour à Paris.

Le trajet de Paris à Bruxelles et à Cologne sera payé intégralement par le voyageur.

Le prix du billet de Paris à Cologne, valable pour un mois, avec arrêt à Bruxelles, Malines, Aix-la-Chapelle, est de 59 fr. en première classe. Le prix du trajet de Cologne à Bonn est de 1 fr. 85.

M. le professeur Kilian, dont le nom est si honorablement connu en obstétrique, nous charge d'être son interprète auprès du public scientifique de la France, et, au nom du Congrès allemand, d'engager nos compatriotes à se rendre à Bonn, où les attendent les sentiments les plus vifs de sympathie et de confraternité. Nous avons souvent eu occasion de parler de la portée de ces réunions savantes, de l'intérêt des questions qui y sont discutées, et surtout des résultats que les amitiés et les sympathies nées d'un rapprochement de quelques jours peuvent avoir sur les discussions mesquines et personnelles, sur la polémique âcre et virulente, obstacles si souvent funestes à la manifestation de la vérité et au progrès scientifique. La position et la proximité de Bonn, la facilité et la rapidité des moyens de transport, la valeur des hommes célèbres de l'Allemagne qui se trouveront réunis dans ces deux Congrès, tout nous fait espérer que la gracieuse et cordiale invitation de M. Kilian sera entendue, et que la France sera représentée à Bonn par un public plus nombreux qu'il ne l'est d'habitude dans les Congrès scientifiques de l'étranger. Il serait difficile, en effet, de réunir plus de circonstances engageantes pour secouer l'apathie des indifférents. Les ophthalmologistes les plus célèbres de l'Europe se donneront rendez-vous à Bruxelles; à Bonn, on trouvera les plus dignes représentants de l'Allemagne scientifique; le Rhin, ses bords pittoresques, ses imposantes ruines, viennent tenter ceux chez qui l'étude des sciences n'a pas tué l'admiration des beautés de la nature; enfin, il faut le dire et en remercier les intelligentes administrations qui sacrifient si aisément leurs intérêts à un but d'utilité et de progrès, le bon marché vient rendre possible un beau, un rapide, un utile, un intéressant voyage. Espérons donc que les membres du corps médical français se décideront à franchir les frontières, à connaître par eux-mêmes ce public savant d'élite qui a donné une impulsion si puissante à la médecine moderne; ils sentiront enfin combien est cordial et sympathique l'accueil que leur préparent nos confrères allemands. PAUL PICARD.

VIII.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 30 juillet. Tartre stibié dans la chorée, par *A. Marcotte*. — Guérison des fistules vésico-vaginales par le pessaire à réservoir d'air, par *Debout*. — 15 août. Alun et acide sulfurique dans la colique de plomb, par *Briquet*. — De la méthode opératoire exploratrice, par *Alquié*. — Traitement des abcès par congestion, par *Pain*. — Observation de l'amylène, par *Espagne*.

ÉCHO MÉDICAL DE PARIS. — T. Ier, n° 31. Relation médico-chirurgicale, etc. (suite). — Concrétions fibrineuses du cœur, par *Armand*. — 32. Relation, etc. — Fièvres en Algérie (suite). — 33. Relation, etc. — Concrétions, etc. — Sur un voyage à la côte occidentale d'Afrique, par *Cellarier*. — 34. Relation, etc. — Fièvres en Algérie. — 35. Relation, etc. — Concrétions, etc. — Voyage à la côte occidentale d'Afrique.

FRANCE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE. — 30. Éruptions du premier âge, par *Duchesne-Duparc*. — 31. *Idem*. — 32. *Idem*. — Administration du chloroforme par projection, par *Heurteloup*. — 34. *Idem*.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — N° 32. Myocardite considérée comme cause de rupture et d'anévrysme partiel du cœur, par *A. Mercier*. — Injections [illegible] binées avec les ponctions, etc. (suite). — 33. *Idem*; *idem*. — 34 Épidémies [illegible] geole, variole et scarlatine à la Martinique, par *Rufz*. — Résections [illegible] extrémités dans les plaies d'armes à feu avec lésion de la diaphyse hum[illegible] *Marmy*. — Mouvements rhythmés dans l'organisme, par *Lereboullet*. — 35 [illegible] sur l'albuminurie, par *Luton*. — Injections d'iode (suite).

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE. — 1857. Août. Recherches [illegible] dans l'empoisonnement, par *Cornet* et *d'Hauw*. — Analyse des os, par [illegible]

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 31 juillet. Méthode des [illegible] dans les maladies de poitrine, par *Sales-Girons*. — Études à faire sur les [illegible] nérales relativement aux salles de respiration et à l'arsenic. — 15 août [illegible] des inhalations, etc. (suite). — Remarques sur la fièvre typhoïde, par [illegible]

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 14. Vérité de la doctrine hippocra[illegible] *Perrin*. — Maladie d'Addison (suite), par *Gromier*. — 15. Préférence [illegible] l'éther sur le chloroforme, par *Bron*. — Doctrine hippocratique (suite).

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 8. Extraction de la cataracte par [illegible] linéaire et extraction scléroticale (fin), par *Stœber*. — Névrose fébrile et [illegible] consécutive de l'œil, par *Liégey*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Août. Note sur la *rubéole* ou [illegible] Allemands, par *Cintrac*. — Des anesthésiques, par *Jeannel*. — [illegible] l'inflammation aiguë du testicule, par *de Larue*.

JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE [illegible] DE LA LOIRE-INFÉRIEURE. — 33e volume, 170e et 171e livraisons. [illegible] de tuberculisation, par *Malherbe*. — Paralysie hystérique, par [illegible] sion intestinale, par *Thibeaud*. — Pratique de Smellie, par *Aubinau* [illegible] extra-utérine, par *Hélie*. — Accidents produits par la compression de [illegible] de la main chez un enfant, par *Trastour*. — Sur l'hémiplégie faciale, par [illegible]

JOURNAL DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — 1857. Juillet. Diagnostic de [illegible] tuberculeuse, par *Rilliet* et *Barthez*. — Polype du sinus maxillaire, [illegible] guérison, par *d'Auriol*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — F^e^ 15. Sur les épulies (tumeurs [illegible] *L. Saurel*. — Sur les viciations atmosphériques, par *E. Maurin*.

UNION MÉDICALE DE LA GIRONDE. — Août. Mort subite dans l'état [illegible] *C. Dubreuilh*. — Traitement de l'ophthalmie scrofuleuse, par *Sous*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 10e livraison. Épi[illegible] variole et varioloïde à Dunkerque, par *Zandick*.

ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE. — 1857. Mai et Juin. [illegible] vrir la tête du tænia dans les matières fécales, par *François*. — Sur les [illegible] animaux domestiques, par *Verheyen*. — Conférences scientifiques des [illegible] litaires (modèle d'un sac à pansement; fracture du col du fémur; [illegible] ulcéreuse; scrofules; perforation de l'intestin dans la péritonite; [illegible] cule; rupture du tendon tibio-prémétatarsien chez un cheval; [illegible]

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE (Bruxelles). — [illegible] Valeur de quelques agents contre les accidents suites d'éthérisation, par [illegible] — Plaie de tête: perte de substance cérébrale, guérison, par [illegible] — [illegible]ment de la face, fracture du maxillaire supérieur, guérison, par [illegible] le traitement des fractures obliques et compliquées des membres [illegible] *Uytterhoeven*. — Tumeur fongueuse de l'iris, extra-oculaire, par [illegible]

JOURNAL DE PHARMACIE (Anvers). — Juillet. Sirop de pointes d'asperges [illegible] Codex comparé à l'ancien sirop, par *J. Laneau*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 15. Entérocèle crurale droite, [illegible] guérison, par *J. Benavides*. — 16. Kyste hydatique de la mamelle, [illegible] rison, par *Benavides*.

Livres.

DER GOLDENE SCHNITT IN SEINER ANWENDUNG AUF KOPF-UND GEHIRN[illegible] LOGIE UND PATHOLOGIE, par *F.-W. Hagen*. In-8. Leipzig, chez Engelmann.

DIE GELENKNERVEN DES MENSCHLICHEN KÖRPERS (Les nerfs des articulations du corps humain), par *N. Rüdinger*. In-4. Erlangue, chez Enke.

DIE KINDHEIT DES MENSCHEN. EIN BEITRAG ZUR ANTHROPOLOGIE UND P[illegible] (L'enfance de l'homme. Contribution à l'anthropologie et à la psycho[illegible] *O. Heyfelder*. In-8. Erlangue, chez Enke.

KLINIK DER GREISENKRANKHEITEN (Clinique des maladies des vieillards), par [illegible] 1re moitié. In-8. Erlangue, chez Enke.

ERRATA. — P. 605, 3e alinéa, au lieu de: « *les affirmations de ceux de* [illegible] *citoyens* », lisez: « *les affirmations de ceux de nos confrères* ».

P. 605, 3e alinéa, au lieu de: « lavements de *nicotine* », lisez: « lavements de *nicotiana* ».

P. 606, dernière ligne du 1er alinéa, au lieu de: « qui ne se fussent [illegible] pas dissipés d'eux-mêmes », lisez: « qui se fussent certainement dissipés d'eux-mêmes ».

P. 606, au lieu de: « nous avons très habituellement atteint par cette [illegible] *dix* doses de 0,20 à 0,25 par vingt-quatre heures », lisez: « *des doses* [illegible] ».

P. 607, *passim*, au lieu de: « M. Congit », lisez: « M. Cougit ».

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 18 SEPTEMBRE 1857. — N° 38.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de M. le maréchal ministre de la guerre, en date du 25 août, M. JACQUEMET a été nommé titulaire de la chaire des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Montpellier.

Statut sur l'agrégation des Facultés.

DISPOSITIONS SPÉCIALES A L'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE.

Art. 37. — Dans les Facultés de médecine, les agrégés institués après le concours font un stage de trois ans avant d'entrer en activité de service.

Art. 38. — Les agrégés stagiaires n'ont pas de traitement fixe; ils peuvent être chargés des conférences instituées par le décret du 22 août 1854, et, dans ce cas, ils reçoivent, à titre d'indemnité éventuelle, le tiers du produit des dites conférences.

Art. 39. — La durée des fonctions des agrégés admis, après le stage, à prendre part aux examens et au remplacement des professeurs absents ou empêchés, est fixée à six ans pour la Faculté de médecine de Paris, à neuf ans pour les Facultés de médecine de Montpellier et de Strasbourg.

Art. 40.— Sont attachés : à la Faculté de médecine de Paris, trente-neuf agrégés, dont un tiers en stage et deux tiers en exercice ; à celle de Montpellier, vingt et un, dont six en stage et quinze en exercice ; à celle de Strasbourg, dix-huit, dont quatre en stage et quatorze en exercice.

Art. 41. — Tous les trois ans, les agrégés en exercice sont renouvelés : par moitié dans la Faculté de Paris, par tiers dans les Facultés de Montpellier et de Strasbourg.

Art. 42. — Les agrégés en exercice sortants sont remplacés par les agrégés stagiaires qui ont accompli le temps du stage, et ceux-ci par des agrégés stagiaires nouveaux.

Art. 43. — Il y a quatre sections d'agrégés. La première, pour les sciences anatomiques et physiologiques, comprend l'anatomie, la physiologie et l'histoire naturelle ; la seconde, pour les sciences physiques, comprend la physique, la chimie, la pharmacie et la toxicologie ; la troisième, pour la médecine proprement dite et la médecine légale ; la quatrième, pour la chirurgie et les accouchements.

Art. 44. — Les épreuves préparatoires consistent : 1° dans l'appréciation des services et des travaux antérieurs des candidats ; 2° dans une composition sur un sujet d'anatomie et de physiologie ; 3° dans une leçon orale de trois quarts d'heure au plus, faite après trois heures de préparation dans une salle fermée, sur une question empruntée à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat s'est inscrit.

Art. 45. — Cinq heures sont accordées pour la composition. Elle a lieu dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury. Les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit. Les compositions sont lues, en séance publique, par les candidats qui les ont rédigées, et sous le contrôle d'un des juges.

FEUILLETON.

Coup d'œil sur le congrès d'ophthalmologie de Bruxelles.

Ce n'est pas sans une secrète anxiété que nous sommes entré, dimanche dernier, dans la salle de l'Académie, à Bruxelles. Il s'agissait, en effet, de compter ceux qui avaient répondu à l'appel, ceux qui tenaient à prouver que l'amour de la science et de la vérité pouvait leur faire oublier les affaires personnelles et les occupations de tous les jours, ceux qui sacrifiaient aux progrès de l'idée les mille considérations mesquines d'un égoïsme intéressé.

A vrai dire, nous comptions beaucoup sur la neutralité du terrain. La Belgique, ce champ de bataille de l'Europe, est devenue, comme le disait M. de Decker, la terre classique des congrès ; les luttes matérielles ont laissé la place aux discussions scientifiques, la poudre à canon est remplacée par l'irrésistible puissance de la vérité.

Le résultat a dépassé notre attente. Toutes les nations ont envoyé des représentants officiels ; tous ceux dont les noms marquent dans la littérature ophthalmologique, tous ceux qui ont pu s'arracher aux préoccupations de foyer et de clientèle, ont répondu à l'appel.

A côté de la brillante école allemande des physiologistes et des pathologistes de la Prusse, de la Saxe, de l'Autriche, de la Hollande, etc., on voyait la France, représentée par ces hommes qui, partout admirés, ont le talent d'être cosmopolites et de rester Français ; qui, parcourant le champ de la science, armés de leurs idées originales et profondes, ne rebutent jamais l'inspiration étrangère, prennent leur bien où ils le trouvent, le présentant sous des formes propres et individuelles, se servant de toutes les armes pour combattre au nom de la vérité et du progrès. Ce n'est pas sans un légitime orgueil que nous avons vu les maîtres les plus sérieux de l'étranger rendre à la France les hommages que l'on doit au pays et aux hommes qui vous ont instruit, et, parmi les effusions les plus cordiales d'amitié et la reconnaissance la plus vive, un célèbre ophthalmologue de Berlin serrant dans ses bras son ancien maître

Art. 46. — Les épreuves définitives consistent en une leçon orale, en épreuves pratiques et en une argumentation.

Art. 47. — La leçon orale est faite, après vingt-quatre heures de préparation libre, sur un sujet emprunté à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat s'est inscrit. Elle dure une heure.

Art. 48. — La nature et le nombre des épreuves pratiques imposées à chaque candidat sont déterminés par le président, de concert avec les membres du jury.

Art. 49. — Chaque candidat soutient une thèse dont le sujet est choisi dans l'ordre d'enseignement pour lequel il s'est inscrit. Il a douze jours francs, à dater de celui où il connaît le sujet qui lui est échu, pour écrire, faire imprimer et déposer sa thèse. Le nombre d'exemplaires déposés est égal à celui des juges et des concurrents, indépendamment de ceux qu'exige le service de l'administration supérieure. Les exemplaires déposés sont distribués trois jours francs avant l'argumentation. L'argumentation sur chaque thèse dure une heure. Le soutenant est argumenté par deux concurrents.

Paris, le 19 août 1857. ROULAND.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 17 septembre 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : CONTAGION DE LA FIÈVRE JAUNE. — APPAREIL POUR LES FRACTURES DE LA JAMBE. — ACADÉMIE DES SCIENCES : ACIDE HIPPURIQUE ET CHOLÉIQUE DANS LES CAPSULES SURRÉNALES. — CONGRÈS OPHTHALMOLOGIQUE DE BRUXELLES.

L'espace nous manque absolument pour apprécier une remarquable communication faite par M. Rufz (de la Martinique) à la dernière séance de l'Académie de médecine, non plus qu'une improvisation pleine de verve de M. Trousseau, un discours écrit de M. Londe et quelques paroles modestes d'un membre distingué du corps de santé de la marine, M. le docteur Thomas. Le tour original sous lequel M. Trousseau présente ses idées leur donne parfois l'air d'un jeu d'esprit; c'est l'impression que paraissaient en ressentir quelques personnes de notre voisinage. Et pourtant, il ne faut pas s'y méprendre; toutes les considérations du savant académicien sur la variabilité des conditions de la transmissibilité contagieuse, ses rapprochements entre les contages proprement dits et les semences végétales ou animales, reposent sur un fond solide, où le médecin peut trouver à exercer très sérieusement et très fructueusement ses méditations. Nous donnons d'ailleurs au lecteur, dans le *Compte rendu* de l'Académie, le moyen d'en juger lui-même.

La séance a été close par l'exhibition d'un appareil *nouveau* pour les fractures de la jambe. Cet appareil, suivant l'auteur, conviendrait à tous les cas, simples ou compliqués, à tous les lieux : la ville, les champs, l'hôpital. Il économiserait beaucoup le temps du chirurgien. De plus, il ne revient pas, paraît-il, à 50 centimes, et exige à peine cinq minutes pour être construit, deux minutes pour être appliqué. Sans doute il n'est jamais passible de reproches ou de contre-indications; car l'inventeur, dans son enthousiasme, a prédit aux académiciens présents « qu'ils ne pourraient plus se passer de cet appareil quand ils l'auraient vu.

Pour notre part, nous avouons n'avoir été que médiocrement convaincu. L'appareil de M. Gaillard n'est pas très compliqué, à la vérité; il ressemble à un grand nombre d'autres, n'est ni plus mauvais ni meilleur; voilà tout ce qu'on en peut dire sous le rapport de la construction. Mais nous profiterons de l'occasion pour nous élever contre la prétention exclusive d'un appareil à fractures de convenir à tous les cas indistinctement; et si une préférence devait être donnée, ce devrait être, selon nous, à l'appareil de Scultet. Nous ne discuterons pas, dans la communication de M. Gaillard, quelques assertions fort contestables; nous regretterons seulement d'une manière générale, d'abord l'ardeur avec laquelle les chirurgiens *inventent* des appareils pour les fractures de la jambe, puis la présentation de ces prétendues nouveautés aux grandes académies. On aimerait à voir l'activité d'hommes distingués s'exercer sur des sujets plus neufs et moins explorés. M. Gaillard est à la tête d'un grand service chirurgical; il a déjà publié quelques travaux qui lui feront certainement plus d'honneur que celui-là, et qui contribueront davantage aux progrès de la chirurgie. *Perge quo pede...*

— L'intérêt qui s'attache en ce moment à tout ce qui concerne l'anatomie, la physiologie et la pathologie des capsules surrénales, appelle tout particulièrement l'attention sur un récent travail de MM. Cloez et Vulpian, déjà bien recommandé par le nom des auteurs, et qui est relatif à l'*existence des acides hippurique et choléique dans les capsules surrénales des animaux herbivores* (voir aux *Académies*). Ce travail avait été entrepris dans le but d'isoler la substance ou les substances qui communiquent à la partie médullaire des capsules la propriété curieuse (signalée pour la première fois

---

français, devenu son ami. La Belgique avait pour représentants les principaux de ses membres, dont les travaux en oculistique, les études profondes et consciencieuses, les histoires sévères et exactes des épidémies, assuraient une place honorable dans ces discussions.

Dans le remarquable discours du président, M. Fallot, nous avons surtout remarqué cette phrase : « La science ne nous recommande pas de discussions doctrinales, elle ne se courbe pas devant de semblables arrêts. Ce qu'elle attend de nous, ce sont des discussions franches, approfondies, où toutes les opinions se produisent loyalement. Si quelquefois elles sont de nature à donner lieu à des conclusions, que celles-ci soient fortement motivées, et surtout directement applicables à l'art. En médecine comme en politique, toute discussion sans but pratique est oiseuse et frivole. » Telle a été, en effet, nous le savons, la pensée du comité organisateur. Qu'on nous permette, à ce sujet, quelques observations.

D'ordinaire, il faut bien l'avouer, un congrès n'est qu'une occasion de rapprochement entre des hommes qu'unissait seulement jusque-là le lien sympathique de la science, un moyen de donner plus d'ensemble à des travaux que la dispersion des ouvriers et le défaut d'entente rendent trop souvent improductifs. La plupart sont attirés au congrès par une tentation mixte d'instruction et de plaisir, enchantés de pouvoir assigner un but sérieux à un voyage d'agrément : *Utile dulci*. En général, le produit de ces grandes réunions n'est pas autre, ni plus considérable. Quelque brillant travail a été lu, quelque production originale a été entendue, et puis, chacun se connaissant, s'aimant, — qui sait ? hélas ! se détestant quelquefois plus qu'auparavant, — chacun revient chez soi avec ses idées, ses opinions et ses préférences.

Le comité organisateur a voulu plus que cela, et il faut le louer de l'intention. Il a pensé qu'en dirigeant le congrès suivant des idées à lui propres, d'après une marche tracée à l'avance; en faisant discuter et voter paragraphe par paragraphe un programme tout tracé, il a pensé, dis-je, qu'il assurerait à la discussion un but précis et des résultats positifs; qu'il obtiendrait ainsi un acte de foi, une sorte de testament ophthalmologique. Nous le répétons, cette mesure procédait d'une bonne inspiration. N'a-t-elle pas

par un des auteurs) de se colorer sous l'action des divers réactifs. Ce résultat n'est pas encore obtenu ; mais la découverte d'acides, dont l'un se trouve dans l'urine de certains animaux, et dont l'autre existe principalement dans la bile, tend à faire attribuer aux organes surrénaux une importance particulière dont le caractère et la portée resteraient à déterminer ; elle tend surtout à rétablir la solidarité autrefois admise entre les capsules et les reins eux-mêmes.

— Le Congrès d'opthtalmologie de Bruxelles est terminé. La séance générale a eu lieu le 13 septembre, sous la présidence de M. Fallot, qui a prononcé, à cette occasion, un remarquable discours où il a rendu compte des efforts persévérants du comité organisateur, en rendant spécialement hommage au zèle du secrétaire général (M. Warlomont), et où il a rappelé en termes généraux le but de la réunion.

La fin de ce discours a été surtout applaudie :

« Le terrain de nos discussions est celui de la plus parfaite égalité. Devant la science, comme devant la loi, tous les hommes sont égaux. S'il y est une autorité devant laquelle on s'incline, c'est celle des faits, éclairée par la raison. Un nom n'y a de valeur qu'autant qu'il la puise à cette source. Partout où les hommes s'unissent en vue du progrès, ils sont frères. Que deviennent ces barrières imaginaires élevées entre eux par la différence des nationalités, la diversité des idiomes, le dissentiment des opinions et des doctrines, en présence de la cause sainte de la science et de l'humanité ! Messieurs, le drapeau qui se déploie sur nos têtes porte donc cette devise : *Liberté ! Egalité ! Fraternité !* Cette fois, j'ose en répondre, *elle ne sera pas* un mensonge. »

L'assemblée n'a pas accueilli avec moins de sympathie le discours du ministre de l'intérieur, principalement lorsqu'il a mis en regard la réunion pacifique dont la Belgique est aujourd'hui le théâtre, et les sanglantes mêlées que les querelles de l'Europe ont si longtemps attirées sur son territoire.

On nous signale, au milieu de beaucoup de notabilités étrangères à la Belgique, MM. Graefe, Donders, Jaeger, Arlt, von Ammon, Desmarres, Serres (d'Uzès), Sperino, Quadri, Marquez (du Portugal), Kabalt (de Russie), etc.

Nous n'avons pas l'intention d'analyser tous les travaux du Congrès ; mais nous sommes en mesure de reproduire les communications et les discussions les plus importantes.

A. Dechambre et Ar. Verneuil.

II.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

De la mélanémie, altération du sang par des granules et des corpuscules de pigment, par le docteur J.-M. Charcot, médecin des hôpitaux.

Des travaux récents ont appelé l'attention des médecins sur un ordre de faits pathologiques dans lesquels à une altération toute spéciale et jusqu'alors non encore décrite du sang et des viscères, viendrait se joindre un ensemble de symptômes particuliers. L'altération du sang consiste essentiellement dans la présence, au sein de ce liquide, d'un nombre plus ou moins considérable de granulations, de corpuscules ou de cellules pigmentaires ; celle des viscères est en grande partie le résultat de l'accumulation de ces mêmes corpuscules de pigment dans la cavité même des vaisseaux capillaires ; quant aux symptômes qu'il conviendrait de rattacher à ces diverses altérations, ils varieraient singulièrement, principalement en raison du siége et de l'étendue des lésions. Ces lésions et ces symptômes ne paraissent pas devoir constituer une maladie primitive et ayant une existence réellement à part ; on les voit habituellement se manifester dans le cours ou à la suite des fièvres intermittentes, et leur étude devra peut-être un jour former un chapitre important dans l'histoire générale de l'intoxication paludéenne. Le terme Mélanémie (*melanæmia*) a été unanimement accepté en Allemagne pour spécifier les cas dont il s'agit en raison de l'altération particulière du sang, qui est un de leurs traits les plus caractéristiques.

Les travaux concernant la mélanémie sont peu nombreux ; ils ont été presque tous publiés en Allemagne ; tous sont de date récente : Bailly (1) et M. Maillot (2), il est vrai, avaient déjà fait remarquer l'existence fréquente d'une coloration ardoisée toute spéciale de la substance corticale du cerveau chez les individus qui succombent aux fièvres intermittentes ; Billard (3) et R. Bright (4) avaient rencontré cette même coloration de la substance grise cérébrale chez des individus morts à la suite d'accidents cérébraux dont la nature était restée douteuse ; cette coloration était, suivant toute probabilité, le résultat d'une altération pigmentaire ; mais sa

(1) Bailly, *Traité des fièvres intermittentes*. Paris, 1825.
(2) *Traité des fièvres ou irritations spinales intermittentes*. Paris, 1836.
(3) *Archives générales de médecine*, t. IX, 1825, p. 492.
(4) *Reports of Medical Cases*. London, 1831, pl. XVII, XIX, cap. CI.

---

eu, pourtant, dans la circonstance, quelques inconvénients ? On le sent tout de suite, beaucoup de personnes ne viennent au congrès que pour y produire, sur la matière générale des discussions, des vues particulières, auxquelles ils trouvent bon, et pour la science et pour eux-mêmes, de donner une grande publicité. Ils espèrent dissiper, au sujet de ces vues, des préventions, des malentendus, des obscurités. Pour ces personnes, un programme de questions est déjà un sujet de contrariété, parce que c'est un cercle déterminé dans lequel ils ne sont pas sûrs de pouvoir entrer. Pourtant, avec un peu d'adresse, la chose n'est pas encore bien difficile. Mais un *projet de solution*, c'est tout autre chose. Ce qui n'est intentionnellement que le commentaire raisonné de la question à résoudre, devient, bon gré mal gré, le texte même de la discussion. Aussi qu'est-il arrivé ? On a, certes, permis des discussions « franches et loyales » sur tous les points ; mais des savants considérables ont dû garder pour une autre occasion l'exposé de travaux, de vues originales qui se heurtaient aux exigences du programme, et auxquelles le président, fidèle observateur de la règle, était obligé de barrer le passage. Je sais bien que le but du comité a été atteint : le congrès a approuvé et regardé comme *sa production*, comme l'expression de sa propre pensée, sauf de très légères modifications, un programme rempli à l'avance. C'est pour le comité un triomphe dont il a le droit de se glorifier, bien que nous ne puissions nous bercer de l'espoir que l'ophthalmologie en soit déjà arrivée à ce point de perfection qu'il soit aussi facile de se mettre d'accord. Mais nous aurions souhaité au moins qu'une séance spéciale fût réservée pour la production de travaux ou de communications orales non indiquées ou non prévues dans le projet de solution, voire de celles qui touchent aux doctrines.

Toutes ces remarques, qui seraient au moins l'écho fidèle de ce que nous avons entendu, si elles n'étaient le résultat de nos propres impressions, ne peuvent atténuer en rien la reconnaissance que mérite le comité, que méritent surtout le vénérable président et l'actif secrétaire général du congrès. Ce n'est qu'à force de lutter contre des difficultés nombreuses et des ennuis de tout genre qu'ils sont parvenus à organiser une réunion sans précédents. Il serait

signification devait rester ignorée à une époque où l'usage du microscope était loin d'être répandu.

Dès 1847, H. Meckel (1) rencontra des corpuscules de pigment dans le sang d'un aliéné qui avait succombé à la phthisie pulmonaire. La rate, le foie et le cerveau présentaient à un haut degré l'altération pigmentaire. L'existence de la fièvre intermittente ne se trouve pas notée parmi les antécédents de ce malade.— Deux ans après, Virchow (2) observa de nombreuses cellules pigmentaires dans le sang d'un homme qui était devenu hydropique à la suite de fièvres intermittentes prolongées : la rate et le foie contenaient en abondance des corpuscules de pigment.—Peu de temps après, Heschl (3) a étudié avec beaucoup de soin les altérations pigmentaires qui se développent dans la rate, le foie et les glandes mésentériques à la suite des fièvres intermittentes.— Dans un second travail, Meckel (4) a repris l'étude de la mélanémie et il a reconnu la relation qui existe entre elle et les maladies paludéennes. — Le travail de Planer (5) sur le même sujet contient des observations nombreuses suivies d'autopsie. Malheureusement l'histoire de la maladie y est toujours indiquée d'une manière très incomplète.— L'épidémie de fièvres intermittentes qui a sévi en Silésie pendant l'été de 1854 à la suite de grandes inondations, a fourni au docteur Frerichs (6) l'occasion d'étudier l'affection mélanémique sur une grande échelle. Dans son travail, l'auteur a pris surtout pour tâche d'élucider le point de vue clinique. Il est à regretter qu'il n'ait pas étayé ses descriptions d'un certain nombre d'observations particulières.— Rokitansky et Wedl ont traité de la question dans divers endroits de leurs traités d'anatomie pathologique; Griesinger (7) lui a accordé quelques développements dans un article consacré à l'étude des maladies paludéennes.— C'est évidemment au même ordre de faits qu'il faut rattacher les observations publiées par le docteur Tigri sous le nom de *milza nera* (rate noire), et dont on trouve l'analyse et la critique dans le présent volume de la GAZETTE HEBDOMADAIRE (8).

(1) *Zeitschrift für Psychiatrie, von* Damerow, 1847.
(2) *Archiv. für patholog. Anat.*, 1849.
(3) *Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 1850.
(4) *Deutsche Klinik*, 1850, 50.
(5) *Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 10 Jahr, 1 Bd., 1854, p. 127, 280.
(6) *Zeitschrift für klinische Medizin.*, *von* Günsburg, 1855-6, p. 321.
(7) *Handbuch der spec. Patholog.*, *von* Virchow, 2 Bd, 2 Ab., 1 Heft., 1857, p. 5.
(8) Juin 1857. — Le docteur Fuehrer a parlé incidemment de la mélanémie dans un mémoire sur les altérations de la rate. (*Archiv von* Vierordt, 15 février 1856, et *Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 43.)

Tels sont, à notre connaissance du moins, les seuls travaux qui aient été publiés sur la mélanémie; les documents qu'ils renferment sont, il faut l'avouer, souvent imparfaits, et ils ne permettent certainement pas d'édifier une histoire complète : de nouvelles recherches sont nécessaires tant pour contrôler les faits acquis que pour combler les nombreuses lacunes qui existent encore. L'occasion d'entreprendre un semblable travail ne peut malheureusement pas manquer de se présenter un jour ou l'autre, principalement dans les contrées où les fièvres intermittentes règnent d'une manière endémique. C'est pourquoi nous avons cru utile d'exposer, de coordonner les plus importants des documents qu'on possède sur la question, nous réservant d'en faire, chemin faisant, la critique, autant du moins que cela est possible lorsqu'il s'agit d'un sujet sur lequel on ne possède aucune expérience personnelle.

§ Ier.

Le pigment qu'on trouve mêlé au sang dans la mélanémie se montre sous plusieurs aspects. Ce sont d'abord des granulations arrondies, de couleur noire, plus rarement de couleur brune, brun jaunâtre ou même rouge. Ces granulations existent quelquefois à l'état de liberté; mais le plus souvent elles s'agglomèrent au nombre de 2 ou 3, ou même plus encore, et paraissent alors enveloppées d'une substance hyaline, transparente, soluble dans les alcalis et dans les acides. Il en résulte des corpuscules de forme arrondie ou ovale, généralement très irrégulière, et dont le volume varie de 0mm,003 à 0mm,012. En raison de l'irrégularité même de leur forme et de l'absence habituelle d'un noyau distinct, ces corpuscules ne paraissent avoir avec les cellules proprement dites que des analogies éloignées. Ainsi pensent le professeur Meckel et le docteur Planer. Toutefois, dans un cas observé par le professeur Virchow, les granules de pigment étaient contenus dans de véritables cellules, dont les unes étaient allongées en manière de fuseau, tandis que les autres rappelaient par leur forme et par leur aspect les globules blancs du sang. Cette observation de Virchow a été confirmée par les recherches de Frerichs, qui a rencontré aussi dans un certain nombre de cas, et en particulier dans le sang de la veine porte, des corpuscules pigmentaires qui présentaient tous les caractères de cellules à noyau. Le pigment se rencontre encore sous forme de fragments, ou, si l'on peut ainsi dire, de petits blocs (*Scholle*) dont le volume peut atteindre 0mm,05. La configuration de cette variété de corpuscules est

---

fort injuste, parce qu'ils n'ont peut-être pas ouvert la porte assez largement, de ne pas leur savoir le plus grand gré du beau résultat qu'ils ont obtenu.

PAUL PICARD.

— Le docteur Armand Paulin, médecin de l'École normale supérieure, vient de succomber à une apoplexie pulmonaire. M. de Sainte-Beuve, qui tient de près à la famille médicale, a prononcé de touchants adieux sur la tombe de son ami.

— Une autre mort bien triste, et que rendront plus sensible encore au corps médical et son respect pour la mémoire d'un de ses maîtres les plus regrettés, et son affection pour un chirurgien qui porte si dignement le nom de son père, est la mort de M. Gustave Richard, fils de l'ancien professeur de botanique, et frère de M. Adolphe Richard, chirurgien des hôpitaux. M. Gustave Richard a succombé à un abcès du foie.

— On nous annonce également la mort de M. le docteur Salgues, professeur titulaire de clinique interne, directeur honoraire de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

EMPOISONNEMENT PAR UNE ROBE. — On lit dans la *Presse médicale belge* : « Dernièrement, une dame avait acheté, dans un des grands magasins de Paris, de la gaze d'une couleur vert-pomme magnifique, pour en faire une robe de bal. Cinq des ouvrières employées à la confection de cette robe furent atteintes, pendant leur travail, d'accidents plus ou moins graves. L'autorité ayant été prévenue de cet événement, M. Payen fut chargé d'examiner l'étoffe en question.

» Ce chimiste reconnut : 1° que la gaze était colorée avec du vert de Schweinfurt (arsénite de cuivre) ; 2° que la matière colorante était peu adhérente à l'étoffe et s'en détachait avec une très grande facilité ; 3° que l'étoffe, colorée de cette manière, exposait à des accidents et les ouvriers qui la préparent, et les commis qui la mettent en vente, et les ouvrières qui la travaillent.

» Des mesures ont été prises pour que ces étoffes dangereuses, fabriquées dans les villes manufacturières, ne soient pas livrées au commerce. »

toujours des plus irrégulières; ils ont des contours anguleux et prennent les formes les plus variées : on dirait des fragments violemment détachés d'une masse primitivement plus considérable. Ils ont une coloration uniformément noire ou brune, ou bien encore ils sont mi-partis de brun et de noir. Enfin, on les voit assez souvent enveloppés d'une substance hyaline qui forme à leur pourtour une sorte d'aréole transparente. — Planer a rencontré deux fois, dans le ventricule gauche du cœur, des corpuscules transparents qui renfermaient à leur centre, outre les granules de pigment, de deux à trois cristaux d'hématoïdine d'une belle couleur rouge et d'une configuration géométrique très nette.

Parmi les corpuscules pigmentaires, il en est un certain nombre qui pâlissent alors qu'on fait intervenir les acides ou les alcalis caustiques : ce sont sans doute ceux dont la formation est la plus récente; les autres, apparemment de date plus ancienne, résistent, au moins pendant fort longtemps, à l'action de ces mêmes agents. Meckel est parvenu, dans certains cas, à produire à l'aide du chlore des décolorations complètes; mais Planer a répété cette expérience sans arriver au même résultat.

Le nombre des corpuscules de pigment varie singulièrement, suivant les cas. Le plus souvent on en compte de dix à quinze au plus sous le champ du microscope. Ces particularités peuvent être pour la plupart aisément constatées alors qu'on extrait, pendant la vie, une petite quantité de sang par le moyen d'une légère piqûre ou d'une scarification superficielle.

Outre les corpuscules de pigment, on trouve encore dans le sang des mélanémiques de petits caillots hyalins qui ne renferment pas de matière colorante. Leur transparence complète fait qu'ils peuvent aisément passer inaperçus. — Les globules rouges du sang ont diminué de nombre; ils ne présentent, d'ailleurs, aucune altération.— Meckel a observé dans certains cas une augmentation de proportion des globules blancs du sang. Mais cela est loin d'être constant, et, dans la plupart des cas, le nombre de ces globules reste dans les limites normales.

On ne sait rien de bien positif relativement au mode de répartition des corpuscules pigmentaires dans les diverses parties des systèmes artériel et veineux. Frerichs a cru remarquer cependant que, dans le système de la veine porte, ces corpuscules sont habituellement plus abondants qu'ailleurs; ils s'y rencontrent aussi plus souvent avec les caractères de véritables cellules. Pour ce qui concerne les vaisseaux capillaires, c'est d'une manière générale, dans la cavité même de ces vaisseaux, et non pas en dehors d'eux, dans les cellules des parenchymes, par exemple, ou dans les intervalles des cellules, que paraissent siéger surtout les corpuscules pigmentaires qui donnent aux organes une coloration brune d'autant plus foncée qu'ils s'y amassent en nombre plus considérable. D'après cela, on peut admettre que la répartition du pigment dans les différentes régions du système capillaire est fort inégale; car les divers organes sont loin de présenter tous au même degré l'altération mélanotique. La rate présente les lésions les plus prononcées et les plus constantes; viennent ensuite le foie, le cerveau, et enfin les reins, les ganglions lymphatiques, etc.

La rate est volumineuse, d'une consistance molle et friable, principalement lorsque l'affection est de date récente; elle est au contraire petite, plus petite même qu'à l'état normal, et d'une consistance très dure, si la maladie a été de longue durée. Sa couleur est d'un rouge-brun, chocolat, violet foncé, ou encore noire et véritablement charbonneuse (*milza nera* de Tigri). Les teintes les plus sombres correspondent naturellement aux degrés les plus avancés de l'altération. On a remarqué que le pigment se rencontre fort rarement dans les cellules spléniques ou dans les corpuscules de Malpighi. On en a conclu qu'il s'accumule presque exclusivement dans les cavités des sinus vasculaires de la rate : c'est tout ce qu'on pouvait faire, en raison de l'état peu avancé de nos connaissances concernant l'histologie normale de cet organe.

Le foie peut, suivant les cas, n'avoir pas changé de volume, ou présenter des dimensions exagérées; il est quelquefois manifestement atrophié (1), principalement dans les cas anciens. Il est habituellement d'une teinte grise ardoisée plus ou moins foncée, et la coloration anormale y est uniformément répandue, ou, au contraire, disposée sous forme de plaques, de marbrures. Il est facile de s'assurer, en examinant des coupes rendues transparentes à l'aide d'une solution alcaline ou de l'acide acétique, que les corpuscules colorés siégent à peu près uniquement dans les vaisseaux capillaires de l'organe; on les rencontre rarement dans les cellules hépatiques ou dans leurs interstices (Heschl, Frerichs, Wedl).

Bailly et M. Maillot avaient, nous l'avons dit, remarqué que la substance corticale du cerveau présente souvent une teinte ardoisée toute particulière chez les individus qui ont succombé à la suite de fièvres intermittentes malignes. Mais c'était là un fait d'observation dont la signification et dont la portée étaient restées ignorées. Cette coloration anormale, ainsi que Meckel et Planer l'ont démontré, dépend de l'accumulation, dans les très petits vaisseaux (2) qui composent le réseau capillaire de la substance grise, d'une quantité plus ou moins considérable de corpuscules de pigment; elle peut se montrer non-seulement dans la couche corticale, mais encore, bien qu'à un degré moins prononcé, dans toutes les autres parties de l'encéphale et de la moelle, qui contiennent des cellules ganglionnaires. Elle se répand en teintes uniformes, ou produit des taches, des marbrures, ou bien encore un pointillé très fin et très serré. La substance blanche, à part les cas d'une intensité exceptionnelle, est généralement respectée. L'entassement des corpuscules de pigment dans les capillaires est quelquefois porté à un tel point, que la lumière de ces vaisseaux est littéralement oblitérée, et que leurs parois sont fortement distendues, comme cela arriverait par le fait d'une injection heureuse. Il n'est pas rare de rencontrer alors, dans les diverses parties de l'encéphale qui présentent la teinte ardoisée, de nombreux foyers d'apoplexie capillaire (Meckel, Planer, Frerichs). L'hémorrhagie cérébrale proprement dite n'a pas été rencontrée en pareil cas; il n'en est pas de même de l'hémorrhagie méningée, dont l'existence a été quelquefois signalée.

Lorsque les reins sont altérés, les vaisseaux de la substance corticale et des glomérules de Malpighi sont oblitérés, par suite de l'agglomération des corpuscules de pigment; les pyramides sont habituellement intactes. L'altération pigmentaire se rencontre assez fréquemment dans les glandes lymphatiques, les membranes muqueuses, le poumon; mais elle ne paraît pas y exister jamais à un degré très marqué.

(1) Voir dans Haspel (*Maladies de l'Algérie*, p. 335) un cas qui se rapporte très probablement à cette atrophie du foie consécutive à l'altération pigmentaire.

(2) Suivant Kœlliker, les plus petits capillaires de l'encéphale ont seulement de 0m,0022 à 0m,002 de diamètre.

Les corpuscules colorés que renferme le sang des mélanémiques sont doués, comme on l'a vu, de tous les caractères anatomiques ou chimiques qui distinguent les diverses variétés de la matière pigmentaire; ils appartiennent donc à ce groupe de substances qui tirent leur origine de la dissolution, ou, comme on dit encore, de la *métamorphose régressive* que subissent les globules rouges du sang dans certaines circonstances pathologiques. Le plus habituellement ces métamorphoses, qui aboutissent à la formation des granules de pigment, s'opèrent aux dépens du sang extravasé dans l'épaisseur d'un tissu, d'un parenchyme; mais, dans les cas qui nous occupent, c'est au sein même du système vasculaire qu'elles doivent avoir lieu, puisque l'étude anatomique ne permet pas de reconnaître l'existence d'infiltrations de foyers hémorrhagiques, où se formeraient d'abord les corpuscules de pigment, pour passer de là dans le torrent circulatoire. Il paraît peu probable, toutefois, que la destruction des globules rouges s'opère indistinctement et au même degré dans tous les points du système vasculaire. Il est des organes qui, comme la rate et le foie, par exemple, réunissent les conditions les plus favorables à cette destruction. La rate, en particulier, est creusée de vastes sinus vasculaires qui permettent la stagnation et favorisent sans doute les métamorphoses des globules du sang; elle renferme souvent, même dans l'état physiologique, des corpuscules de pigment analogues à ceux qui s'y accumulent en si grand nombre en cas de mélanémie. L'observation a fait voir, enfin, que les altérations pigmentaires y sont généralement plus prononcées et plus constantes que partout ailleurs. Ainsi, la rate peut être profondément altérée alors que le foie, les reins et le cerveau ne le sont pas ou le sont à peine, et ceux-ci ne sont jamais lésés sans que celle-là ne le soit en même temps et à un plus haut degré (1). Ces arguments, et d'autres encore dont l'exposition nous entraînerait trop loin, ont paru suffisants pour faire admettre que les corpuscules de pigment se développent primitivement et exclusivement dans la rate, et peut-être aussi dans le foie et les ganglions lymphatiques. Une fois parvenus dans le torrent circulatoire, ceux de ces corpuscules qui ne sont pas retenus dans les petits vaisseaux du foie s'accumuleraient dans les divers organes, mais plus particulièrement dans le cerveau et dans les reins, en raison des conditions anatomiques toutes spéciales qu'y présente le système capillaire. Telle est, en résumé, la théorie émise par Meckel et Frerichs et adoptée, à quelques variantes près, par la plupart des auteurs: nous n'entreprendrons pas de la discuter. Nous pensons, en effet, que la solution des questions qu'elle soulève pourra être obtenue seulement à l'époque où la physiologie aura pénétré, plus avant encore qu'elle ne l'a fait jusqu'à ce jour, dans l'étude des phénomènes de la formation et, si l'on peut ainsi dire, de la *déformation* des divers éléments constitutifs du sang.

La mélanémie se développe à peu près exclusivement dans le cours ou à la suite des fièvres intermittentes; c'est là un point sur lequel s'accordent tous les auteurs qui se sont occupés du sujet. On l'a bien quelquefois rencontrée dans des circonstances où la fièvre d'accès n'avait pas été notée parmi les antécédents des malades; mais les observations de ce genre sont généralement défectueuses, et elles commandent la plus grande réserve. — Jusqu'à présent rien ne prouve que la mélanémie puisse exister à titre d'affection primitive et indépendante de toute autre maladie; de nouvelles recherches sont également nécessaires pour décider s'il faut lui rapporter les cas de pyémie, de typhus, de gangrène, auxquels Rokitansky fait allusion dans son *Traité d'anatomie pathologique*, et dans lesquels le sang contenait un certain nombre de corpuscules de pigment. — Si l'on en juge d'après le travail de Frerichs, l'altération pigmentaire constituerait une complication fréquente de la fièvre intermittente, au moins dans certaines épidémies; le docteur Magnus Huss assure l'avoir rencontrée à peu près constamment dans les cas nombreux de cachexie paludéenne qu'il a observés à Stockholm pendant ces trois dernières années (1). On ignore d'ailleurs quelles sont les circonstances qui favorisent son développement. Peut-elle se surajouter à peu près indifféremment à toutes les formes de l'intoxication palustre? Meckel est porté à penser qu'elle se manifeste principalement dans les cas où les accès présentent une certaine intensité et dans ceux où la rate acquiert un grand développement. Mais Planer l'a vue tantôt coïncider avec des accès d'intensité moyenne, et tantôt aussi faire complétement défaut, dans des cas où cependant la rate aurait acquis un volume considérable à la suite de fièvres intermittentes prolongées. Dans l'épidémie qui a été pour Frerichs l'occasion de ses recherches, la fièvre était le plus souvent de type quotidien ou tierce, rarement quarte; l'apyrexie était souvent imparfaite, et la maladie avait une tendance manifeste à prendre le type rémittent ou même continu. Les accidents cérébraux étaient des plus fréquents. — On ignore à quelle époque de la maladie la mélanémie prend naissance, mais il est certain qu'elle peut survivre aux accès même pendant un temps fort long. Dans plusieurs des observations rapportées par Planer, les malades présentaient les accidents de la cachexie paludéenne à un degré plus ou moins marqué, et chez eux les accès avaient cessé d'exister quelquefois depuis plusieurs semaines ou même depuis plusieurs mois.

§ II.

Existe-t-il en réalité des troubles fonctionnels qui appartiennent en propre à la mélanémie et qui justifient son admission dans le domaine nosographique et clinique à titre, par exemple, d'élément pathologique pouvant s'associer aux diverses maladies dérivées de l'intoxication palustre? — Il faut remarquer tout d'abord que, de l'aveu de tous les auteurs, on peut sur le cadavre rencontrer l'altération pigmentaire du sang et des viscères, même à un degré assez marqué, sans qu'elle ait été révélée par des symptômes ou des accidents capables d'en faire soupçonner la présence. Planer a rencontré plusieurs cas de cette espèce: toujours la fièvre intermittente, lorsque son existence avait été signalée parmi les circonstances étiologiques, remontait en pareil cas à plusieurs années, et elle était depuis longtemps guérie. Dans tous ces cas, la mort était survenue par suite des maladies les plus diverses, et dans lesquelles la mélanémie ne paraît avoir joué aucun rôle; mais les faits de ce genre sont exceptionnels et, en règle générale, à des altérations anatomiques un peu prononcées semblent correspondre des perturbations fonctionnelles dont la nature et dont l'intensité varient suivant le siége et l'étendue de la

(1) Frerichs a rapporté un cas exceptionnel dans lequel la rate ne présentait pas l'altération pigmentaire, tandis que le foie la présentait à un haut degré. Ce fait démontre, suivant l'auteur, que la rate n'est pas le seul organe où s'opère la destruction des globules rouges du sang. (*Loc. cit.*, p. 329.)

(1) *Archives générales de médecine*, septembre 1857, p. 303.

lésion. Reste à savoir s'il existe réellement entre ces lésions et ces symptômes un rapport de causalité bien légitimement établi.

Les troubles fonctionnels qu'on s'est efforcé de rattacher aux vices anatomiques de l'encéphale propres aux mélanémiques, se présentent sous des formes assez variées : ce sont, dans les cas légers, de la céphalalgie, des vertiges, et dans les cas graves du délire, du coma, quelquefois même, bien qu'assez rarement, des convulsions ou des paralysies. Tantôt ces accidents éclatent à l'improviste, sans prodromes; tantôt ils sont précédés de symptômes qui permettent jusqu'à un certain point d'en prédire l'apparition. Le plus souvent peut-être ils s'accroissent progressivement, d'une manière presque continue, jusqu'à la terminaison fatale; mais quelquefois aussi on les voit revêtir le type intermittent, quotidien ou tierce. Ils peuvent enfin, et c'est là un point qu'il est important de faire ressortir, se manifester aux époques les plus diverses de la maladie primitive, à laquelle ils se surajoutent : tantôt, en effet, c'est pendant les premières phases de l'intoxication palustre qu'ils éclatent, et ils se mêlent alors, en les modifiant plus ou moins profondément, aux symptômes accoutumés de la fièvre intermittente simple ou maligne; d'autres fois, au contraire, les accès fébriles ont cessé depuis un temps plus ou moins long, et l'intoxication ne se révèle plus guère que par un degré plus ou moins prononcé, et quelquefois même à peine saisissable, de la cachexie qui lui est particulière.

Dans les cas où des accidents cérébraux attribués aux altérations pigmentaires de l'encéphale viennent compliquer les accès de fièvre intermittente, on comprend, *à priori*, combien il sera difficile de les démêler au milieu des symptômes si variés que ces accès peuvent s'adjoindre. Ces accidents, en effet, quelle que soit d'ailleurs la forme qu'ils revêtent : céphalalgie, vertiges, délire, coma, accès épileptiformes existant isolément, ou encore se succédant et s'entremêlant; ces accidents, si l'on en croit la description donnée par Frerichs, éclatent pendant le cours des accès fébriles, et ils peuvent disparaître complétement lorsque l'accès lui-même est terminé; le plus souvent, cependant, ils persistent à un certain degré pendant l'intermission; mais alors même qu'il en est ainsi, leur intensité diminue habituellement d'une manière très manifeste dans l'intervalle des accès. S'ils s'accroissent d'une manière progressive, s'ils tendent à revêtir le type rémittent ou décidément continu, la fièvre aussi affecte les mêmes allures. — Tel est, en raccourci, le tableau présenté par le docteur Frerichs, des accidents cérébraux qui dépendraient de l'altération pigmentaire de l'encéphale. Y découvre-t-on des caractères véritablement spécifiques? Pour nous, nous n'y pouvons saisir aucun trait qui ne puisse s'adapter parfaitement et de tous points à la description classique des fièvres comateuses, apoplectiques, léthargiques, épileptiques, etc., telle qu'elle a été établie par les travaux impérissables des Mercado, des Morton, des Werlhoff, des Torti et de tant d'autres. Or, toutes ces formes graves de l'intoxication palustre, même dans leur type de développement le plus parfait, amènent quelquefois la mort sans laisser dans l'organisme de traces de leurs ravages (1). L'action directe du poison morbide sur les centres nerveux paraît suffire à elle seule pour produire les désordres fonctionnels les plus redoutables; et si l'on rencontre parfois à l'autopsie, soit dans l'encéphale, soit ailleurs, des lésions plus ou moins profondes, telles que la congestion sanguine des membranes, le piqueté du cerveau et l'exhalation de sérosité dans les cavités cérébrales, elles sont de seconde date et n'ont, en règle générale, joué dans le drame pathologique qu'un rôle évidemment accessoire. Ce point litigieux naguère de l'histoire des fièvres pernicieuses a été, ce nous semble, complétement élucidé par les recherches des médecins modernes; la plupart des auteurs qui ont sur ce sujet une expérience propre s'accordent à le reconnaître. L'altération pigmentaire de l'encéphale en particulier ne saurait être évidemment considérée comme la cause unique qui détermine la production des troubles cérébraux dans les fièvres céphaliques : elle n'existe pas dans tous les cas; on la rencontre dans des fièvres où les troubles cérébraux n'ont pas existé; elle n'est pas toujours proportionnée à l'intensité des symptômes : comment comprendre enfin qu'une lésion permanente puisse occasionner des désordres qui reparaissent et s'effacent tour à tour, suivant un type parfois très régulier? Mais ces réserves étant faites, il n'est pas impossible d'admettre que l'obstruction des vaisseaux capillaires du cerveau ou des méninges par les corpuscules de pigment puisse avoir, lorsqu'elle existe à un haut degré, une certaine part dans la production de quelques accidents des fièvres comateuses. L'obstacle qu'une pareille lésion apporte au cours du sang prédispose évidemment à la formation des foyers d'apoplexie capillaire, des ramollissements cérébraux, des hémorrhagies méningées que l'on rencontre assez fréquemment sur les cadavres des individus qui ont succombé à la suite de ce genre de fièvre (1). D'un autre côté, l'existence de ces apoplexies capillaires, de ces hémorrhagies méningées, n'est-elle pas, dans quelques cas au moins, la cause qui fait que certaines fièvres soporeuses résistent parfois dès l'origine à l'emploi le plus méthodique de la médication quinique, et marchent fatalement, invinciblement vers une terminaison funeste? S'il en est ainsi, et nous sommes disposé à le croire, on comprend qu'il serait important de pouvoir distinguer, à certains caractères cliniques, les cas de cette espèce. L'examen microscopique du sang pendant la vie rendrait sans doute ici quelques services; peut-être pourrait-on, d'après le nombre et le volume des corpuscules pigmentaires qui circulent avec ce liquide, arriver à préjuger assez exactement l'état des viscères en général, et en particulier celui de l'encéphale.

Quelquefois l'affection cérébrale se montre, comme il a été dit, indépendante des accès de fièvre intermittente : elle peut alors éclater à l'improviste et avec une intensité telle, qu'elle aboutit rapidement à une terminaison funeste; elle survient dans les cas même où les individus se sont soustraits par un changement de lieu à l'action délétère du miasme paludéen; on n'y observe pas ces prodromes qui, dans la grande majorité des cas, signalent la venue des accès pernicieux même les plus foudroyants; en d'autres termes, elle n'est pas précédée de ces accès bénins en apparence, mais où prédomine cependant quelque symptôme empreint de malignité et dont Torti disait, dans son beau langage, que c'est le petit d'un tigre, farouche déjà bien qu'à peine né (2); à la céphalalgie, à la somnolence, succède rapidement un coma profond, et le malade

(1) Dans deux cas de fièvre soporeuse, mais plutôt rémittente qu'intermittente, observés par M. Nepple, il n'existait aucune lésion appréciable du cerveau et des méninges ; le cerveau était plutôt pâle et les vaisseaux exsangues. Les ventricules contenaient un peu de sérosité. (Monneret et Fleury, *Compendium de médecine pratique*, t. V, p. 335.) On pourrait aisément multiplier ces exemples.

(1) Voir à ce sujet : Jacquot, *Mémoire sur les fièvres comateuses*, etc., obs. III, p. 15, 1849, et *Gazette médicale;* Haspel, *Maladies de l'Algérie*, obs. IV, V, p. 268, 270. Paris, 1850.

(2) Torti, *Therapeutice specialis*, p. 128. Venise, 1743.

succombe de un à six jours après le début des premiers accidents, ou bien il tombe comme frappé d'apoplexie, et la mort est presque subite. A l'autopsie on trouve les vaisseaux capillaires de la substance grise du cerveau distendus par une quantité souvent considérable de corpuscules pigmentaires; l'encéphale est parfois en outre parsemé de nombreux foyers d'apoplexie capillaire; il peut se faire enfin que l'hémorrhagie méningée soit venue s'ajouter à ces lésions diverses. Planer a rapporté plusieurs faits de cette espèce recueillis dans le grand hôpital de Vienne. Il est difficile, ce nous semble, d'y méconnaître l'influence puissante sinon exclusive qu'ont eue les altérations pigmentaires sur la production des phénomènes cérébraux. Malheureusement, les observations relatives à cet ordre de faits sont peu nombreuses, et elles manquent pour la plupart de la précision qu'on exige, avec raison, aujourd'hui: c'est donc là un sujet qui réclame de nouvelles recherches. Si l'on venait à établir, par des observations suffisantes, l'existence d'affections cérébrales subordonnées à la mélanémie et survenant inopinément chez les individus qui ont subi autrefois l'intoxication palustre, il faudrait mettre ces affections en parallèle avec celles qui paraissent dépendre d'une sorte d'apoplexie séreuse et sur lesquelles MM. Jacquot, Catteloup et Haspel ont appelé l'attention dans ces derniers temps (1); car elles ont une même physionomie et elles se montrent dans des circonstances analogues. Il faudrait aussi, pour le diagnostic, tenir compte des cas où les troubles cérébraux qui surviennent dans le cours de la cachexie paludéenne sembleraient liés à une altération des reins qui aurait été révélée par une albuminurie plus ou moins prononcée.

Des troubles cérébraux d'un autre genre ont encore été rattachés à la mélanémie. Sydenham a parlé, dans plusieurs endroits de ses œuvres (2), d'une sorte d'aliénation mentale qui surviendrait à la suite des fièvres intermittentes prolongées; cette observation de l'illustre médecin anglais n'a pas été, que nous sachions, confirmée par les auteurs subséquents. Le docteur Frerichs a rencontré deux cas où des troubles intellectuels durables se sont développés consécutivement à la fièvre intermittente. Un de ces cas est relatif à une dame âgée de quarante ans et qui avait éprouvé une fièvre quotidienne soporeuse; elle était tombée, à la suite de cette fièvre, dans une sorte de démence qui, deux mois après la cessation des accès, était encore en voie de progression. Dans l'autre cas, il s'agit d'une petite fille de neuf ans, jouissant autrefois d'une intelligence bien développée, mais qui devint complétement idiote après avoir éprouvé une fièvre tierce de forme céphalique. Les troubles cérébraux dépendaient-ils ici, ainsi que l'auteur paraît disposé à l'admettre, d'une atrophie de la substance corticale du cerveau consécutive à l'oblitération des vaisseaux capillaires par les corpuscules de pigment? Ces deux faits ont été recueillis par le docteur Frerichs, pendant une excursion qu'il fit en Pologne, dans une contrée où régnaient alors des fièvres intermittentes graves; ils ne sont pas présentés avec des détails suffisants pour que nous puissions entrer dans les discussions qu'ils soulèvent. Nous nous contenterons de les avoir indiqués.

L'albuminurie, liée à la fièvre intermittente, est quelquefois passagère : elle augmente pendant les accès, diminue ou disparaît complétement lors des intermissions, et cesse d'exister au moment même où la fièvre est guérie ou peu de temps après la guérison. Les modifications que peut avoir subies le parenchyme rénal, en pareil cas, sont nécessairement légères et fugaces ; mais, d'autres fois, l'albuminurie persiste longtemps après la cessation des accès et revêt décidément la forme chronique (1). Alors, d'après les observations de Frerichs et de Griesinger, on rencontre souvent dans les urines, outre une quantité d'albumine plus ou moins considérable, des cylindres fibrineux microscopiques analogues à ceux qui ont été considérés, dans ces derniers temps, comme constituant un des caractères de la maladie de Bright; seulement, dans les cas qui nous occupent, les cylindres contiennent quelquefois dans leur épaisseur des granulations et des corpuscules pigmentaires semblables à ceux qui existent dans le sang.

L'altération pigmentaire de la substance corticale des reins peut-elle être rangée parmi les causes organiques de cette albuminurie persistante qui succède aux fièvres d'accès? Planer et Frerichs ont recueilli un certain nombre de faits qui rendent cette opinion assez probable. La gêne mécanique qu'éprouve le cours du sang dans son trajet à travers le tissu du rein, par suite de l'oblitération plus ou moins complète du système capillaire de l'organe, pourrait peut-être, en pareille circonstance, rendre compte du passage de l'albumine dans les urines. Quoi qu'il en soit, un semblable vice anatomique est bien de nature, on le conçoit, à favoriser la production de l'albuminurie, quelle que soit, d'ailleurs, la cause qui la provoque.—Blackall (2), MM. Rayer (3) et Bouillaud (4) ont rencontré des cas d'hydropisie avec urine coagulable, développée à la suite de fièvres intermittentes prolongées, qui se comportaient à tous égards à la manière de la néphrite albumineuse, et résistaient à l'emploi des moyens thérapeutiques à l'aide desquels on triomphe le plus habituellement des divers accidents de la cachexie palustre. Dans un cas du même genre, observé par M. Néret, l'autopsie fut pratiquée, et les reins présentèrent d'une manière non équivoque l'altération propre à la maladie de Bright (5). Il semble établi, d'après cela, que l'albuminurie consécutive à la fièvre intermittente est quelquefois le symptôme d'une véritable néphrite albumineuse. Les faits de cet ordre devraient être distingués de ceux dans lesquels l'obstruction des vaisseaux capillaires de la substance corticale du rein par des corpuscules de pigment pourrait être invoquée pour expliquer le passage de l'albumine dans l'urine. Cette obstruction, en effet, alors même qu'elle date de loin et qu'elle est très prononcée, n'engendre, paraît-il, que bien rarement des modifications un peu profondes dans le tissu même des reins. Ces organes, il est vrai, sont quelquefois comme ratatinés, leur surface présente des sillons plus ou moins profonds, d'où résulte une apparence lobulée; mais c'est là le fait d'une atrophie qui reste toujours partielle, et l'on n'y rencontre habituellement pas les lésions variées, et en particulier les granulations qui appartiennent à la néphrite albumineuse.

(1) Jacquot, *loc. cit.*, 1849. — Haspel, *loc. cit.*, p. 213.
(2) En particulier dans ce passage : « Est et alia maniæ species febres intermittentes » diuturniores excipiens, in stultitiam tandem degenerans, producta quidem a debili- » tate et vapiditate sanguinis a diulina fermentatione. » p. 513. Voy. aussi p. 49 et p. 60. *Opera omnia*, t. I. Genevæ, 1757.

(1) Voyez sur ce sujet Néret, *Archives générales de médecine*, décembre 1847. — Defer, *Bulletin de la Société de biologie*, t. I, 1849, p. 143. — Abeille, *Gazette médicale*, 24 septembre 1853. — Frerichs, *loc. cit.*, p. 356. — Hauschka, *Compend. der speciell. Path.*, 1 Theil., 1855, p. 159. — Griesinger, *loc. cit.*, p. 29.
(2) *Observ. on the nature and cure of dropsies*. London, 1818, p. 42 et suiv.
(3) *Traité des maladies des reins*, t. II, p. 469.
(4) *Clinique médicale*, t. III, p. 283.
(5) *Archives générales de médecine*, 1847, t. XV, 4e série, p. 514.

Les altérations pigmentaires du cerveau et des reins sont à ›u près les seules qui paraissent pouvoir se révéler par des sym- ;ômes particuliers. Frerichs a observé plusieurs fois des hé- orrhagies intestinales développées pendant le cours de fièvres accès, et qui se manifestaient d'une manière intermittente irvenant immédiatement après chacun des paroxysmes fé- 'iles. Il est possible que l'obstruction des vaisseaux capil- ires hépatiques ait contribué, ainsi que l'admet l'auteur, ıns une certaine mesure au moins, à déterminer ces hémor- ıagies; mais l'influence de l'obstacle mécanique sur la pro- ıction du flux de sang n'était certainement pas très grande ıns ces cas-là, car l'administration du sulfate de quinine s'y ontrait presque toujours très promptement efficace. — L'ac- ımulation des corpuscules du pigment dans la rate et dans s vaisseaux lymphatiques reste, à ce qu'il paraît, toujours tente. — L'obstruction des vaisseaux capillaires des poumons observe rarement, et elle est toujours très disséminée. On saurait mettre sur son compte la dyspnée, les hémoptysies, edème pulmonaire, qui accompagnent quelquefois la fièvre termittente ou lui succèdent. — Les noyaux inflammatoires l'on rencontre parfois çà et là dans la parotide et dans le ssu musculaire du cœur ne dépendent pas d'une agglomé- ation de corpuscules pigmentaires. — C'est à la présence du igment dans le sang qui circule à travers les vaisseaux ca- illaires de la peau que serait due, suivant Frerichs, la colo- ation toute particulière que présente en général le tégument xterne des individus atteints de cachexie paludéenne (1). Si la mélanémie est légère, la coloration anormale est cendrée, l'un gris jaunâtre. Dans les cas intenses, elle est d'un jaune run, quelquefois très foncé. Il serait intéressant d'étudier lus attentivement qu'on ne l'a fait jusqu'ici cette coloration normale de la peau dans ses rapports avec la mélanémie; de echercher, par exemple, si l'altération du sang par les cor- ›uscules de pigment accompagnent constamment, irrévoca- lement la teinte bistrée particulière aux individus qui ont ubi l'intoxication palustre; si c'est bien aux altérations les lus profondes que correspondent les tons les plus som- res, etc. Il est devenu enfin nécessaire de chercher à déter- ›iner en quoi cette teinte bistrée diffère de la coloration ronzée de la maladie d'Addison : celle-ci serait-elle, comme elle-là paraît l'être, sous la dépendance d'une altération igmentaire du sang. L'examen microscopique en décidera; ıais, *à priori*, cela est peu probable, car, ainsi que l'a fait emarquer M. le docteur Dechambre (2), les médecins qui nt étudié l'affection des capsules surrénales ont examiné ans beaucoup de cas les viscères abdominaux, la rate en par- culier, et ils n'y ont trouvé rien d'anormal; or, le contraire lieu dans la mélanémie, les deux genres de coloration ourraient se distinguer à certains caractères, autant qu'on eut en juger d'après la description peu explicite des au- ›urs: la coloration anormale, en cas de mélanémie, paraît tre uniformément répandue sur toute l'étendue du tégument tterne; tandis que, dans la maladie d'Addison, elle est dis- osée sous forme de taches isolées qui se réunissent pour ›rmer des plaques à contours plus ou moins nets, et qui se étachent plus ou moins vivement sur les parties avoisinantes, d'aspect normal; ou encore elle se répand en *teintes* à reflets noirs sur un fond uniformément obscur. Il est une circonstance qui contribuerait à fixer le diagnostic dans les cas douteux : la fièvre intermittente est signalée dans l'étiologie de la plupart des cas de mélanémie; elle est mentionnée d'une manière tout à fait exceptionnelle dans les cas de maladie d'Addison. Pour le dire en passant, les observations rapportées il y a quelques mois par M. le docteur Tigri dans la GAZETTE MÉDICALE DE TOSCANE (1), et considérées par l'auteur comme des exemples de peau bronzée, semblent pouvoir se rattacher par tous les points à la mélanémie. Il y est fait mention dans tous les cas de la coloration noire de la rate (*milza nera*), du foie et des autres viscères qui se lie toujours à l'altération pigmentaire du sang, et qu'on ne trouve pas signalée dans les observations relatives à la maladie d'Addison.

(1) D'après les recherches de M. le docteur Vulpian, la coloration bronzée de la ›au dans la maladie d'Addison serait due à un dépôt de matière pigmentaire qui se ›t surtout dans la région tout à fait inférieure des cellules de la couche muqueuse. 'est au voisinage des noyaux que le dépôt s'est surtout produit. (*Bulletins de la Soc. biologie*, 1856, p. 155.) Dans la mélanémie, le pigment serait contenu dans la ca- ité même des vaisseaux capillaires de la peau.

(2) *Gazette hebdomadaire*, 5 juin 1857, p. 387.

(1) *Gazette hebdomadaire*, loc. cit.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 7 SEPTEMBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. DESPRETZ.

ANESTHÉSIQUES. — MM. *Foucher* et *Bonnet* communiquent à l'Académie le résultat de leurs recherches sur les anesthésiques. Voici les conclusions auxquelles ils sont arrivés :

1° L'éther sulfurique, le chloroforme et l'amylène sont, parmi les substances volatiles éthérées que nous avons expérimentées, les seules qui jouissent de propriétés anesthésiques; 2° l'amylène n'est un anesthésique énergique qu'à la condition que les vapeurs sont mélangées d'une très petite quantité d'air; mais alors il a sur plusieurs fonctions de l'économie, et sur la respiration en particulier, une action qui doit faire craindre des accidents graves, et les animaux qui y ont été soumis conservent pendant longtemps un état de collapsus ou de malaise; 3° le chloroforme n'offre pas les inconvénients de l'amylène en en conservant les avantages; 4° avec aucune de ces substances appliquées localement on n'obtient une anesthésie soit générale, soit locale. (*Comm.:* MM. Flourens, Cloquet, Jobert.)

M. *Sperino* lit un mémoire sur la syphilisation. (*Comm.:* MM. Andral, Rayer, Velpeau.)

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE. — MM. *S. Cloez* et *Vulpian* présentent une *Note sur l'existence des acides hippurique et choléique dans les capsules surrénales des animaux herbivores*. L'un des auteurs a découvert récemment que la substance médullaire des capsules surrénales des animaux vertébrés de toutes les classes possède la propriété curieuse, étrangère à tout autre organe, de se colorer d'une manière bien marquée sous l'influence de divers réactifs : la solution aqueuse d'iode notamment produit une belle coloration rose caractéristique; la plupart des réactifs oxydants agissent comme l'eau d'iode, mais moins énergiquement; l'oxygène de l'air, sous l'influence de la lumière solaire, se comporte de même. L'action simultanée de ces agents détermine en effet toujours la coloration, après un laps de temps plus ou moins long ; avec les sels de fer au maximum en dissolution, la réaction est différente · d'abord la coloration est d'un gris noir un peu bleuâtre; en second lieu, elle n'est pas constante, car on voit souvent certaines capsules se colorer par l'iode, sans éprouver aucun changement par les sels de fer.

C'est pour déterminer la substance qui donne lieu à ces propriétés curieuses que les auteurs ont entrepris de nouvelles recherches. Jusqu'ici ils ne sont pas parvenus à isoler cette substance; mais leurs recherches les ont conduits à signaler dans les capsules sur-

rénales des animaux herbivores la présence de deux principes immédiats déjà trouvés dans d'autres parties de l'économie animale : l'un est l'*acide hippurique*, qui existe en quantité notable dans l'urine de quelques animaux ; le second est l'*acide taurocholique* ou *choléique*, que l'on trouve principalement dans la bile. (*Comm.:* MM. Dumas, Pelouze et Cl. Bernard.)

(*La suite à un prochain numéro.*)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE 1857.—PRÉSID. DE M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. La circulaire d'envoi du rapport sur le service des établissements thermaux en 1854. — *b*. Les états des vaccinations pour divers départements.

2° La correspondance non officielle comprend : *a*. Une lettre de remerciments de M. *Gintrac* à l'Académie, à propos de sa nomination au titre d'associé national. — *b*. M. *Guérard* présente une note de M. *Soleil*, opticien, sur l'échelle numérique des verres de lunettes.

Discussion sur la fièvre jaune.

M. *Londe* demande la parole à propos du procès-verbal. Dans la dernière séance, en présence des assertions si nettes de M. Trousseau, j'ai gardé le silence, non pas que je ne trouvasse *mot à dire*, mais bien parce qu'il me fallait répondre preuves en main, reproduire le texte même des auteurs qui sont en opposition avec M. Trousseau, et que, pour cet objet, j'avais des recherches à faire.

Je n'invoquerai pas le témoignage de Chervin, qui faisait, avec MM. Louis et Trousseau, partie de la commission de Gibraltar ; et cependant, messieurs, serait-ce une autorité à dédaigner que celle d'un homme qui a sacrifié sa fortune et sa vie entière à prouver ce qu'il croyait une vérité utile ? d'un homme qui avait observé la fièvre jaune dans les deux hémisphères, qui avait fait cinq cents autopsies d'individus morts de la fièvre jaune, avant que ses collègues n'en eussent fait une ?

Laissons donc de côté les opinions personnelles de Chervin, et rapportons celles des hommes qui ont vécu à Gibraltar.

« Dès l'année 1804, dit le docteur James Fellowes, on signala des *causes d'infection* à Gibraltar ; et, bien que les égouts y fussent alors beaucoup moins nombreux qu'à présent, on observa cependant déjà leur funeste influence sur la santé des habitants. »

« Je fus bientôt, dit le docteur Pascalis, convaincu de l'existence des causes les plus puissantes pour y produire une pestilence dans certaines saisons. »

Le docteur Bancroft attribue l'épidémie de fièvre jaune qui ravagea Gibraltar, en 1804, à des causes locales qu'il indique.

Le docteur Nooth, médecin en chef de l'armée, et le docteur Burd, qui était à la tête du département médical de la marine, et tous les officiers de santé qui firent le service depuis le commencement de l'épidémie, le chirurgien de l'artillerie excepté, énoncent l'avis, dit Hennen, que *la maladie est d'origine locale*.

M. Mullin, médecin en chef de la garnison de Gibraltar, s'exprime ainsi : « Par l'existence des causes énumérées ci-dessus, l'atmosphère se trouve chargée d'*exhalaisons nuisibles provenant des diverses substances animales ou végétales en putréfaction.* »

M. Woodward, inspecteur des travaux publics à Gibraltar, signale comme causes de la fièvre jaune les égouts qui communiquent généralement les uns avec les autres. Ce qui donne de la force à cette assertion, ajoute l'auteur, c'est l'extension que prend ordinairement la fièvre immédiatement après les premières pluies automnales, qui mettent la *masse des matières putrides* en plus grande activité, jusqu'à ce que la continuation des pluies finisse par entraîner la cause morbifique.

Voilà, je pense, assez d'autorités qui attestent que la ville de Gibraltar n'est point tout à fait, comme l'affirme M. Trousseau, exempte de causes d'infection.

M. *Rufz*, membre correspondant, demande la parole.

Je regrette de n'avoir pu assister à la dernière séance de l'Académie. Je désire dire quelques mots aujourd'hui, mais je serai bref, pour ne pas abuser de votre politesse.

Il est deux points du mémoire de M. Dutrouleau sur lesquels l'attention de l'Académie s'est concentrée : le premier est relatif aux rapports de la fièvre jaune et de la fièvre paludéenne ; le second, à la transmissibilité de la fièvre jaune. Ce sont, en effet, les deux points importants. Pendant un long séjour aux Antilles, j'ai pu observer par moi-même, et je vais donner ici le résumé de mon expérience.

Je ferai d'abord remarquer qu'autrefois la traversée des Antilles et de tous les pays où se développe la fièvre jaune se faisait par le moyen de navires à voiles, que le voyage était long, le nombre de passagers peu considérable. Aujourd'hui la vapeur transporte rapidement trois à quatre cents personnes. Cette circonstance mérite d'être signalée.

A l'occasion de deux mémoires adressés par moi à l'Académie, M. Chervin intitulant son travail : *De l'identité de la fièvre jaune et de la fièvre paludéenne*, formula nettement son opinion sur la confusion qu'il faisait de ces deux maladies. D'autres, depuis, ont reproduit cette erreur. Mais s'il existe des ressemblances, il y a aussi des différences, et je les avais indiquées. Je demande à revenir un instant sur ce sujet.

L'analogie consiste en ce que, dans les épidémies de fièvre jaune sévissant sur les Européens, il se déclare sur les indigènes un grand nombre de fièvres à caractère très grave et présentant quelques-uns des symptômes de la fièvre jaune, tels que les vomissements noirs, et l'ictère toujours après la mort. A l'autopsie, il m'a semblé reconnaître l'altération du foie particulière à la fièvre jaune plus souvent que celle de la rate, caractéristique de la fièvre paludéenne. En outre, dans quelques cas, la fièvre jaune prit évidemment une forme intermittente, surtout au commencement et à la fin de l'épidémie. Ces observations ont été faites aussi par d'autres que par moi, et, dans ce dernier cas, le sulfate de quinine rendait de grands services. Il en fut ainsi en 1838.

Ainsi, vomissements noirs, ictère, altération du foie, pas souvent d'altération de la rate, parfois caractère intermittent de la fièvre, bons effets du quinquina dans une certaine mesure, voilà pour les ressemblances.

Passons aux différences. Ces *mauvaises fièvres*, comme on les appelle, diffèrent de la fièvre jaune, par leur marche, leur symptomatologie plus variée, plus ataxique, par leur moindre gravité, et surtout par l'efficacité plus grande du traitement par le sulfate de quinine.

En outre, le domaine de la fièvre jaune n'est pas, à beaucoup près, aussi vaste que celui de la fièvre paludéenne. Il ne s'étend guère que du 52e au 6e degré de latitude australe. Dans ces derniers temps il paraît s'être agrandi. On a signalé la fièvre jaune à Cadix, à Gibraltar, à Marseille. Il y en a eu même à Brest et à Rochefort ; mais elle est toujours restée contenue dans de certaines limites. Le domaine de la fièvre paludéenne, au contraire, c'est la terre entière. La fièvre jaune n'a été observée que sur les bords de la mer ; la fièvre paludéenne, dans l'intérieur des pays. La fièvre jaune est bornée en longitude, en latitude ; elle n'attaque que certains individus dans certaines conditions, [illegible] Antilles que les Européens ; la fièvre paludéenne attaque tout le monde ; cette dernière laisse aux individus qui en ont été atteints un cachet indélébile ; la fièvre jaune ne laisse pas de traces, on en guérit complétement. Dans la fièvre jaune pas de récidive ; c'est le contraire pour la fièvre paludéenne.

Si la fièvre jaune est contagieuse, c'est une contagion particulière ; mais je dirai avec M. Londe que jamais on n'a observé un cas de fièvre jaune déterminé par contact. Cette contagion ne ressemble pas à celle du choléra, qui se développe partout sans circonstances particulières ; peut-être pourrai-je la comparer à celle de la rougeole et de la variole ; et à ce propos je vous soumettrai ce fait : Dans les colonies atteintes de fièvre jaune, les enfants [illegible] avant, pendant ou après l'épidémie sont affectés de fièvres [illegible] graves ; en outre, pendant les temps d'immunité les mieux [illegible]

il y a pour tout médecin qui observe des cas de fièvre jaune sporadique, et, dans certaines années, surtout aux approches des épidémies, un grand nombre de fièvres qui constituent les cas légers de M. Dutrouleau, et qui doivent être considérés comme des fièvres jaunes. Il en est résulté pour moi la croyance que cette affection était endémique, et que si les enfants nés aux colonies n'en étaient pas atteints, c'est qu'ils avaient eu déjà cette petite fièvre.

Comment arrivent les épidémies? Sont-elles le développement des cas légers, ou sont-elles apportées du dehors? La science n'est pas faite sur ce point. Il faudrait des enquêtes nombreuses, solennelles, faites avec l'assistance des autorités. Nous en possédons un modèle dans celle dont faisait partie M. Trousseau. Malheureusement ces messieurs nous ont livré les matériaux bruts, et nous attendons encore l'instruction qui devrait en résulter pour nous. Il nous faudrait un grand nombre de ces enquêtes. Jusque-là il est plus prudent de récuser tous les faits.

J'arrive maintenant à la question de la transmissibilité; elle est de celles qui intéressent. Une chose rassure tout d'abord: c'est qu'elle ne s'est jamais étendue au delà du littoral. Mais enfin des faits graves existent. Elle est venue à Cadix et à Gibraltar; nous l'avons vue même à Rochefort et à Brest; elle peut donc venir jusqu'à nous. On doit espérer que non. En effet, il existe depuis longtemps des rapports entre la France et les pays atteints de fièvre jaune; il arrive tous les ans dans nos ports des milliers de navires, et rien de grave n'a pu encore se déclarer. En 1853, à Southampton, des symptômes alarmants ont attiré l'attention de l'autorité. L'amirauté s'est émue, et a établi une quarantaine; elle a été supprimée depuis, et cependant il arrive fréquemment encore des navires ayant à leur bord la fièvre jaune, et qui ont jeté, pendant la traversée, jusqu'à vingt ou trente cadavres à la mer. Jamais la fièvre jaune n'a pu s'établir à Southampton.

M. Trousseau. Messieurs, je vais d'abord répondre aux objections de M. Londe; puis, dans une seconde partie plus difficile, je tâcherai de combattre M. Rufz.

M. Londe est venu nous apporter les opinions d'un certain nombre de médecins qui ont pratiqué à Gibraltar, et qui sont venus, contrairement à mes assertions, affirmer qu'il y avait à Gibraltar des conditions d'insalubrité. Je ne conteste pas qu'une ville quelconque ne puisse avoir des conditions d'insalubrité, mais il s'agit de conditions palustres. Les charniers de Montfaucon, Bondy, Lyon, présentent des conditions d'insalubrité, mais jamais il n'y a de causes de fièvres palustres. On a dit que les égouts de Gibraltar étaient des causes de fièvre jaune et de fièvre paludéenne, je demande pardon à l'Académie de revenir sur cette question. Gibraltar est assise à l'ouest, et sur le versant d'un rocher qui a une inclinaison de plus de 50 mètres; les égouts partent de la rue supérieure de la ville, et viennent aboutir directement dans les remparts pour se jeter de là dans la mer. Quand la pluie, les eaux ménagères, s'engagent dans les égouts, elles sont précipitées dans la mer avec rapidité. Il n'est pas possible de trouver une disposition d'égouts meilleure qu'à Gibraltar.

J'arrive à l'épidémie de 1828. Elle a commencé, dit-on, alors que les pluies automnales avaient remué la boue des égouts. Ce n'est point exact. Les premiers cas de fièvre jaune ont éclaté vers le milieu du mois d'août, et les pluies automnales n'ont commencé qu'à la fin de décembre.

Il ne manquait pas de médecins qui prétendaient que les causes étaient purement locales, et cette opinion était soigneusement entretenue par les non-contagionistes; qu'a-t-on fait alors? Vers le 15 ou le 20 août, à peine deux ou trois cas s'étaient-ils déclarés que l'on fit jeter dans les égouts des masses énormes de chlorure de chaux, puis chaque jour on les fit laver avec de l'eau de mer; et cependant l'épidémie s'est développée pendant tout le mois de septembre et a atteint son summum d'intensité vers le milieu d'octobre. D'un autre côté, comme la moitié des habitants avaient émigré, les égouts étaient moins salis qu'à l'ordinaire; la fièvre jaune s'est accrue d'une manière terrible pendant les deux mois qui ont suivi leur nettoyage: on n'a donc pas le droit de dire qu'ils ont été la cause des épidémies.

De 1804 à 1814, de 1814 à 1828, on n'avait pris aucune précaution. Comment se fait-il que tout d'un coup ils deviennent pestilentiels alors qu'on les nettoie, tandis qu'ils ne l'étaient pas auparavant. On pourra bien trouver, pour rendre Gibraltar insalubre, un cimetière situé à peu de distance; mais où ne trouve-t-on pas de pareilles conditions? Dans une petite ferme admirablement située, où la fièvre jaune s'était déclarée, M. Chervin ne pouvant trouver une cause pestilentielle, cherche avec insistance et finit par trouver un tas de fumier provenant d'un âne ou d'un cheval. C'est vraiment une chose puérile lorsque partout on rencontre du fumier sans qu'il y ait pour cela de fièvre jaune.

Je reviens maintenant à M. Rufz, et ici ma tache sera plus difficile. Je n'ai vu la fièvre jaune qu'en 1828, je ne l'ai vue qu'en Europe et dans un point circonscrit; M. Rufz, au contraire, l'a observée longtemps et dans tous les points où elle existait; je ne me dissimule pas la difficulté que j'aurai à le combattre.

M. Rufz nous a indiqué entre la fièvre jaune et la fièvre paludéenne des ressemblances et des différences; il nous dit que, lorsque la fièvre jaune éclate chez les non-acclimatés, il y a en même temps, chez les indigènes et les enfants nés depuis la dernière épidémie, des fièvres très graves et à caractère intermittent, qui guérissent par le sulfate de quinine. Quand on me dit: J'ai vu cela sous le ciel romain, je le crois parfaitement. Mais, pour nous, observant à Gibraltar, nous avons toujours vu des maladies d'une grande acuité, et qui étaient aussi continues que peut l'être une fièvre. Dans l'épidémie de Gibraltar les accidents étaient très éloignés de ceux de la fièvre intermittente, et personne ne pourra y trouver d'analogie.

Ceux qui ont lu l'excellent ouvrage de M. Louis savent que nous n'avons trouvé d'altération notable que dans le foie. Il y a là une coloration particulière bien caractéristique, comme l'est la lésion des plaques de Peyer dans la fièvre typhoïde. Il y a bien aussi des désordres intestinaux, mais on les retrouve dans d'autres affections. Mais ce que l'on ne trouve jamais, ce que l'on trouve invinciblement dans la fièvre palustre pernicieuse, sans qu'il y ait peut-être une seule autopsie authentique qui le contredise, ce sont les lésions de la rate. Sur 17 autopsies de fièvre pernicieuse que j'ai faites, j'ai toujours trouvé la rate hypertrophiée et réduite en bouillie. M. Bailly, de Blois, qui observait à Rome, rapporte que, dans les fièvres pernicieuses qu'il a étudiées, les désordres de la rate étaient si prononcés, que cet organe tombait en bouillie dans le péritoine, de sorte que les malades étaient foudroyés par l'hémorrhagie. Or, nous n'avons jamais rien vu de semblable dans la fièvre jaune.

Maintenant, de ce que, au milieu de ces épidémies, on voit un certain nombre d'individus qui prennent des accidents intermittents, M. Rufz conclut à l'identité. Lorsqu'on étudie les maladies aiguës dans les saisons à fièvres intermittentes et dans les pays où elles règnent, on remarque qu'elles en prennent un peu le caractère. Lorsque nos médecins algériens, par exemple, ont affaire à une pleurésie, ils observent des exacerbations qui ne ressemblent pas à celles des pleurésies ordinaires; car, si ces dernières ont quelquefois des intermittences, elles n'ont pas de véritable frisson arrivant pendant le jour de dix à quatre heures. Or, dans les pays palustres, nous voyons survenir ces accidents intermittents nets, si bien que certains médecins, méconnaissant quelquefois la maladie principale, administrent le sulfate de quinine, ce qui ne sert à rien. Si donc M. Rufz a observé des accidents intermittents dans le début de la fièvre jaune, je réponds que, pour nous, qui observions dans un pays où il n'y a pas de fièvres intermittentes, nous n'avons rien vu de semblable, et que si M. Rufz a vu cela, c'est qu'il existait dans un pays où règne le génie intermittent.

M. Rufz a parlé de la transmissibilité; il est aisé de voir qu'il n'y croit pas. Je ne dis pas qu'il l'affirme, mais le tour de sa phrase et la contexture de ce qu'il a dit l'indiquent suffisamment. Le malheur, c'est qu'il veut comparer une contagion à une autre contagion. On veut que celle de la gale soit semblable à celle de la vérole, celle de la dysentérie à celle de la fièvre putride, etc. Il y a

des contagions qui ne se font qu'à distance, d'autres qui ne se font que quand le coup fait balle. Lorsque Spallanzani faisait ses expériences sur la fécondation, il portait le sperme du mâle jusque sur le frai de la femelle. Il était parvenu à féconder ainsi les grenouilles, les crapauds et presque tous les œufs de batraciens ; mais il ne pouvait féconder les œufs de salamandre. Il conduisait alors, avec plus de soin encore, son principe contagieux ; il l'appliquait et le réappliquait, et plus il faisait, moins il obtenait de résultats. Il prit alors un autre parti : il se plaça au bord d'un bassin où il y avait des salamandres en amour ; il remarqua les agaceries que le mâle faisait à la femelle : jamais il ne le vit s'approcher. Il s'aperçut qu'il restait toujours au-dessus, et qu'il jetait son sperme dans un grand flot de liquide. La fécondation avait eu lieu. L'ingénieux abbé put alors s'écrier, comme Archimède : *Euréka !* Il délaya son sperme et obtint la fécondation. Vous voyez combien les cas sont différents.

Il faut avoir égard aux temps, aux lieux. Certains principes, tels que celui de la vérole, se trouvent dans tous les pays ; d'autres semblent exiger des conditions particulières. Lorsque, vers les premiers jours de mars, nous voyons s'épanouir des fleurs imprudentes d'amandier, lorsque les fleurs du pommier s'entr'ouvrent au mois de mai, nous n'avons plus peur de la gelée, nous ne craignons plus pour la récolte : le principe contagieux s'est appliqué en vain aux stigmates de la femelle, la fleur ne sera pas fécondée. Il y a là des conditions que nous ne connaissons pas, et qui ne sont ni le vent du nord ni le vent d'ouest. Poursuivons ces observations, et cherchons pour la contagion des exemples dans la fécondation et la germination. Nous avons confié à la terre, au mois de novembre ou de février, mille noyaux de cerise : au printemps, il en lèvera deux cents. Le pépiniériste s'afflige de sa faible récolte : il croit n'avoir que deux cents noyaux de levés. L'année suivante, la même semaine, il en lèvera quatre ou cinq cents autres. Et pourtant, ces noyaux avaient eu, autant que les autres, toutes les conditions d'humidité et de chaleur ; ils n'avaient pas voulu se développer. Le bombyx pavonia major se convertit en chrysalide. Réaumur en mit sur sa table, dans la poussière de son écritoire. Elles restèrent quarante à cinquante jours dans des conditions convenables de température. Pas de transformation. Et pourtant elles n'étaient pas mortes : l'année suivante, huit ou dix papillons éclosent, les autres ne bougent pas. Un an après, à la même semaine, au même jour, on vit éclore de nouveau dix-sept à vingt papillons, et encore l'année suivante.

Il y avait là un principe de contagion ; supposez maintenant un principe morbide ; nous avons des maladies qui ne veulent naître qu'à certains mois de l'année, et de ce il ne résulte pas qu'elles ne proviennent pas de principes contagieux. Je demande pardon de m'être laissé entraîner aussi loin, et j'en reviens au point d'où était parti M. Rufz. S'il y a des maladies contagieuses qui ne veulent pas lever sur notre sol, il ne s'ensuit pas qu'elles ne soient pas contagieuses, et il viendra un jour où elles le deviendront. J'en appelle à M. Rufz. On avait fini par établir en règle que la fièvre jaune n'aimait pas l'hémisphère austral. Cela dura trois quarts de siècle. Mais une belle année, ou plutôt une triste année, elle a envahi Bahia et Fernambouc. On a dit alors qu'elle resterait circonscrite au Brésil, elle est venue à Buenos-Ayres et à Montevideo. Attendons.

Je conclus : 1° Je ne trouve, pour mon compte, aucune espèce d'identité entre la fièvre jaune et la fièvre paludéenne ; 2° la non-transmissibilité dans nos pays ne prouve pas qu'elle ne puisse être contagieuse autre part.

M. *Londe*. Vous me devez des remercîments, messieurs, car c'est moi qui ai provoqué l'admirable improvisation que vous venez d'entendre. Maintenant, messieurs, comme de longue date je connais l'habileté de mon éloquent adversaire, j'ai pris d'avance quelques précautions, et ne me présente pas aux coups de M. Trousseau tout à fait désarmé.

Je réponds d'abord, au sujet du mot *palustre* : Messieurs, au point de vue de l'hygiène, on doit comprendre sous le nom de *marais*, non pas seulement ceux que désigne le langage vulgaire, mais, dans un sens plus général, toute portion de sol où croupissent les eaux, et qui donne lieu, sous l'influence de la chaleur, au dégagement de miasmes qui engendrent la fièvre : aussi les mares, les fossés, les canaux, les égouts peuvent à titre égal, et malgré les conditions les plus diverses, devenir des foyers d'émanations miasmatiques.

J'arrive maintenant aux témoignages propres à faire connaître si la ville de Gibraltar recélait ou non des causes d'infection lors de l'épidémie de 1828. Voici ce que dit le docteur Hennen : « Presque à chaque pas que j'ai fait dans ce district, j'ai eu des motifs d'être surpris, non de ce que la fièvre y a éclaté, mais bien de ce qu'elle ne s'est point étendue au delà. »

Le docteur Broadfoot, médecin de la quarantaine à Gibraltar, conséquemment grand contagioniste, après avoir, pour balayer les immondices, prescrit de trouver un moyen de faire pénétrer par la partie supérieure des égouts, pendant les mois d'été, une quantité d'eau suffisante pour chasser leur contenu à la mer, ajoute que si l'on souffre encore que Gibraltar reste dans son état actuel, il y a peu de doute qu'il restera un sol fatal, et prêt, dans l'occasion, à féconder toute infection et contagion à laquelle il pourra se trouver exposé.

M. Woodward, précédemment cité, s'exprime ainsi : « Les égouts peuvent être considérés comme contenant une grande masse de matières putrides, situées près de la surface du sol, et soumises à l'action de l'atmosphère. »

M. Pearson s'étend sur l'odeur extrêmement désagréable, dit-il, qui provenait des égouts, soit dans la ville, soit au sud.

M. le docteur Smith émet la même opinion.

« Les exhalaisons, dit M. Bayly, étaient particulièrement désagréables avant que la dernière épidémie éclatât. »

M. Amiel, chirurgien-major du 12e régiment, dit en parlant des égouts : « Ils répandent, pendant les mois d'été, des exhalaisons très désagréables. »

Je pourrais multiplier les citations de ce genre en continuant de copier tout ce qui a été écrit sur l'épidémie de Gibraltar en 1828. Mais en voilà assez, ce me semble, pour établir que l'opinion de M. Trousseau trouve de nombreux contradicteurs parmi les hommes qui habitaient Gibraltar depuis longtemps à l'époque de son voyage.

M. *Thomas*, membre correspondant. Quand je suis arrivé à la Nouvelle-Orléans, j'étais très contagioniste ; mais les faits m'ont obligé à faire amende honorable, et je considère la fièvre jaune comme déterminée par une infection.

Toutes les observations ont prouvé que la contagion ne sévissait pas chez les individus qui s'exposent à la contracter. Quelques médecins se sont couchés dans des lits où des malades venaient de mourir, ils se sont enveloppés dans des draps couverts de vomissements noirs, et n'ont pas été atteints.

Je n'ai jamais vu que la fièvre jaune fût intermittente ; elle avait seulement un caractère rémittent. Je la considère comme dépendant, en grande partie, de causes paludéennes.

Présentation.

M. *Gaillard*, de Poitiers, membre correspondant, présente un nouvel appareil de fractures de jambe qui satisfait à ces deux indications : de pouvoir être appliqué dans les plus pauvres chaumières, et de permettre de surveiller attentivement les fractures compliquées ou comminutives.

Il se compose : 1° d'une planchette percée de trous et sur laquelle repose la jambe ; 2° de deux planchettes latérales, qui se fixent de champ sur la première au moyen de chevilles ; 3° de coussins en balle d'avoine, destinés à isoler les membres des parois de cette espèce de gouttière.

Des cravates relient la jambe à cet appareil simple et si peu coûteux.

La séance est levée à cinq heures.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Injections iodées combinées avec les ponctions préalables dans le traitement des kystes volumineux, des grandes collections purulentes et hématiques, et des hydropisies articulaires étendues, par le docteur BOURGUET (d'Aix).

Ce travail paraît avoir été inspiré par la discussion qui a eu lieu récemment à l'Académie de médecine. On se rappelle quelles étaient alors et quelles sont encore aujourd'hui les prétentions respectives de la ponction sous-cutanée et de l'injection iodée. La première assure qu'elle contribue à guérir les poches séreuses, purulentes et hématiques, en les réduisant peu à peu par des évacuations successives, sans chance aucune de phlegmasie, en même temps que les autres moyens thérapeutiques exercent leur action; et elle reproche à l'injection iodée de produire quelquefois de violentes inflammations. Celle-ci affirme que non-seulement elle n'amène pas l'inflammation des tissus, mais qu'elle prévient même celle que pourrait occasionner l'entrée de l'air dans la poche; et elle croit dès lors pouvoir se passer de la ponction sous-cutanée. C'est un compromis entre les deux méthodes que tente ici l'honorable chirurgien d'Aix. M. Bourguet se propose spécialement de démontrer par des faits que, dans le traitement chirurgical des collections liquides de grande étendue, il est avantageux d'évacuer une ou plusieurs fois la poche, dans le but de réduire sa capacité, avant d'y injecter la teinture d'iode; il ajoute que, dans les cas de tumeurs enkystées ou purulentes, « qui ne peuvent guérir qu'après une suppuration prolongée et à la suite de l'épaississement et de la rétraction lente et graduelle de la membrane interne du kyste et de l'abcès, » les évacuations et les injections doivent se succéder à de courts intervalles.

Il serait trop long, et il n'y aurait pas grande utilité à reproduire les huit observations du mémoire, relatives à des kystes, à des abcès froids, à des hydarthroses anciennes, à des tumeurs hématiques. Nous tenons pour démontré que, dans tous les cas, le traitement institué selon les règles rappelées tout à l'heure a parfaitement réussi. Mais cela ne suffit pas pour établir l'exactitude des propositions de notre confrère. Il redoute l'inflammation à la suite d'injections iodées agissant sur de grandes surfaces, et il montre que l'inflammation ne s'est pas produite dans huit cas où l'on avait plus ou moins réduit les surfaces par des évacuations préalables. Mais l'inflammation aurait-elle eu lieu si les surfaces étaient restées telles quelles? Voilà la vraie question, à laquelle le mémoire ne répond aucunement.

De plus, il nous semble que la manière dont il entend la *combinaison des ponctions préalables avec les injections iodées* n'est pas très conforme à celle que pouvait faire prévoir l'association des principes des deux méthodes. Nous supposions que M. Bourguet, du moment où il voulait s'assurer préalablement le bénéfice des ponctions, allait pratiquer celles-ci de manière à mettre la poche de son contenu rigoureusement à l'abri du contact de l'air, comme le veut la méthode sous-cutanée; mais nous voyons que, pour évacuer le liquide, il se borne à y plonger, tantôt un trocart, tantôt une lancette; bien plus, quand les injections doivent être fréquemment pratiquées, il *maintient fistuleuse l'ouverture de la ponction* et l'agrandit même avec le bistouri. Cette pratique montre que, malgré les apparences du titre, l'auteur ne se préoccupe pas énormément des principes ni des procédés de la méthode sous-cutanée, et que, avec M. Boinet et d'autres chirurgiens, il considère l'action répétée de l'iode comme un préservatif contre les effets du contact de l'air, même du contact permanent, puisque, encore une fois, il maintient béante l'ouverture de la cavité. Dans un certain passage, à la vérité, il appelle l'attention sur une introduction d'air qui a eu lieu dans la capsule synoviale du genou pendant l'injection d'un liquide iodé, et il fait entendre que cette circonstance mérite considération. Mais en même temps il constate qu'aucun accident ne s'en est suivi, ni dans le cas actuel, ni dans quatre autres, dont il a gardé un souvenir *précis*, et que même « la présence de l'air n'a pas paru augmenter d'une manière notable les symptômes inflammatoires consécutifs à l'injection, » et l'auteur entend par là la rougeur et la chaleur que produit ordinairement pendant les premières heures la présence de l'iode dans une cavité séreuse.

Pour nous, nous admettons avec l'auteur que, dans des poches de la nature de celles qui sont susceptibles de revenir assez rapidement sur elles-mêmes, et où l'expérience a appris que les ponctions répétées n'amènent pas d'ordinaire la détérioration du liquide, il est prudent de se conformer au précepte donné par M. Bourguet. Nous agirions, par exemple, comme lui dans une hydarthrose d'une grande étendue; encore serait-ce à la condition que le liquide ne serait pas très altéré et se rapprocherait beaucoup de la sérosité; car dès qu'il devient louche et annonce l'approche de la suppuration, il n'y a rien de mieux à faire que d'injecter de l'iode, sauf à ménager les doses. Mais dans certains kystes volumineux de l'ovaire, à parois denses, qui ne reviennent que très lentement sur elles-mêmes, et où l'on voit le liquide se troubler de plus en plus à chaque ponction, quelque précaution qu'on ait prise pour empêcher l'entrée de l'air, une série d'évacuations préalables ne nous semblerait promettre que des inconvénients. Nous croyons devoir ajouter que, si nous admettons avec M. Bourguet que l'action de l'iode prémunit contre les dangers de l'introduction de l'air, nous n'en sommes que plus autorisé à réclamer, pour les ponctions préalables, une application rigoureuse des procédés de la méthode sous-cutanée. Quelques bulles d'air mêlées à un liquide naturel, à de la sérosité, ne sont pas bien effrayantes sans doute; mais en l'absence de précautions, on ne sait pas ce qu'il en peut entrer, et puis il est difficile de juger au seul aspect de l'état plus ou moins sain d'un liquide. (*Gaz. méd. de Paris*, 1857, nos 31, 32, 33 et 35.)

Deux cas de fistule uréthrale guéris par les injections iodées, par M. V. TANTURRI.

De ces deux observations, il en est une à laquelle on ne peut attacher une grande valeur, parce qu'elle ne renferme pas de renseignements assez précis sur la date de la fistule, et que celle-ci, qui avait succédé à un abcès périnéal, peut avoir guéri spontanément par suite du travail réparateur naturel; mais, dans le second cas, l'action curative des injections iodées paraît beaucoup mieux établie; et, comme c'est là un succès dont le livre de M. Boinet sur l'*iodothérapie* ne renferme aucun exemple, nous le ferons connaître en quelques mots.

OBS. Un individu présenta les symptômes ordinaires d'une prostatite, qui bientôt le mit dans l'impossibilité de monter à cheval. Il s'établit, malgré un traitement énergique, une suppuration profonde à la suite de laquelle se forma une fistule uréthro-périnéale de la largeur d'un pouce et demi (environ 40 millimètres). A l'époque où M. Tanturri vit le malade, la fistule datait de cinq mois. La membrane interne était épaisse, calleuse; il semblait que le stylet passât sur un tissu fibreux. Il existait au niveau de la prostate un engorgement indolent, et la partie membraneuse de l'urèthre était rétrécie. On essaya de faire résoudre l'engorgement avec la pommade mercurielle et belladonée, et l'on traita le rétrécissement par l'emploi méthodique des bougies. Au bout d'un mois, ces diverses complications avaient à peu près disparu, et la fistule était ramenée à un état de simplicité. Ce fut alors qu'au moyen d'une sonde élastique fixée à l'urèthre on pratiqua des injections d'un mélange d'une partie de teinture d'iode et de sept parties d'eau, en y joignant la compression avec un bandage approprié. Les injections furent répétées tous les deux ou trois jours, en diminuant chaque fois la proportion d'eau. A partir de la quinzième, la teinture fut employée seule, et, après quatre de ces dernières injections, la fistule était fermée. (*Il Morgagni*, 1857, n° 2.)

Mémoire sur les résections osseuses des extrémités fracturées dans les blessures par armes à feu, compliquées de plaies et d'esquilles atteignant la diaphyse humérale, par le docteur MARMY.

Depuis que la chirurgie est entrée dans cette voie salutaire qui consiste à ne sacrifier un membre qu'à la dernière extrémité et

que lorsque toutes les ressources de l'art ont été épuisées en vain pour sa conservation, on constate tous les jours les heureux résultats dus à la chirurgie conservatrice. Les observations de M. Marmy rentrent dans cette catégorie de faits. Voici les conclusions de son mémoire.

La résection de la diaphyse humérale est indiquée à la suite des fractures par armes à feu toutes les fois que les bouts fracturés offrent des surfaces hérissées d'esquilles saillantes, capables de déchirer, d'irriter les parties voisines. Il est sous-entendu que l'état des parties molles n'est pas par lui-même un obstacle à la conservation du membre.

Quant aux esquilles, M. Marmy a toujours eu de bons résultats en se conformant aux préceptes de M. Baudens, qui veut que l'on extraie le plus tôt possible toutes les esquilles mobiles, qu'elles soient libres ou adhérentes.

A l'appui de ces conclusions, l'auteur rapporte trois cas de résection de l'humérus suivis de guérison. Deux des malades opérés ont pu faire usage de leur membre; le troisième a été perdu de vue trop tôt pour qu'il fût possible d'indiquer l'état des mouvements dans le membre lésé. (*Gazette médicale de Paris*, n° 34, 1857.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Du microscope au point de vue de ses applications à la connaissance et au traitement des maladies chirurgicales, par L. Saurel. — Brochure in-8° de 148 pages. — J.-B. Baillière et fils. Paris, 1857.

L'utilité du microscope n'est plus contestée de nos jours, et ceux mêmes qui naguère se sont opposés avec le plus d'ardeur aux prétendus envahissements de cet instrument reconnaissent aujourd'hui qu'il a rendu déjà des services éminents à toutes les branches des sciences médicales et qu'il est appelé à en rendre de plus grands encore. On dit, il est vrai, que la partie théorique de la médecine a surtout profité jusqu'ici des notions histologiques; mais on ne saurait disconvenir que le microscope a déjà fourni nombre d'applications à l'art de guérir proprement dit. Et d'ailleurs la vérité, quelle qu'elle soit, toujours bonne à connaître, ne reste pas longtemps exclusivement dans le domaine de la théorie; inévitablement elle en franchit les limites, passe dans le champ de la pratique, où elle exerce bientôt une autorité toute-puissante. Il suffit de jeter un coup d'œil sur l'histoire de notre art : toujours il a été l'expression fidèle des doctrines régnantes.

Réunir, coordonner et apprécier à leur juste valeur tous les matériaux qui ont été extraits jusqu'ici de cette mine féconde de l'investigation microscopique, montrer leurs applications à la partie chirurgicale de l'art de guérir, tel est le but que s'est proposé M. Saurel dans ce travail. Une telle besogne n'était pas minime, car, comme il le dit avec raison en tête de son ouvrage, « de tous les moyens d'investigation qui se trouvent entre les mains des médecins, il en est peu qui aient fait naître autant de travaux que le microscope. »

Il divise très naturellement ces matériaux en trois groupes, selon qu'ils se rapportent à l'étude des *causes physiques*, des *actes morbides* ou des *lésions anatomiques des maladies chirurgicales*. Chacun de ces groupes forme la matière d'un chapitre distinct. Dans la seconde partie de son livre, M. Saurel fait l'application de ces données de l'observation microscopique à l'étude du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Comme on le comprend, il nous serait impossible de suivre M. Saurel d'un bout à l'autre de son immense excursion dans le champ de la pathologie; nous nous bornerons donc à attirer l'attention sur quelques parties spéciales de son travail.

Une des plus intéressantes, sans contredit, est celle qui est consacrée à l'histoire de l'inflammation. L'auteur commence par établir la distinction, si souvent méconnue, des trois groupes de phénomènes qui ont leur siége dans les vaisseaux capillaires : la fluxion, la congestion et l'inflammation. Il étudie ensuite chacun de ces actes morbides en particulier : la fluxion est une simple accélération du cours du sang, due à un afflux plus considérable de liquide; la *congestion* amenée par cet afflux consiste dans une accumulation des globules dans les capillaires, sans qu'il y ait pour cela aucune modification dans les qualités du sang ni des vaisseaux; l'inflammation, enfin, est caractérisée exclusivement par l'altération des globules et par l'exsudation. M. Saurel passe ensuite en revue les transformations que peut subir le produit que l'inflammation fait transsuder à travers les capillaires. Une des plus remarquables, c'est le développement de vaisseaux nouveaux dans son épaisseur. Entre l'opinion de M. Lebert, qui les croit émanés des vaisseaux anciens, et celle des micrographes qui, avec Vogel, Kölliker, les regardent comme se formant d'une manière indépendante, de même que chez l'embryon, M. Saurel ne se prononce point. Nous devons dire cependant que c'est la dernière opinion qui compte aujourd'hui le plus grand nombre de partisans.

L'inflammation étant un acte morbide qui a son siége dans les capillaires, il était tout naturel de refuser la faculté de s'enflammer aux organes dépourvus de vaisseaux, à la cornée, aux cartilages, par exemple; pour être conséquent avec lui-même, M. Saurel eût dû y ajouter la membrane interne des artères et des veines. Cette manière de voir n'est pas encore universellement admise, et tout récemment on a pu voir dans ce journal même soutenir l'opinion que les organes privés de vaisseaux n'en sont pas moins susceptibles d'inflammation. Les preuves sur lesquelles on s'appuie ne nous paraissent pas irréfragables. Les plaies de la cornée, dit-on, se cicatrisent, les fractures des cartilages se consolident, les organes non vasculaires se nourrissent cependant, s'altèrent, deviennent le siége de productions pathologiques : donc ils sont vivants, donc ils sont susceptibles d'inflammation, la phlogose n'étant qu'une *exaltation de la vitalité*. Raisonner de la sorte c'est se payer de mots. Bien certainement la cornée, les cartilages diarthrodiaux sont des tissus vivants, et c'est même le microscope qui, en montrant leur organisation, a renversé l'opinion qui ne voyait dans quelques tissus que des espèces de vernis inorganiques; mais, pour se nourrir, les tissus privés de vaisseaux ont besoin de matériaux nutritifs; or, ces matériaux leur sont fournis par les vaisseaux du voisinage : c'est là ce qui explique cette grande accumulation de vaisseaux au voisinage des cartilages articulaires, au pourtour de la cornée.

D'une manière générale, pour apprécier convenablement les changements qui ont lieu dans l'inflammation, il importe de se faire une idée exacte de la nutrition physiologique, dont l'inflammation est un trouble. Les vaisseaux, quelque déliés qu'on les admette, ne pénètrent jamais dans l'intérieur des éléments organiques : c'est cependant dans ces derniers que se passent les phénomènes de nutrition. Semblables aux canaux d'irrigation de nos prairies, les vaisseaux laissent transsuder à travers leurs parois les liquides plastiques nécessaires à l'activité de ces éléments. Quand cette activité est très grande, comme dans la substance grise du cerveau, les canaux d'irrigation doivent être nombreux, rapprochés des éléments qu'ils sont destinés à abreuver, s'insinuer par conséquent au milieu d'eux, afin de leur fournir rapidement une grande masse d'aliments. Mais il est des organes qui remplissent des fonctions toutes mécaniques, et dans lesquels, par conséquent, le mouvement nutritif est peu actif. L'imbibition, toujours lente, de leurs éléments par les liquides venus de sources éloignées suffit néanmoins à la conservation de leur intégrité. C'est le cas des tissus non vasculaires; c'est le cas de la cornée, des cartilages d'encroûtement, de la membrane interne du système vasculaire. Les cartilages ne sont plus guère considérés comme susceptibles d'inflammation; ils s'altèrent cependant, s'érodent, se détruisent; mais c'est sous l'influence d'un travail dont le siége est dans les vaisseaux de l'os; c'est quand ces vaisseaux ne fournissent plus de liquides nutritifs, ou que ces liquides sont de mauvaise nature. Tout cela est admis sans contestation. Pourquoi raisonner autrement pour la cornée? Est-ce parce que l'on y observe des exsudations, des

épanchements de lymphe, des abcès? Mais tous ces produits viennent de loin, ne s'infiltrent entre les lames de la cornée qu'en cheminant lentement dans les interstices qui les séparent, à moins que les produits exsudés ne se soient eux-mêmes vascularisés, cas dans lequel le travail pathologique marche beaucoup plus rapidement.

Si la cornée ne peut s'enflammer, bien qu'elle soit susceptible de réparation, de cicatrisation, cela prouve que l'acte morbide appelé généralement inflammation adhésive ne mérite point ce nom. L'inflammation et la plasticité, dit avec raison M. Saurel, sont deux choses fort distinctes, quoique se montrant souvent l'une à côté de l'autre; et, comme preuve, il cite la réunion immédiate des plaies, qui ne s'opère jamais mieux que lorsque l'inflammation fait complétement défaut.

Cette théorie *anatomique* de l'inflammation, outre qu'elle nous paraît rendre un compte exact des faits, permet d'apprécier nettement les changements que subit cet acte morbide dans les divers tissus, suivant leur vascularité plus ou moins grande. C'est ainsi qu'elle conduit à une interprétation simple et rigoureuse des différentes périodes de la formation du cal.

Une conséquence fréquente de l'inflammation, c'est la formation du pus. Sans nous arrêter à la question de savoir si le pus peut se former en l'absence de toute inflammation, nous nous demanderons quelle en est l'origine. Dire qu'il est le produit d'une sécrétion morbide, comparable aux sécrétions normales, et dont le sang fournit les matériaux, c'est nous apprendre peu de chose sur la pyogénie, car toutes les sécrétions ne se font point de la même manière. Le pus renferme un élément organisé, le globule purulent, lequel se forme de toutes pièces dans la lymphe plastique exsudée des vaisseaux enflammés. C'est là un fait d'observation connu depuis longtemps, et pour lequel il nous semble inutile d'invoquer l'autorité *homœopathique* d'un des rédacteurs de l'ART MÉDICAL. Nous ferons remarquer en passant que nous avons vu avec regret des citations sans valeur de cet auteur déparer le travail de M. Saurel. Le globule de pus mesure $0^{mm},01$ en moyenne, le globule sanguin a $0^{mm},007$. Le premier ne peut donc être une métamorphose du dernier, qui se serait dépouillé de son enveloppe renfermant la matière colorante. La transformation directe du sang en pus nous paraît moins prouvée que ne l'admet M. Saurel; les prétendues collections purulentes logées au centre de caillots sont le plus souvent, pour ne pas dire toujours, de simples altérations du sang, renfermant des globules blancs en nombre variable.

Ces considérations sur le pus nous conduisent naturellement à discuter la valeur d'une doctrine qui jouit d'une grande faveur en France depuis les travaux de M. Lebert : nous voulons parler de la distinction des produits morbides en homologues, c'est-à-dire ayant leur analogue dans l'organisme, et *hétérologues* ou *hétéromorphes*, dont les éléments ne se retrouvent pas à l'état physiologique. Parmi ces derniers, en effet, le globule purulent tenait le premier rang. Est-il vrai qu'on ne trouve dans l'organisme aucun élément comparable au globule du pus? Les observateurs s'accordent aujourd'hui pour reconnaître que la réponse à cette question doit être négative, et qu'on ne saurait établir aucune distinction véritable entre les globules blancs du sang et les globules purulents. Ces derniers, par conséquent, ne peuvent plus être rangés parmi les produits hétérologues. Nous croyons qu'il en est de même des éléments du cancer, du tubercule, dont la forme se rapproche par des gradations insensibles de celles qu'on trouve dans l'organisme normal, de sorte qu'il serait difficile, à notre avis, de marquer la limite exacte entre ce qui appartient aux tissus homologues et ce qui doit être rejeté parmi les tissus hétérologues.

Au reste, en considérant en elle-même la théorie de l'hétéromorphisme, on ne peut s'empêcher d'y trouver quelque chose qui répugne comme contraire aux lois générales de la nature; on voit dans cette théorie un élément tout nouveau, un être complétement étranger à l'organisme, un parasite, y prendre naissance spontanément, y vivre d'une vie propre en lui empruntant seulement ses matériaux nutritifs. C'est une véritable génération spontanée, plus incompréhensible encore que toutes celles que l'on avait admises, et que l'on voit rejeter successivement à mesure que la lumière pénètre dans ces régions ténébreuses de la science biologique.

Nous croyons donc que la doctrine de l'hétéromorphisme ne peut se soutenir devant les faits, et que les éléments qui entrent dans la constitution des produits pathologiques ne sont pas autre chose que ceux qui font partie intégrante de l'organisme sain, mais qu'ils ont été modifiés, altérés dans leur forme, leurs dimensions, par la cause morbide. Déjà nous avons vu quelques observateurs rejeter la distinction fondamentale entre les deux espèces d'éléments pathologiques : c'est ainsi que M. Gubler a émis l'opinion que le globule de pus n'est que la cellule épithéliale arrêtée dans son développement. Cette interprétation nous paraît difficilement s'appliquer aux collections purulentes développées dans la profondeur des organes, où l'élément épithélial fait défaut, à moins cependant d'admettre que l'épithélium vasculaire lui-même puisse être le point de départ de ces collections. Mais il est un autre élément celluleux, faisant partie du tissu conjonctif, qui pourrait, par ses transformations pathologiques, donner naissance au globule purulent : c'est la cellule conjonctive ou plasmatique, que des travaux récents tendent déjà à faire regarder comme formant les cellules du cancer. Tout cela, certes, a besoin de preuves nouvelles pour être définitivement établi; mais il n'en est pas moins vrai que la doctrine de l'hétéromorphisme se trouve aujourd'hui fortement ébranlée et qu'elle perd de jour en jour de ses anciens partisans.

Ce que la théorie essaye de démontrer aujourd'hui, la clinique l'a établi depuis longtemps sur des faits irrécusables : des observations, en assez grand nombre maintenant, ont prouvé que les caractères qu'on avait dit appartenir en propre et exclusivement aux tumeurs hétéromorphes se montrent parfois dans les tumeurs homéomorphes, et que les premières peuvent se développer là où primitivement ces dernières existaient seules. Admettre que ces faits sont exceptionnels, c'est avouer l'insuffisance de la théorie ou plutôt sa fausseté, car les lois de la nature ne reconnaissent pas d'exception.

Après cette petite excursion sur le terrain de la discussion théorique, nous ne reviendrons pas sur la question du cancer; M. Saurel a reproduit dans son ouvrage les principaux faits qu'ont mis en évidence les discussions sur ce sujet intéressant; il a mis en relief les contradictions qui existent entre la doctrine de l'hétéromorphisme et l'expérience clinique, et montré le défaut de concordance entre les termes : *tumeur homéomorphe et tumeur bénigne, tumeur hétéromorphe et tumeur maligne*.

Les conclusions qui résument le travail de M. Saurel dénotent un esprit sage et judicieux, également éloigné des prétentions exagérées de quelques partisans trop zélés du microscope et des dénégations systématiques de quelques adversaires, aujourd'hui très rares, de cet instrument, dont l'usage serait beaucoup plus répandu qu'il ne l'est aujourd'hui s'il ne demandait un peu d'exercice et beaucoup de patience.

MARC SÉE.

VI.

VARIÉTÉS.

Nous avons reçu la lettre suivante de M. le professeur Jeannet, de Bordeaux. Nous nons proposons d'y répondre dans un des prochains numéros, et nous nous bornons aujourd'hui à remercier notre confrère de son excessive courtoisie à notre égard. A. D.

Association générale des médecins de France.

« Permettez-moi de répondre à l'argumentation que vous avez publiée, dans le feuilleton de la GAZETTE HEBDOMADAIRE du 4 septembre 1857, sur le projet d'une association générale des médecins de France. Ce sont les hommes doués comme vous de toutes les séductions de l'esprit et des grâces de la parole qu'il nous importerait surtout de convertir à la cause dont nous nous sommes faits les humbles défenseurs, entraînés par l'exemple de certains avocats plus éloquents et plus accrédités que nous.

» Nous avons certainement le tort de ne pas nous être encore assez nettement expliqués sur le but que nous poursuivons et sur les moyens que nous comptons mettre en usage, puisque vous, monsieur, vous l'un des organes les plus sérieux de la presse médicale, vous n'êtes pas aujourd'hui parfaitement édifié sur notre projet; aussi me garderai-je de vous reprocher de ne pas nous avoir parfaitement compris; je vous prierai seulement de me permettre de mieux m'expliquer et d'ajouter quelques développements aux récentes publications du Journal de médecine de Bordeaux, touchant la grande question qui nous occupe.

» Au fond, nos idées et nos raisonnements sont très simples.

» L'association est la source d'une foule de biens; elle n'est que l'application, à un point de vue restreint, du principe même de la société humaine. Tout le monde est d'accord là-dessus.

» Les associations sont d'autant plus fortes et d'autant plus fécondes qu'elles sont plus étendues et que leurs membres sont plus dévoués au bien commun.

» Les médecins ont tous les mêmes devoirs dans la société; ils ont tous les mêmes droits; ils souffrent tous des mêmes imperfections de la législation qui régit l'exercice de leur profession; ils courent tous la même carrière, exposés aux mêmes chances de succès ou de revers, de fortune ou de misère; ils connaissent tous l'aveugle crédulité de l'homme souffrant et l'ingratitude de l'homme en possession de la santé; les fatigues, les dangers, les déboires et, par suite, les besoins de secours et de défense mutuels sont les mêmes pour tous; ils ont tous enfin les mêmes intérêts personnels et professionnels.

» Par conséquent, les associations locales qui ont pu réussir à s'organiser dans quelques villes ou quelques départements ne diffèrent pas quant aux principes qui leur servent de base, ni quant au but de bienfaisance et de moralisation qu'elles se proposent. Elles n'ont à nos yeux qu'un défaut: c'est de n'être pas assez étendues et, partant, pas assez riches, et de manquer par là de vitalité pour durer, et d'efficacité pour répandre le bien qu'elles promettent.

» D'ailleurs, elles sont en petit nombre, et l'immense majorité des médecins reste en dehors de leur action.

» Ainsi, nous considérons que le principe de l'association appliqué au corps médical, divisé par fractions municipales, cantonales ou départementales, ne produit pas à beaucoup près le bien qu'il devrait produire; l'expérience et le raisonnement concourent à nous prouver cette vérité.

» N'espérant pas le succès complet et décisif des associations locales, et sachant mieux que personne combien est difficile l'organisation d'une association de cette nature, puisque deux tentatives sérieuses ont avorté parmi nous depuis dix ans, nous avons renouvelé la proposition d'une association générale des médecins de France, et nous avons demandé que l'Association des médecins de la Seine en devînt immédiatement le centre. Le vœu que nous avons formulé dans ce sens a reçu déjà l'adhésion de soixante-huit de nos confrères de la Gironde. Puisque les intérêts, puisque les souffrances du corps médical sont partout les mêmes, nous avons espéré que ce corps pourrait se rattacher tout entier à une institution dont vous jugez vous-même la prospérité, dont vous appréciez les bienfaits.

» Quels sont les obstacles? Matériels? Non. Les chemins de fer ont tellement diminué les distances qu'il vous a fallu moins de temps pour venir de Paris à Bordeaux qu'il n'en fallait il y a dix ans pour traverser d'un bout à l'autre le département de la Gironde. La réforme postale a rendu les correspondances tellement économiques, qu'elle les a décuplées. Nous pouvons avoir à présent le plaisir d'aller dîner avec vous à Paris sans emporter d'autre bagage que notre bonne humeur et notre appétit. Les départements, à qui l'on suppose des intérêts de clocher, des vues locales et une sagesse d'un autre monde, les départements sont en réalité devenus la banlieue de Paris : il n'y a plus de départements, vous avez dû le reconnaître en allant constater qu'il y a encore des Pyrénées. Donc il n'y a plus d'obstacles matériels.

» En trouverons-nous du côté du gouvernement? Cela n'est pas impossible; cependant nous espérons que le gouvernement, [illegible] favorisé l'association partout, qui a encouragé les associations générales des savants, des artistes et des gens de lettres, ne [illegible] serait pas, *à priori*, une association *générale* des médecins, [illegible] nous permettrait de faire valoir auprès de lui nos raisons. [illegible] qu'on se sent de bonnes intentions, on ne peut pas suppos[illegible] le gouvernement ne s'y associera pas; le gouvernement sait [illegible] augmentant le nombre des individus dont l'avenir est assuré [illegible] la moralisation est développée, il augmente en même temps [illegible] nombre des amis de l'ordre, et qu'il intéresse un plus grand nombre de citoyens à la stabilité des institutions. D'ailleurs, nous [illegible] pas à prêter des objections au gouvernement : faisons de la bienfaisance si nous pouvons, et laissons le gouvernement faire [illegible] politique.

» Trouverons-nous des obstacles de la part de l'Association [illegible] médecins de la Seine? Elle est riche et prospère, cela est [illegible] mais je demande si elle repousse les associés nouveaux de sa circonscription qui viennent chaque année concourir à son [illegible] qui obtiennent ainsi le droit aux secours qu'elle distribue [illegible] évidemment. L'Association ne s'inquiète pas de l'ancienneté [illegible] membres; elle cherche à réunir le plus grand nombre p[illegible] d'adhérents; elle sait qu'elle peut ainsi multiplier les secours, [illegible] serrer les liens de la confraternité, augmenter enfin la force [illegible] et la dignité du corps médical.

» Non-seulement elle admet les membres nouveaux au partage de ses bienfaits, mais elle consacre une large part de ses revenus [illegible] secourir des membres de la famille médicale qui lui sont étrangers [illegible] leur titre de médecins malheureux suffit pour leur donner des droits à sa sollicitude.

» La prospérité de l'Association des médecins de la Seine, [illegible] voulait l'objecter, serait donc un argument contraire au principe même de l'institution; il est permis d'espérer qu'il ne *sera pas* soulevé.

» Restent les difficultés d'exécution, l'administration d'une aussi grande affaire. Permettez-moi de vous dire, monsieur et très honoré confrère, qu'on a créé à ce sujet des fantômes de montagnes. L'Association des médecins de la Seine est administrée par un bureau et une commission générale; cette commission se divise en commissions partielles pour les quatorze arrondissements de Paris, de Saint-Denis et de Sceaux; le travail des quatorze sous-commissions se concentre entre les mains du bureau. Ne serait-il pas [illegible] simple de former une sous-commission dans chaque département pour s'occuper des admissions et des secours locaux? Chacune serait nommée par l'élection; les électeurs seraient les associés [illegible] département, et le bureau de Paris concentrerait le travail de toutes les sous-commissions de France. Il y aurait un trésorier dans chaque département, rendant les comptes au trésorier central. Il faudrait à Paris des employés salariés; eh bien, on les aurait; cela n'exige aucun changement fondamental aux statuts [illegible] l'Association de la Seine, qui resterait un établissement [illegible] d'utilité publique.

» Les associations déjà formées ne résisteraient pas à une [illegible]tion qui, les rattachant à l'ensemble du corps médical, leur donnerait une nouvelle vie; les médecins isolés sentiraient enfin le [illegible] fait du soutien mutuel et la satisfaction d'un vaste concours [illegible] volontés vers le bien-être et vers la moralisation du corps dont [illegible] font partie.

» Quant à moi, venant aujourd'hui pour la première fois vous demander l'hospitalité dans les colonnes de votre journal, permettez-moi de vous dire, monsieur et très honoré confrère, que je serai heureux de me trouver lié naturellement à vous par des liens [illegible] serrés que ceux qui m'autorisent à me dire votre très humble et très obéissant serviteur, et j'en rendrais grâce à l'Association générale des médecins. »

J. Jeannet.

Bordeaux, 6 septembre 1857.

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. | PARIS, 25 SEPTEMBRE 1857. | N° 39.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 25 septembre 1857.

CONGRÈS D'OPHTHALMOLOGIE DE BRUXELLES : OPHTHALMOSCOPIE. — ACADÉMIE DES SCIENCES : CAUSES DES PULSATIONS DU CŒUR. VERRES A LUNETTES. — DE L'ÉTHÉRISATION AU POINT DE VUE DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE. — DE LA CONTAGION. — A PROPOS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS.

Le congrès d'ophthalmologie s'est, comme on le pense bien, occupé spécialement de l'ophthalmoscopie. Chose assez curieuse cependant, on a pu croire un moment qu'un sujet aussi curieux, aussi important, n'allait figurer que pour mémoire dans le programme du comité. En effet, le président, M. Van Rœsbrœck, pose la question : « Quelle est l'influence que la découverte de l'ophthalmoscopie a exercée sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'œil ? » Silence général ! Comment, personne ne va se lever pour ou contre un moyen de diagnostic juste assez jeune pour exciter l'intérêt, et assez vieux pour avoir déjà passé par le contrôle de l'expérience, — un moyen, enfin, mûr pour l'examen ! Il fallait être heureux, commençait-on à dire, de constater ce silence, qui ne pouvait être qu'une approbation. Mais bientôt une petite étincelle allumée par M. Quadri (de Naples) gagne les rangs voisins ; la flamme s'étend, la salle s'échauffe, et la controverse s'établit.

On s'est aperçu alors qu'un débat n'était pas tout à fait inutile. Personne assurément ne s'est trouvé pour jeter la pierre à la découverte d'Helmholtz, ni même pour dénier à l'ophthalmoscope une valeur considérable. Mais il s'en est fallu que tout le monde fût d'accord sur le nombre et sur la nature des services qu'on peut attendre de cet instrument. M. Quadri, M. von Graefe, M. Desmarres, M. Donders, M. Calvoy Martin, en ont été les défenseurs les plus zélés ; MM. Sichel et Serres (d'Uzès), tout en protestant, nous le

FEUILLETON.

Lettre médicale.

PAR MONTS ET PAR VAUX.

(Suite et fin. — Voir les numéros 36 et 37.)

SOMMAIRE : De Bordeaux à Bayonne. — Les Landes. — Défrichement et assainissement. — Fièvres intermittentes. — Un gendarme. — Biarritz. — Histoire touchante.

Eaux-Bonnes, le 12 août 1857.

J'excepte la ligne de Bordeaux à Bayonne du reproche que j'adressais, dans une lettre précédente, aux voies de fer en général. Si cette ligne ne passe pas au beau milieu de populeuses cités, on aurait tort de lui en vouloir, la raison en étant qu'il ne se trouve pas, sur les 200 kilomètres de son parcours, une seule cité populeuse. La Babylone de cette contrée est Dax, qui ne renferme pas 5,000 âmes, à supposer, dans ce plein cœur de la Gascogne, une âme par individu. Quant aux bourgs et villages, souvent séparés les uns des autres par des intervalles de 10, 12, 14 kilomètres, le peu qu'on en aperçoit dans le lointain ne fait pas désirer bien vivement de les voir de plus près. D'ailleurs, l'esprit trouve de quoi s'occuper dans le paysage. N'allez pas croire que je plaisante. Je soutiens très sérieusement que celui qui, après avoir raisonnablement vagabondé sur les chemins de fer, traverse pour la première fois les Landes, s'y sent piqué d'un intérêt tout nouveau. Enfin donc, plus de guérets, plus de vignobles, plus de prairies, plus de bois, plus de vergers, plus de cette double bande de cultures que les tranchées et les tunnels, en supprimant les ondulations de terrain avec les points de vue, uniformisent et monotonisent insupportablement : si bien que, sur le chemin de la Chine elle-même, on aurait l'air d'aller à Pontoise, ou même d'en revenir ! Voilà, grâce au ciel, du triste, du morne, du nu, du plat, du nouveau enfin, du contraste, c'est-à-dire l'attrait essentiel de la curiosité, ce par quoi la nature extérieure s'adapte à la mobilité fantasque de l'esprit humain, et ce qui empêche seul l'agréable d'être en-

répétons, de leur haute estime pour le précieux instrument qu'on a plusieurs fois appelé, avec peu de bonheur ce nous semble, le *stéthoscope de l'œil* (1), se sont particulièrement attachés à indiquer, dans la pathologie oculaire, les points qui échappent à l'investigation ophthalmoscopique.

En termes généraux, l'ophthalmoscope, dans ses rapports avec ce qu'on appelle le diagnostic physique, a une valeur tout à fait exceptionnelle. Le scalpel montre les rapports des organes et des tissus; le microscope dévoile leur composition intime; mais quel autre instrument que l'ophthalmoscope permet de voir le nerf vivant, le vaisseau jouant, pour ainsi dire, sa partie dans la grande scène de l'inflammation, et la jouant à découvert, sous le regard immédiat de l'observateur; la physiologie, enfin, et la pathologie prises en flagrant délit, non, si on le veut, dans l'intimité de leurs actes, mais au moins dans leurs manifestations les plus apparentes, à tel point qu'il est possible, *très facile* même, pour qui en a l'habitude, de compter les pulsations du cœur, le regard fixé sur l'artère ophthalmique! C'est là assurément un avantage immense, unique dans toute l'histoire de la séméiologie. Si l'on avait à exprimer à cet égard quelque réserve, ce serait celle-ci : La pratique ophthalmologique offre rarement l'occasion de contrôler par l'autopsie les résultats du diagnostic. On manque donc jusqu'à présent, autant que nous pouvons savoir, de cette contre-épreuve singulièrement démonstrative dont se prévaut la stéthoscopie, et qui établit une concordance positive des signes biologiques avec les signes cadavériques; mais il faut remarquer, à la décharge de l'ophthalmoscope, que, si l'on peut craindre de sa part quelque illusion, quelque fausse représentation de l'état anatomique, on lui doit, par contre, de corriger quelquefois les illusions ordinaires de l'inspection cadavérique, en montrant, par exemple, une turgescence vasculaire qui est la cause physique actuelle des troubles de la fonction, et que la mort ferait probablement disparaître. Nous nous étonnons un peu que ce point de vue n'ait pas été indiqué dans la discussion.

L'ophthalmoscope permet de scruter dans toute sa profondeur et dans toutes ses parties un œil sain; il permet d'apercevoir dans un œil malade toutes les lésions sur lesquelles la lumière peut arriver. Est-il vrai, comme l'a dit M. Sichel, qu'il n'y a aucun parti à en tirer dans les affections dont le point de départ est hors de l'œil, notamment dans l'amaurose cérébrale? Nous croyons que c'est aller trop loin. Dans beaucoup de cas de ce genre, M. Desmarres a fait v... à sa clinique une déformation de la papille du nerf opti... avec rapetissement, perte de transparence et éclat ... Les vaisseaux de cette papille avaient diminué de nombre et ... calibre. Ce sont ces dispositions spéciales qui amène... réduction du *champ d'avertissement* de la vision, cara... propre à ce genre d'amaurose, et qui ôte au malade la f... d'entrevoir les objets avant qu'ils ne soient arrivés en f... l'œil. Ces remarques s'adressent plus légitimement en... M. Serre (d'Uzès), qui regarde l'intervention de l'oph... moscope comme impuissante dans les affections exclusi... limitées au nerf optique. Au reste, les assertions de MM. Si... chel et Serre ont été réfutées avec plus d'autorité que ... n'en avons par M. Graefe.

M. Serre, à son tour, n'a peut-être pas obtenu toute ... justice que mérite sa découverte des *phosphènes*, en ... considérant même que sous le rapport de l'applicatio... nique. Notre confrère, obligé de trouver une transition ... passer de l'ophthalmoscopie, qui était dans le *program...* aux phosphènes, qui n'y étaient pas, a commencé par ... remarquer (avec beaucoup de raison d'ailleurs) que l'insp... tion de l'œil ne découvre que des phénomènes *objectifs* ... peut rien apprendre des phénomènes *subjectifs*, c'est-à-dire des troubles fonctionnels que le *sujet* éprouve et qui ont ... lement une grande importance en diagnostic. Or, a-t-il ajouté, dans des cas où l'on ne peut rien tirer de l'ophthalmoscop..., on a encore à sa disposition « un moyen qui va parfois ... loin que le premier, qui donne en quelque sorte la me... de la lésion de l'appareil nerveux, de sa lésion fonction...: ce moyen, c'est l'étude de la lumière phosphénienne. »

Nos lecteurs savent à quel phénomène d'optique M. Serre (d'Uzès) a donné le nom de *phosphène*. Si l'on exerce une légère pression sur l'un des points du pourtour de l'œil, deux sensations lumineuses se produisent simultanément chez le sujet : l'une, la plus grande et la plus éclatante (*grand phosphène*), au côté opposé à la compression; l'autre, plus petite et très faible (*petit phosphène*), *tout à côté* et un ... *en avant* du point comprimé. On voit par là que le nombre des phosphènes dans le même œil est indéfini; mais, pour plus de précision dans le langage, M. Serre admet quatre positions cardinales du phosphène, et, prenant pour base de ses dénominations la partie de la face vers laquelle s'applique la compression, il distingue un phosphène *nasal*, un phosphène *temporal*, un *frontal* et un *jugal*. On comprend aisément que diverses affections de l'œil doivent amener ...

(1) *Stéthoscope de l'œil* signifie : instrument pour examiner la poitrine... de l'œil!

---

nuyeux ou le disgracieux de déplaire toujours. A gauche et à droite, le désert humide s'étend en s'arrondissant, jusqu'à ce que la vue soit arrêtée par une barre, comme sur l'Océan. Tout auprès, les herbes, chargées de gouttelettes qui scintillent au soleil, font au chemin une bordure de diamants, que le vent prodigue du matin secoue et sème au hasard. Au loin, miroitent des nappes argentées au milieu desquelles on voit saillir et se mêler en tout sens des masses blanchâtres : ce sont des troupeaux de moutons, *vasti gens humida ponti*, qui cherchent dans les herbes courtes une maigre nourriture. On songe, en les regardant, à la justesse de l'expression si connue de *moutonnement* de la mer. Autour d'eux se meuvent à grandes enjambées des bipèdes longs et minces. Les sauvages de Vanikoro, qui prirent les cornes du chapeau de La Pérouse pour un nez immense, auraient cru voir dans ces êtres une espèce d'hommes particulière, ayant des jambes de six pieds. Le respect de la vérité m'oblige à vous avouer que ce sont tout simplement des bergers montés sur des échasses. Par intervalles, des champs de maïs, la plupart mal fournis, attestent la dure nécessité où est l'homme, dans ces contrées, de disputer à l'avar... les moindres parcelles que sa sueur peut arroser avec ... profit; nécessité bien plus frappante encore dans les gorges ... Pyrénées, où l'on aperçoit à des hauteurs démesurées, dans ... ques de roches nues, des champs de froment ou de seigle que ... chèvres, apparemment, sont chargées d'ensemencer et de réc... Ailleurs, la masse sombre des *pignadas* se détache, comme ... gros nuages noirs dans un ciel bas. Les pins sont la consolation ... sites désolés; ils sont la richesse des terrains réfractaires à la ... ture. Quand ils vous apparaissent de près, au détour d'un ... stérile, semblables à un assemblage de pyramides dans le d... longs, droits, coniques, découpant dans l'air la forme dentel... leurs feuilles charnues et montrant sur leur tronc la plaie ... d'où s'échappe la gemme, *atro liquuntur sanguine guttæ*, on les respecte comme des pères nourriciers, et l'on est tenté de ... ôter son chapeau. C'est d'ailleurs une politesse qu'ils mériteraient surtout de la part du médecin. Nous passons à côté de deux ou trois térébenthinières. C'est de là que nous viennent en abondance

changements, soit dans l'intensité, soit dans le nombre des phosphènes produits.

Suivant notre confrère, l'éclat de cette *lumière subjective* est en rapport direct et constant avec la sensibilité de la partie de la rétine que l'on explore, en d'autres termes, avec l'effet produit sur cette même rétine par la lumière externe ou *objective*. Cette assertion a été contestée par MM. Sichel et Graefe. En réalité, à prendre les choses au pied de la lettre, il y a quelque exagération à affirmer une relation aussi constante et aussi rigoureuse entre les deux ordres de lumières; mais cette relation n'en existe pas moins; et même elle est assez étroite pour qu'il soit parfaitement légitime d'en tirer des déductions cliniques. C'est, à notre avis, une ressource qu'on aurait le plus grand tort de dédaigner, toujours, bien entendu, dans le cas d'impuissance de l'ophthalmoscope. Quant à la valeur de la suppression d'un ou de plusieurs phosphènes, elle est plus aisée encore à comprendre. Supposez une cataracte compliquée d'une opacité partielle ou d'un décollement de la rétine; il est clair que l'ophthalmoscopie ne pourra constater l'état de cette membrane, puisque le cristallin ne laissera plus passer la lumière. Exercez, au contraire, des compressions sur toute la surface du globe oculaire, et quand vous arriverez à l'opposite du point où la rétine est malade, le grand phosphène fera défaut. Nous prenons cet exemple au hasard; M. Serres en a cité d'autres, sur lesquels peut-être n'a-t-il pas donné assez de détails; mais on devine aisément qu'on pourrait les multiplier.

Ajoutons, en terminant, que l'examen ophthalmoscopique et l'étude des phosphènes offrent le très grand avantage de substituer dans une foule de cas à l'induction, qui est l'instrument des grands maîtres, des notions positives, physiques, que tout médecin peut acquérir assez rapidement.

Sur la proposition de M. Donders, on n'a émis aucun vote; mais un ophthalmologue français a voulu qu'un hommage décisif, solennel, fût rendu au moins par le congrès à une découverte dont l'honneur revient à l'Allemagne. « Messieurs, a dit M. Desmarres, les services rendus par l'ophthalmoscope ne sont ici méconnus de personne. Permettez-moi de substituer à la discussion un vœu que vous approuverez, j'en suis sûr. Je propose de reconnaître l'importance de la découverte d'Helmholtz par trois salves d'applaudissements. » Les trois salves ont eu lieu, si nous avons bien compté.

A. Dechambre et P. Picard.

— La théorie de Gutbrod, qui applique au choc du cœur l'explication du recul des armes à feu, n'a jamais eu grand succès dans le pays où elle a pris naissance; mais importée, comme on sait, en France il y a quelques années et annoncée avec une assurance particulière, elle a eu le bonheur de se voir accorder des récompenses académiques. S'appuyant sur quelques expériences boiteuses et sans tenir compte des objections qu'elle a soulevées, elle revient périodiquement se présenter imperturbablement à quelque société savante, pour ne pas tomber dans un juste oubli. M. Chauveau a cru nécessaire de la combattre de nouveau (voir à l'*Académie des sciences*). Il aurait pu se borner à dire, pour la réduire à néant, que le prétendu recul n'existe pas et que la pointe du cœur, observée attentivement, l'organe étant mis à nu, ne change pas de position. Mais M. Chauveau a voulu démontrer de plus que ce qu'on observe chez l'homme et les animaux contredit formellement la théorie du recul. Si cette théorie était vraie, dit-il, le cœur devrait se mouvoir dans une direction parallèle, ou à peu près, à son grand axe, c'est-à-dire de la base vers la pointe; celle ci frapperait alors le sternum de droite à gauche et de haut en bas; or, la main, appliquée sur la poitrine, sent une impulsion venue d'arrière en avant. A notre avis, la direction du cœur, oblique d'arrière en avant, pourrait encore, jusqu'à un certain point, rendre compte de ce fait, même dans la théorie de Gutbrod. L'étendue considérable dans laquelle est sentie l'impulsion cardiaque ne nous paraît pas non plus un argument décisif contre cette théorie, que nous croyons, du reste, contraire à toutes les lois de la mécanique.

Déjà M. Giraud-Teulon a fait observer que le recul, étant une réaction, ne pouvait l'emporter sur l'action, représentée par le mouvement de la pointe du cœur vers sa base. En examinant les conditions dans lesquelles le cœur se vide à chaque systole, on reconnaît qu'elles sont bien différentes de celles qui président à l'écoulement du liquide de la poche de caoutchouc par laquelle on a voulu figurer l'organe central de la circulation. Dans cet appareil, en effet, l'eau s'échappe librement et ne rencontre d'autre obstacle que la résistance de l'air : la pression exercée par le liquide sur toute la surface interne de la poche se trouve donc presque réduite à zéro au niveau de l'ouverture d'écoulement; de là défaut d'équilibre et mouvement de tout le système.

En est-il de même dans le cœur? Nullement. Ici le liquide ne trouve point une libre issue au dehors : il rencontre des valvules abaissées, sur lesquelles pèse une colonne sanguine dont

l'essence de térébenthine, la colophane, le goudron, les pains de résine. Ne pouvant rendre visite aux ateliers, je me borne à leur envoyer un souvenir de gratitude au nom de toutes les victimes du catarrhe vésical, du rhumatisme et de la bronchite chronique.

Il n'est bruit dans le wagon que du défrichement et de l'assainissement des Landes et de la prochaine visite de l'Empereur au vaste domaine qu'il y a acheté. On y travaille activement. — M. Pereire ne se donne pas tant de mal, remarque un voisin que sa canne métrique fait reconnaître pour un entrepreneur de travaux ; il possède aussi une étendue considérable de marécages (et tenez, nous passons précisément devant sa propriété) ; mais il l'afferme par lots à des spéculateurs, au prix de 10 fr. l'hectare, avec un bail de quinze ans. On espère que le produit des dernières années couvrira les pertes du commencement et laissera encore un bénéfice. —Le premier spéculateur est déjà ruiné, dit un monsieur, avec le ton sec d'un homme sûr de son fait. — Ah! je ne savais pas, répond l'autre. C'est que la besogne est rude! Voyez-vous, ce qu'il faudrait ici, ce sont des bras. On ne trouve pas d'ouvriers. Quand on a construit le chemin de fer, il a fallu en faire venir de très loin : il y en avait de toutes les nations. On apportait les vivres de Dax ou de Bordeaux. Quand ils étaient en retard, on avait des séditions : les Anglais se couchaient le long des rails, les Français travaillaient tout de même, en *bougonnant*. Tant qu'on n'aura pas construit des villages pour avoir une population sédentaire, la main-d'œuvre sera hors de prix. — Vous avez raison, monsieur, les villages donnent des bras; mais où prendrez-vous les bras qui construisent les villages? — C'est juste, je n'y pensais pas. Du reste, dans le domaine impérial il y a déjà pas mal de constructions, de routes agricoles terminées; on va bientôt le mettre en culture. — Ce n'est pas de sitôt qu'il y poussera du blé. — Peut-être; mais on y sèmera, pour commencer, du maïs. — Je crois que ce ne sera jamais bon qu'à semer des pins.

A ce mot, un individu à front bas, à grosse bouche, orné d'une casquette de loutre, et qui paraissait dormir, relève un peu la tête sans ouvrir les yeux, et se tourne à demi du côté des interlocuteurs, qui s'empressent de lui laisser la parole. « Ce sera toujours

la pression peut être représentée par une colonne de mercure de 15 centimètres de hauteur. Toute la force déployée par le cœur pour rendre la pression égale sur les deux faces des valvules ne peut influer en rien sur le mouvement de l'organe, car jusque-là il n'y a point d'écoulement. La seule portion de la force résultant de la contraction du cœur qui pût déterminer un recul, serait cet excédant qui chasse le sang du cœur dans l'aorte. Or, cet excédant est très faible : les mesures les plus exactes l'ont évalué à la pression de 2 à 3 millimètres de mercure, et il nous paraît impossible d'admettre qu'une force si minime soit capable de vaincre l'inertie d'une masse aussi considérable que le cœur et les frottements qui s'opposent à son mouvement. A plus forte raison nous semble-t-il de toute impossibilité d'expliquer par le mouvement qui serait ainsi produit, la violente impulsion ressentie par la main dans la région précordiale.

Avant de chercher à étayer son système par des opérations de ligatures d'artères sur des animaux vivants, expériences compliquées dont les résultats sont contestés par M. Chauveau, l'éditeur français de la théorie de Gutbrod eût dû s'assurer si, dans son appareil, le recul serait encore produit dans le cas où la pression dans le tube d'écoulement serait maintenue ce qu'elle est dans l'aorte. Il eût vu alors que sa théorie est insoutenable.

M. Chauveau conclut, de ses expériences, que la cause du choc réside dans l'augmentation du diamètre antéro-postérieur du cœur qui a lieu pendant la systole. Cette explication n'est point nouvelle : on peut s'en assurer en lisant la traduction française de l'ouvrage de M. Skoda. M. Ludwig a même fait un pas de plus que M. Chauveau : sur une vingtaine de chats il s'est appliqué à mesurer l'étendue de cette augmentation, qu'il a vue varier entre 1/10 et 1/4 du diamètre antéro-postérieur. Le fait de cette augmentation ne saurait donc être mis en doute ; mais est-il la seule cause du choc précordial ? Quelques expériences sur le cadavre nous font penser que le redressement de la courbure de l'aorte contribue, pour une faible part, il est vrai, à produire ce résultat.

Marc Sée.

Dans une communication faite à l'Académie des sciences, M. Soleil fils a proposé une réforme radicale de l'échelle numérique des verres de lunettes. Cette échelle, en effet, est loin d'être parfaite, non parce qu'elle s'exprime en pouces, ou parce que les numéros élevés y correspondent aux degrés inférieurs et les bas numéros aux degrés supérieurs, — tout cela ne touche pas au fond des choses, — mais parce qu'elle est arbitrairement et inégalement graduée. Ainsi, la différence d'un numéro à un autre est tantôt d'un demi-pouce, tantôt de plusieurs pouces ; de telle sorte qu'il y a, par exemple, de 4 à 8 pouces inclusivement, dix numéros, et, de 16 à 96 pouces, treize numéros seulement. La différence de grossissement entre deux numéros voisins est extrêmement variable : elle est, par exemple, de 97 entre les numéros 6 1/2 et 7 ; de 91 entre les numéros 7 et 7 1/2 ; de 80 entre les numéros 7 1/2 et 8 ; de 127 entre les numéros 8 et 9 ; de 102 entre les numéros 9 et 10, etc.

Dans le système de M. Soleil, le grossissement est régulièrement croissant. Adoptant 25 centimètres comme longueur moyenne de la *vue distincte*, et donnant une valeur de 100 à un objet vu par un œil normal, cet opticien établit d'un numéro à un autre, sur toute l'échelle, une différence de 10 ; de sorte que, le numéro 1 égalant 110, le numéro 2 égale 120, le numéro 3 égale 130, et ainsi de suite.

Cette innovation est parfaitement rationnelle. Peut-elle profiter sensiblement à la pratique et a-t-elle chance d'être adoptée ? C'est une autre question. Une exactitude aussi rigoureuse n'est bien utile, ni pour corriger les effets de la myopie ou de la presbytie, ni pour provoquer dans le traitement de diverses maladies les accommodations de l'œil jugées nécessaires. Peut-être seulement y aura-t-il lieu d'ajouter à la série usitée en France plusieurs formes qui existent en Allemagne et donnent les numéros 19, 26, 28, 45, et quelques autres encore, si nous ne nous trompons. Le peu d'importance des inconvénients de la série actuelle, jointe à la puissance de la routine, apportera un obstacle sérieux à l'adoption du nouveau système, d'autant plus que, si ce système n'était pas immédiatement généralisé, il pourrait en résulter une confusion regrettable dans la désignation des numéros.

M. Soleil propose aussi de n'employer que des verres périscopiques (concaves-convexes pour les myopes et convexes-concaves pour les presbytes), comme présentant moins d'aberration de sphéricité que les autres et garantissant mieux la netteté de l'image. Il faut dire que, dans la pratique encore, sauf le cas de verres mal travaillés, cet avantage n'est pas très appréciable.

— La discussion qui a eu lieu récemment à l'Académie de médecine sur l'*éthérisation au point de vue de la responsabilité* médicale a eu du retentissement à l'étranger, en Angleterre surtout, où elle a provoqué plusieurs articles spéciaux dans les journaux de médecine. Chez nos voisins, la question de la responsabilité se complique d'une coutume qui n'existe pas chez nous, du moins au même degré : celle de confier l'administration de l'éther ou du chloroforme à un autre chirurgien que l'opérateur. A Londres, M. Snow remplit cet office dans la plupart des grandes opérations de la ville et même des hôpitaux ; c'est une sorte de spécialité. Or, il s'agit de savoir qui est responsable en cas d'accident, ou de l'opérateur qui a ordonné l'emploi du chloroforme, ou du chirurgien

---

un moyen d'avoir *du pain !* » dit-il. Après quoi il rejette sa tête contre l'angle du wagon, pour ne plus parler de tout le voyage.

J'ai pensé, honoré confrère, que cette instructive conversation ne suffirait pourtant pas à votre ardeur de savoir, et j'ai été assez heureux pour me procurer sur la grande opération des Landes des renseignements que j'ai lieu de croire très exacts. Plusieurs se rapportent au défrichement plus qu'à l'assainissement ; mais, on l'a dit, cultiver c'est assainir. La culture a débarrassé l'Europe des immenses foyers d'infection qui la couvraient au temps de la domination romaine. Je ne sors donc pas de mon rôle en vous entretenant des moyens de fertiliser la terre.

Il s'agit d'abord de donner écoulement aux eaux par la création de fossés. Dans le projet du gouvernement, ces fossés auront 2 mètres 50 centimètres en gueule, 66 centimètres de profondeur, et 60 centimètres de largeur au plafond. On évalue le prix de ces fossés à 60 centimes le mètre courant ; mais nous savons qu'un de nos confrères, l'honorable inspecteur des eaux d'Ax, qui possède une vaste propriété dans les Landes, et dont la vive intelligence s'applique à tout avec un égal succès, a adopté des fossés moins larges et plus profonds, qui donnent le même résultat à moitié prix. La direction à imprimer aux eaux est toute tracée. Les Landes ont un versant sur l'Océan et un sur la Gironde. On établira dans ces deux sens des fossés collecteurs où se rendront, pour courir vers la mer ou vers le fleuve, toutes les eaux recueillies par les fossés ordinaires qu'on trace le long des routes. C'est du drainage à ciel ouvert.

Le desséchement obtenu — et il a lieu très rapidement — on livre la terre soit au forestage, soit aux cultures ordinaires.

Le forestage par le pin (car le pin est l'ami tout personnel de ce sol) se fait de diverses manières. On peut semer à la volée dans la bruyère : les pins viennent, mais espacés et branchus ; ils ne sont bons que pour le résinage, et ne donnent de produits qu'à la vingtième année. On peut planter à la pelle ; pour cela, on soulève de distance en distance un peu de terre et, dans chaque trou, ou bien l'on enfouit la graine (si l'on veut mettre le terrain en réserve), ou bien on plante un pin de cinq ans (si l'on veut livrer

qui l'a administré. Le docteur M.-P. James examine cette question dans un article du MEDICAL TIMES (19 septembre), et conclut, — avec justesse selon nous, — que la responsabilité revient à l'opérateur; nous parlons de la responsabilité légale ou officielle.

— Pendant qu'on discourait à la même Académie sur la contagion de la fièvre jaune, le GIORNALE DELLE SCIENCE MEDICHE, qui est le journal de l'Académie de Turin, publiait sur la contagion en général deux mémoires importants : l'un de M. Rosso, qui essaye de ramener la contagion à l'épidémicité; l'autre de M. Amadeo, sur la réalité et la puissance de l'*infection contagieuse*, c'est-à-dire de la transmission par des germes échappés du corps d'un individu malade et ayant pouvoir de reproduire la même maladie chez les individus qui les absorbent. La thèse de M. Amadeo, moins savamment soutenue que celle de M. Rosso, est une interprétation moins tourmentée et plus vraie des faits d'observation. Nous espérions trouver, dans l'un ou l'autre de ces travaux, quelque aperçu du genre de ceux que M. Trousseau a si brillamment exposés à la tribune; nous avons été déçu: M. Rosso rappelle seulement la diversité des influences exercées sur la production des maladies par les diverses contrées du globe ou par les diverses localités d'une même contrée; mais l'auteur, qui admet les miasmes palustres et ne comprend pas les contages, ne réfléchit pas que cette influence si variable des lieux sert aussi bien les contagionistes que les épidémicistes.

Constatons à cette occasion que les vues de M. Trousseau, qui ont paru étranges à deux organes de la presse médicale de Paris, ont trouvé au contraire, auprès de la GAZETTE MÉDICALE et de la GAZETTE DES HÔPITAUX, une sympathie plus vive encore qu'auprès de la GAZETTE HEBDOMADAIRE. M. Guérin, en particulier, a traité avec beaucoup de talent cette question si difficile de la contagion.

A. DECHAMBRE.

Un journal des départements nous appelle, avec plusieurs autres, *prud'hommes* (c'est *Prudhomme* qu'on veut dire) pour avoir provoqué, avant de prendre un parti définitif dans la grosse affaire qui occupe le corps médical, quelques explications sur la portée qu'on entend donner à l'Association; et il taxe tout net d'*absurdes* certaines observations de nos confrères de Bordeaux. Une si grande supériorité de ton annonce sans doute une intelligence toute particulière de la question. Jugez-en :

Une association générale, *demandée en partie dans un but d'amélioration morale et professionnelle, et rattachée à l'Association du département de la Seine*, est-elle possible, est-elle bonne, dans la condition actuelle de cette Association? C'est la préoccupation de plusieurs personnes, la nôtre spécialement. — Eh, répond le journal, l'Association de la Seine restera chez elle, et l'on en créera *une autre* à Paris, qui sera indépendante!

C'est juste; nous n'avions pas parlé de l'Association *future* de la Seine : excusez l'oubli.

M. Prudhomme est une assez bonne figure; mais il y a encore *Queue-Rouge*, à qui son maître reproche d'avoir jeté à la poste une lettre sans suscription, et qui répond : Je croyais que l'adresse était dedans (1)!

DÉCOUVERTE DU TOMBEAU D'HIPPOCRATE (?).

Dans le numéro du 1er mai 1857 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, nous nous sommes borné à annoncer simplement qu'on avait découvert le tombeau d'Hippocrate près de Larisse, en Thessalie. Nous trouvons à ce sujet dans l'ABEILLE MÉDICALE D'ATHÈNES une lettre que nous nous empressons de traduire, en la faisant suivre de quelques observations.

A M. GOUDAS, rédacteur en chef de l'*Abeille médicale d'Athènes*.

Monsieur et très honoré confrère, presque tous les historiens de la médecine rapportent que le divin Hippocrate, père de notre art, originaire de Cos, voyagea beaucoup, pour apprendre à guérir les maladies et pour étudier les moyens propres à chaque pays dans la médecine et dans l'hygiène; que, vers la fin de son illustre carrière, il vint mourir à Larisse, en Thessalie. Sprengel dit : « Suivant Soranus, Hippocrate mourut à Larisse, où, jusqu'à ces derniers temps, on montrait son tombeau entre cette ville et Gyrton. » Suidas, au mot HIPPOCRATE, dit : « Et il fut enterré à Larisse. » Foës, se conformant à ce qui nous a été conservé par Soranus sur la vie d'Hippocrate, dit : « Or, il fut enterré entre Gyrton et Larisse, et on y montre jusqu'à présent son tombeau. » Le lexicographe de l'archéologie, Pauly, dit : « Hippocrate mourut et fut enterré à Larisse; et les Larisséens, deux siècles après le Christ, montraient le tombeau d'Hippocrate. »

Parmi les modernes, les célèbres Rhigas de Phères et Gazès soutiennent que le tombeau d'Hippocrate existe parmi les tombeaux des Ottomans situés en dehors de Larisse, au lieu appelé *quartier des Arnautes*. L'immortel Coray dit à peu près la même chose. De tout cela il ressort que le père de la médecine mourut à Larisse et qu'il fut enterré le long du chemin qui passe entre cette ville et l'ancienne Gyrton, et qu'en outre, jusqu'à ces derniers temps, les habitants montraient le tombeau d'Hippocrate. Or. suivant les cartes

(1) Une circulaire qui nous est annoncée de Bordeaux, et qui est relative à l'Association, ne nous est pas parvenue au moment où nous mettons sous presse.

---

le terrain au parcours du bétail); les pins ainsi venus ne sont propres encore qu'à fournir de la resine. Autre procédé. Par un jour très sec du mois d'août, on met le feu à la lande. Le lendemain, on sème *sur cendre*, à la volée. Les pousses viennent droites, assez rapprochées, et au bout de quatorze ans on en tire des échalas, des manches à balais, etc. Enfin, on peut obtenir ce dernier genre de produits en dix ans, en défrichant avec la houe à 10 centimètres seulement de profondeur, retournant chaque morceau de terre détaché, laissant reposer une année, hersant, semant à la volée, et hersant de nouveau.

Veut-on créer une propriété rurale, on tourne et retourne la terre pendant plusieurs années, jusqu'à ce qu'elle soit parfaitement ameublée; ou bien, immédiatement après le défrichement pratiqué en été, on fait brûler les couches de 10 centimètres enlevées avec la houe et l'on en répand la cendre. Quand la terre a reçu les œuvres suffisantes, il faut la fumer abondamment pour détruire l'acide ulmique qu'elle contient en excès. Cette terre est en très grande partie composée d'humus. Elle ne convient qu'au jardinage, aux pins, aux chênes et aux ormeaux. Les céréales, les plantes fourragères et les légumineuses n'y viennent que quand l'aridité du sol a disparu par le chaulage, les fumures et le labour; mais alors ces terrains donnent de magnifiques produits. Ainsi, avant la grande fumure, *rien* ne vient que les arbres; après la grande fumure, *tout* réussit.

Et les fièvres intermittentes, allez-vous dire? — J'y songeais. Le pays, tel qu'il est aujourd'hui, offre d'ailleurs une assez belle occasion d'étudier un point particulier de leur histoire. Vous savez que l'infection palustre respecte d'ordinaire les lieux élevés, et que l'intensité des affections endémiques de cette origine est généralement en proportion inverse de l'altitude. Mais il est facile de comprendre que la composition géologique du sol et la configuration du terrain peuvent fixer à des hauteurs très variables des foyers miasmatiques d'une grande activité. Je me rappelle — il n'y a que moi pour avoir souvenir de ces choses-là — que traitant, dans ce journal même (année 1854), de l'influence exercée par la nature des terrains sur le développement du choléra, je faisais remarquer

géographiques de l'ancienne Grèce, la ville appelée aujourd'hui Tyrnabe est située exactement dans l'ancienne Gyrton, ou bien à côté et un peu au nord. Voilà pour ce point. Mais, depuis que je me suis établi ici, j'ai appris ce qui suit d'un homme érudit, M. Thomas Andréadès, au sujet du tombeau d'Hippocrate.

En 1826, après une inondation, quelques paysans découvrirent, à dix minutes de la ville actuelle de Larisse, à l'est de la route qui conduit de Larisse à Tyrnabe, et près des villages de Giannouli et du Kiosque, une tombe ou sarcophage. En apprenant cette nouvelle, M. Thomas Andréadès et un autre savant larisséen, M. Jean Œconomidès, s'empressèrent de faire des recherches. En creusant un peu, ils découvrirent sur la tombe une tablette de pierre qui portait gravées très lisiblement les lettres ΙΠΠΟΚΡΑΤ et quelques autres.

Ces messieurs n'osant pas, à cause des troubles de cette époque et de la cruelle persécution contre les chrétiens, entreprendre d'autres recherches, s'empressèrent de faire connaître cette circonstance à un Ottoman puissant de cet endroit qui protégeait les chrétiens, Nedjib-Bey. Celui-ci, persuadé que la chose en valait la peine (autant que peut l'être un Ottoman ignorant la valeur d'une pierre ou tombeau des hommes morts depuis des siècles), envoya sur les lieux des serviteurs, en leur ordonnant de transporter dans sa maison la tablette de pierre portant l'inscription, et ce qu'on pourrait trouver dans le sarcophage. La tablette ayant été levée, raconte M. Thomas Andréadès, qui était présent, on trouva dans le sarcophage diverses anciennes pièces de monnaie et une chaînette d'or ayant la forme d'un serpent. Mais ces objets furent immédiatement pillés. Quant à la tablette de pierre, elle fut portée dans la maison du bey; mais celui-ci étant mort peu de temps après, la destinée de la tablette fut complétement ignorée, ainsi que la teneur de l'inscription.

Après avoir appris ces détails, je fouillai, avec la permission de l'épouse du bey, toute sa somptueuse maison, afin de trouver la précieuse tablette. Après beaucoup de recherches inutiles, je la découvris enfin, heureusement saine et sauve, et non renversée, dans la salle de bains de la maison. J'y lus exactement l'inscription suivante, que je copie simplement en lettres communes, ne pouvant ni imiter les caractères gravés, ni les modeler. Je conclus de leur forme qu'ils sont très anciens. Ils présentent, comme vous le voyez, cinq lignes. Les lettres qui y sont tracées et que je figure ici sont faciles à lire. Pour les endroits marqués par des points, ils portaient indubitablement des caractères; mais ils ont été effacés par le frottement et par le temps, ou, du moins, leur lecture offre de grandes difficultés à moi, médecin comme vous savez, qui ne me suis jamais occupé de cette sorte d'études.

L'inscription est ainsi conçue :

. . . . ΙΠΠΟΚΡΑΤ . . . . ΚΩ . . . . ΑΓΑΛΟΦ . . .
. . . . ΣΩΜΑ . . . .
ΠΟΛΕΙ . . . . ΜΕ . . . . . ΤΕΛΕΣΦ . . .
ΑΓΑΘΗ . . . . ΑΡΕ . . . . . ΕΝΕΚΑ . . .
. . . . ΧΡΗΣΤΕ . . . . . . ΧΑΙΡΕ.

Après avoir copié cette inscription, je me suis empressé de rechercher le sarcophage à l'endroit indiqué. Je l'ai trouvé heureusement sain et sauf et caché sous un peu de terre. J'ai pensé qu'il était de mon devoir de vous communiquer ces faits pour les publier. Je désire de toute mon âme que des hommes savants fassent le plus tôt possible les études scientifiques les plus exactes pour la manifestation de la vérité; mais je désire principalement la vérification et la démonstration incontestable de ces faits. Certes, je ne doute nullement que nous autres médecins grecs nous y devions être les premiers à donner notre obole pour arracher au temps, qui détruit tout, ce précieux et inestimable trésor d'un de nos ancêtres, et pour le conserver avec honneur; mais je regarde comme indubitable que, pour atteindre ce but sacré et généreux, le concours empressé de tous les médecins du monde nous est assuré.

Je suis, etc. Samartsidès.

Larisse, le 1er (12) mars 1857.

Observations du traducteur.

Assurément nous pensons, comme notre honorable confrère de Thessalie, qu'il n'y a pas un médecin au monde qui ne se réjouisse à l'idée de posséder le tombeau d'Hippocrate. Outre le sentiment généreux qui porte tout homme de cœur à conserver religieusement les reliques des bienfaiteurs de l'humanité et des créateurs des sciences, il y a ici un intérêt historique direct à acquérir un document authentique qui vienne ajouter, à celles que nous possédons déjà, une nouvelle démonstration plus précise et plus nette de la réalité de l'existence et de la personnalité d'Hippocrate, et c'est là une chose qui n'est point à dédaigner par ces temps de critique dissolvante, qui pousse l'analyse des faits historiques presque jusqu'à leur anéantissement. Nous serions donc très heureux de pouvoir partager complétement la conviction que nous possédons incontestablement le tombeau du père de la médecine. Malheureusement les détails donnés par la lettre qu'on vient de lire sont loin de porter dans notre esprit cette certitude.

Nous laissons aux épigraphistes de profession le soin d'étudier la contexture de l'inscription, de restituer les mots disparus, d'en chercher le sens, et de décider si, dans les paroles qui la terminent, par exemple, il n'y aurait pas quelques raisons de croire que cette inscription ne peut guère être antérieure à l'époque d'Alexandre

que la notion de la constitution géologique pouvait devenir une source d'erreurs, si l'on ne savait en même temps jusqu'à quel point la disposition des surfaces s'oppose à la stagnation des eaux et à leur contact avec des matières végétales ou animales. Il en est de même en ce qui concerne l'influence de l'altitude. Dans les landes de Guyenne, qui paraissent plates au voyageur, faute d'accidents brusques de terrain, mais qui, indépendamment des deux versants opposés, offrent d'assez grandes différences de niveau, la fièvre intermittente est loin d'affectionner particulièrement les parties basses. Il y a — et les médecins du pays sont d'accord à cet égard — plus de fièvres intermittentes à Morcens, Sabres, Rion, qu'à Lamothe. Or, sur un *profil en long* de chemin de fer, que je dois à l'obligeance d'un employé, je vois que la hauteur, ou, comme on dit, la *côte* des rails au-dessus du niveau de la mer, est à Morcens de 76m,39mm; à Sabres, de 85m,85mm; à Rion, de 68m,15mm, tandis qu'elle n'est que de 9m,37mm à Lamothe. Le nombre des fiévreux est relativement peu considérable dans toute la partie *déclive* qui s'étend de Lalesque à Bayonne. C'est que l'élévation du terrain n'empêche pas le sous-sol d'argile imperméable de retenir les eaux, et certains reliefs du terrain de les assembler en marais. C'est donc l'étendue des marais qui mesure seule l'intensité des foyers miasmatiques. Voilà pourquoi, au point de vue de l'assainissement comme au point de vue du défrichement, l'œuvre essentielle est de fournir un écoulement aux eaux.

Combien ce remuement des terres coûtera-t-il à la santé des ouvriers? C'est ce que je n'ose vous dire. Il ne paraît pas, toutefois, que les agents d'intoxication aient dans cette contrée une très grande énergie. Le sol, retourné superficiellement, est dépourvu d'argile; il se sèche avec une grande rapidité dès que les eaux ne sont plus emprisonnées. Ce sont des conditions très différentes de celles qu'on rencontre en Bretagne et en Sologne, où le sol est argileux et reste longtemps humide après l'établissement des fossés. Aussi les travaux de défrichement dans ces contrées, en Sologne surtout, sont-ils assez pernicieux. Il faut ajouter pourtant que, dans les Landes de Guyenne même, on ne s'en tirera pas sans quelque dégât. Je sais très positivement que les travaux exécutés

le Grand. Mais nous devons toutefois faire observer, à cet égard, que la critique sera toujours incomplète et défectueuse tant qu'on n'aura pas publié la photographie même de l'inscription, ou bien tant qu'on ne l'aura pas estampée et reproduite telle qu'elle est, soit par un moulage, soit par les procédés de M. Lottin de Laval, dont le secret a été acheté par le gouvernement français. Il est évident, en effet, que la forme des lettres et la manière dont les caractères sont gravés sur la pierre sont des éléments d'importance majeure pour la détermination de l'âge de l'inscription.

Nous ne critiquerons point non plus les témoignages plus ou moins anciens rapportés par M. le docteur Samartsidès, et qui sont relatifs à la mort et à l'inhumation d'Hippocrate près de Larisse. Tous ces témoignages, en définitive, se réduisent à un seul, celui de Soranus, qui a été répété par tous les autres. Nous laissons au savant M. Littré, ainsi qu'à notre honorable confrère M. Daremberg, qui se sont spécialement occupés, dans ces derniers temps, de l'exégèse hippocratique, le soin de déterminer jusqu'à quel point le témoignage de Soranus a de l'importance dans la question qui nous occupe. Nous nous bornerons à faire remarquer que, puisque de tout temps les habitants de Larisse ont montré le tombeau en question comme étant celui d'Hippocrate, il est fort possible que l'opinion de Soranus ait eu, en définitive, pour origine et pour unique base cette tradition des Thessaliens de Larisse. Or, comme le nom d'Hippocrate était très commun en Grèce, ce nom inscrit sur la pierre, ainsi que la tradition dont il s'agit, ne seraient point des motifs suffisants pour attribuer ce tombeau à l'illustre médecin de Cos, en l'absence surtout de documents propres à établir la haute antiquité et la certitude de cette tradition.

Pour notre compte, et c'est sur ce point seulement que nous désirons arrêter un instant l'attention du lecteur, nous trouvons dans les détails mêmes de la découverte du tombeau des motifs de doute et d'incertitude que nous soumettons aux réflexions de notre confrère de Larisse. Et d'abord, au lieu d'invoquer simplement l'opinion de MM. Rhigas et Gazès, ainsi que l'autorité si imposante du célèbre Coray, il aurait mieux valu nous donner les raisons que ces savants apportent à l'appui de leur manière de voir, sans quoi nous sommes autorisé à dire que c'est encore là un écho du récit de Soranus; ensuite, en considérant cette tradition constante des Larisséens, qu'ils possèdent près de leur ville le tombeau d'Hippocrate, on ne comprend guère qu'il ait fallu une circonstance fortuite pour le mettre à découvert et pour que des paysans vinssent le faire connaître à MM. Andréadès et Œconomidès, qui, en leur qualité d'érudits, auraient dû savoir que ce tombeau existait et connaître même la place précise qu'il occupait. Mais la suite du récit de M. le docteur Samartsidès est encore plus difficile à expliquer. En effet, voilà deux savants hellènes qui, malgré les Turcs, ont la hardiesse de fouiller et de creuser un peu la terre, de manière à pouvoir lire très facilement le nom d'Hippocrate sur une pierre; mais ils n'osent pas aller plus loin et ouvrir le sarcophage, ce qui n'exigeait cependant que quelques coups de pioche de plus. Cette excessive timidité a eu pour conséquence une perte extrêmement regrettable et désormais irréparable, car les monnaies précieuses pillées par les gens de Nedjib-Bey eussent donné la solution nette et précise de presque toutes les questions relatives à ce tombeau, et auraient servi en même temps à contrôler quelques-uns des récits de Soranus. M. Andréadès, à qui notre honorable confrère de Thessalie donne le titre de savant, voit ce pillage du sarcophage et ne cherche pas à étudier, ne fût-ce qu'un instant, ces pièces de monnaie; il n'essaye pas de se les procurer ou du moins de suivre leur destinée dans la main de ces Turcs cupides et ignorants, afin qu'à un moment donné il puisse prendre leur empreinte, la publier et donner ainsi à l'Europe érudite le moyen de déterminer leur âge et de les classer! Cette conduite de M. Andréadès est véritablement inexplicable et jette les doutes les plus sérieux sur sa narration.

En outre, il existe dans la lettre de M. le docteur Samartsidès des lacunes qui laissent planer une grande incertitude sur plusieurs circonstances importantes de cette affaire, en l'absence surtout de la publication d'une copie exacte de l'inscription ou de l'exposition de la pierre elle-même. Il est vrai que ces lacunes peuvent être réparées, puisque l'on affirme que le sarcophage existe sain et sauf, et préservé par un peu de terre, dans l'endroit même où il a été trouvé. Nous engageons instamment notre confrère de Thessalie à compléter son récit et à entrer dans tous les détails archéologiques et épigraphiques nécessaires pour servir à déterminer l'âge, l'époque et l'appropriation de ce monument funéraire. Dans ces recherches, aucune circonstance n'est inutile. Un récit abrégé comme celui qu'il nous a donné est tout à fait insuffisant; et, puisqu'il a attiré l'attention des médecins sur ce fait intéressant, il faut qu'il donne satisfaction à leur juste curiosité et qu'il fasse tous ses efforts pour les mettre à même de savoir la vérité sur cette question : Le tombeau trouvé près de Larisse est-il ou n'est-il pas celui de notre grand Hippocrate?

D[r] René Briau.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'INFLUENCE DE LA NAVIGATION ET DES PAYS CHAUDS, SUR LA MARCHE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Depuis l'époque de sa publication dans le tome XX[e] des *Mémoires de l'Académie de médecine*, mon travail sur la *Phthisie pulmonaire* a été l'objet de critiques que j'ai laissées jusqu'ici sans réponse. Tant qu'elles n'ont porté que sur des points de détail, j'ai gardé le silence, parce que je n'ai jamais eu la prétention d'imposer mes idées sans réserve. Lorsqu'on m'a accusé de soutenir un paradoxe pour me sin-

---

pour la construction du chemin de fer ont sensiblement accru le nombre des fièvres intermittentes, non-seulement parmi les ouvriers, mais parmi les habitants des communes voisines. Cette influence a été surtout manifeste dans les localités traversées par l'embranchement de Mont-de-Marsan. On peut induire de là que le défrichement produira des effets analogues, mais moins prononcés probablement, en raison du peu de profondeur donné au remuement des terres, en raison surtout de l'opération du dessèchement qui précédera la mise en culture et assainira ainsi tout le pays sans que la terre ait été touchée ailleurs que sur le parcours des fossés.

C'est au milieu de ces méditations agronomiques et hygiéniques que je suis arrivé à Saint-Esprit, où mon premier soin a été de prier le patron du lieu de vouloir bien descendre en langue de feu sur un superbe gendarme qui ne pouvait pas comprendre que je n'étais pas un malfaiteur, et voulait absolument mon passeport. — D'où êtes-vous ? — De Paris. — Qui connaissez-vous? — L'Empereur, que j'ai vu souvent à cheval! Vaincu par cet argument irrésistible, le gendarme me laissa passer, et je montai aussitôt dans l'omnibus qui conduit à Biarritz.

J'ai peu de choses à vous dire de Biarritz, où je ne suis resté que cinq heures, en partie consumées à contempler les jeux du troupeau marin, moutons et brebis, qui frétillait dans une promiscuité digne de l'âge d'or. On ne voit pas même ici la ficelle qui devait séparer les sexes dans les bains socialistes. L'administration prend une précaution fort louable que je n'ai pas vue dans d'autres établissements de bains de mer : c'est de tenir en permanence au large, tout près des baigneurs, une barque montée par deux ou trois nageurs éprouvés. Les ondulations provoquées par les ébats de la foule et par la marée impriment à la coquille des mouvements terribles, dont la seule vue donne des nausées. Grâce à ce secours, quand le vieux Protée s'assied le soir sur un rocher pour faire le dénombrement de son peuple humide, il est assuré de trouver son compte. Hélas! une fois un couple manqua, le plus jeune et le plus beau; mais il y a longtemps de cela, et les barques ne l'auraient pas sauvé. Ce Daphnis et cette Chloé s'étaient retirés

gulariser, quand on m'a représenté comme un démolisseur, dont l'esprit malheureux ne se plaît que parmi les ruines, j'ai cru devoir me taire encore, parce que tout cela n'avait trait qu'à ma personne. A mon avis, la presse médicale n'est point un champ clos dans lequel les amours-propres peuvent se donner carrière. Elle a pour mission d'instruire, de renseigner ou tout au moins d'intéresser ses lecteurs, et je ne voyais pas quel attrait, ou quel enseignement, ils auraient pu trouver dans ma réponse. L'éminent écrivain qui me prêtait des instincts si déplorables convenait, du reste, par une contradiction dont je ne me suis jamais bien rendu compte, qu'il adoptait à peu de chose près mes conclusions générales. J'attache assez de prix à son opinion, pour me contenter de cet acquiescement, sans m'arrêter à ce que la forme sous laquelle il s'est produit pouvait avoir de peu flatteur pour moi.

Je me trouve en face aujourd'hui d'un adversaire qui ne me fait pas une concession, qui prend à partie chacune de mes conclusions et qui en fait justice en quelques lignes. M. Boudin, dans le remarquable *Traité de géographie et de statistique médicales* qu'il vient de publier, s'appuie presque exclusivement sur des documents empruntés à la presse anglaise, pour établir qu'aucune de mes assertions ne repose sur des bases solides. La Gazette hebdomadaire ne voulait pas déposer ses convictions devant mon armée de chiffres ; je suivrai son exemple et je ne me rendrai pas, sans résistance, à celle que M. Boudin est allé recruter en Angleterre.

Il commence par avancer que nous ne possédons en France aucune statistique satisfaisante et que nos voisins seuls peuvent nous en fournir. Nous n'avons pas, il est vrai, de documents officiels, publiés sous les auspices du gouvernement : c'est une lacune regrettable ; mais, en somme, les rapports du colonel Tulloch et du docteur Wilson, auxquels M. Boudin a emprunté la plupart de ses arguments, ne sont qu'un résumé des comptes rendus des médecins de la marine et des colonies ; les documents que j'ai produits ont été puisés à des sources semblables, ils ont au moins une valeur égale pour ceux qui connaissent le service de santé des deux marines, et je ne pense pas que la sanction de l'amirauté puisse être considérée comme une garantie médicale.

Or, en ce qui concerne la navigation, j'ai prouvé que sur 82 navires, montés par 16,612 hommes d'équipage et répartis dans nos différentes stations, on avait compté 691 décès, dont 91 dus à la phthisie, c'est-à-dire 1 sur 7,59 ; que cette maladie avait fait, chaque année, 1 victime sur 364 marins, tandis que l'armée de terre, en France, ne compte qu'un décès par cette cause, sur 13,6 décès généraux et sur 578 soldats.

En ce qui a trait aux pays chauds, je suis arrivé à des chiffres tout aussi concluants, pour nos colonies, puisque l'infanterie de marine y perd annuellement 1 homme sur 277 ou 3,6 sur 1,000.

J'ai pris, pour base de mes calculs, les résultats obtenus par Benoiston de Chateauneuf, dans son *Essai sur la mortalité dans l'infanterie française*. C'est le travail le plus complet que nous possédions sur ce sujet, et je l'ai vu souvent invoquer en pareil cas. M. Boudin ne lui accorde aucune confiance. Il est évident, dit-il, que le chiffre de Benoiston de Chateauneuf est fort au-dessous de la réalité, et qu'on peut évaluer au cinquième de la mortalité générale, dans l'intérieur, la proportion des décès causés par la phthisie pulmonaire dans les rangs de l'armée française. Quelque compétent que soit, en pareille matière, le savant médecin en chef de l'hôpital du Roule, il serait à désirer, il me semble, qu'il opposât, aux chiffres si précis de l'auteur que je viens de citer, autre chose que des dénégations. Lorsqu'on s'appuie exclusivement sur la statistique, il n'est pas logique, à mon avis, de faire aussi bon marché de celle des autres. Les calculs de Benoiston de Chateauneuf ont porté sur l'armée tout entière, sur une période de six années et sur 17,209 décès. M. Boudin ne trouve à leur opposer que les résultats obtenus, en quatre années, dans l'hôpital qu'il dirige. Encore lui ont-ils fourni le chiffre de 1 décès par phthisie sur 7,06 décès généraux, un peu moins du septième par conséquent, ce qui nous éloigne sensiblement déjà de la proportion du cinquième établie *à priori*. Si M. Boudin récuse les chiffres de M. Benoiston, je puis opposer à mon tour, à ceux qu'il produit lui-même, la statistique établie au Val-de-Grâce par M. Journé de 1835 à 1837. En opérant sur les mêmes hommes, dans la même ville et dans les mêmes conditions, il a trouvé pour 7,509 admissions 329 décès, dont 27 dus à la phthisie, c'est-à-dire 1 sur 12,18, ce qui se rapproche beaucoup de l'évaluation à laquelle je me suis arrêté.

J'ai mis quelque insistance à justifier mon point de départ, parce que c'est sur lui que repose tout le débat. M. Boudin a emprunté le sien à l'armée anglaise, en choisissant les deux corps qui payent, à ce qu'il paraît, à la phthisie, le plus large tribut, l'infanterie de ligne et l'infanterie de la garde. Cette maladie, d'après le tableau qu'il produit, entre pour près de la moitié dans le chiffre total des décès : elle fait 8,9 victimes

---

secrètement dans une grotte : on n'a jamais pu savoir pourquoi. Le réduit était creusé sous le rivage même ; la marée montante s'y engouffra, et le lendemain matin les flots jouaient avec deux cadavres, qui de temps en temps battaient la rive. La grotte s'appelle aujourd'hui la *Chambre d'amour ;* elle est située près des constructions impériales.

Biarritz offre aux baigneurs deux plages également tapissées d'un sable fin. L'une est habituellement tranquille et l'autre presque toujours houleuse. Jadis on se baignait de préférence dans la première, parce qu'il n'y avait pas de vagues ; maintenant on se baigne de préférence dans la seconde, parce qu'il y a des vagues. C'est l'effet de la prédilection que les médecins eux-mêmes ont contractée pour les *bains à la lame*. Ce n'est pas que, à Biarritz, la vraie *lame* soit fréquente : je parle de ce mouvement particulier de brassage qui fait clapoter l'eau sur la surface du corps. Il paraît, au contraire, que ce phénomène y est très rare ; mais le soulèvement subit des flots qui arrivent sur vous comme poussés par de gigantesques balais a des avantages du même genre, et plus prononcés, au point de vue de l'action médicale. En réalité, la part faite aux entraînements de la mode, il n'est pas indifférent que le bain soit pris dans une eau tranquille ou dans une eau agitée : la première convient mieux aux personnes nerveuses, chez qui la réaction peut aisément monter jusqu'à l'excitation ; la seconde aux personnes plus molles, plus froides, et dont la circulation manque d'activité. C'est un des mérites de Biarritz de convenir sous ce rapport à tout le monde ; de pouvoir calmer les natures sensibles, et fouetter qui en a besoin.

A. Dechambre.

Une offre de 500 dollars avait été faite, par l'intermédiaire du *Boston Courier*, à toute personne qui, en présence de professeurs de l'Université de Cambridge, Harvard, reproduirait quelques-uns de ces phénomènes mystérieux ou interviennent, dit-on, des *médiums*.

Le défi fut accepté par le docteur Gardner et par plusieurs personnes. La commission fut composée des professeurs Pierre, Agassiz, Gould et Horsford, de Cambridge. Les essais durèrent plusieurs jours, après lesquels la commission déclara que M. Gardner s'était montré impuissant à rendre la commission témoin d'aucun phénomène inconnu jusqu'ici à la science et dont la cause ne fût pas immédiatement assignable.

sur 1,000 hommes, dans le premier de ces corps, et 12,5 pour 1,000 dans le second.

En prenant pour terme de comparaison un chiffre semblable, il lui devient facile d'arriver à son but et d'établir une mortalité moindre pour les colonies les plus hostiles aux tuberculeux, pour les stations navales les moins favorisées. Mais ne serais-je pas en droit, à mon tour, de le trouver exagéré? Comment croire que ces troupes, si brillantes de vigueur et de santé, recrutées avec tant de soin, puissent perdre annuellement 26 hommes sur 1,000, lorsque notre armée, dont le sort se charge de remplir les cadres, n'en perd pas plus de 20? Comment s'imaginer surtout que la phthisie fasse tant de ravages parmi ces hommes d'élite? Ce fait est en contradiction formelle avec tout ce que nous savons de l'armée anglaise, dont la faible mortalité est habituellement invoquée lorsqu'on veut donner une preuve de l'influence qu'exercent sur la santé du soldat une haute paye et de bonnes conditions d'alimentation. « En Angleterre, dit M. Lévy, la mortalité de » toute l'armée est évaluée à 17 sur 1,000 pour les sol» dats..... Elle se règle, en quelque sorte, sur le tarif de » la solde. » (Lévy, *Traité d'hygiène*, 2ᵉ édition, t. II, p. 788.)

En prenant le fait pour constant, du reste, il ne prouverait qu'une chose : c'est que la phthisie est plus meurtrière en Angleterre que partout ailleurs, et que les malades qui en sont atteints peuvent émigrer sans crainte, certains d'avance qu'ils ne trouveront ni sur leurs navires, ni sur aucun point du globe, de plus déplorables conditions.

En fin de compte, si nous sommes arrivés à des conclusions opposées, c'est que nous avons pris pour point de départ un chiffre tout à fait différent. Je crois avoir justifié le mien; mais je veux bien en adopter un autre, et cette fois, pour que M. Boudin ne puisse pas le récuser, c'est à son livre même que je vais l'emprunter.

L'armée, dit-il, perd annuellement 20 hommes sur 1,000; soit. A l'hôpital du Roule, ses relevés lui ont donné 1 décès de phthisie sur 7,06 décès généraux. Ce nombre ne représente guère que la moitié de celui qu'a trouvé M. Journé pour le Val-de-Grâce; mais enfin je l'accepte tel quel. L'armée de terre, en France, perd donc annuellement, au compte de mon savant contradicteur lui-même, 2,83 phthisiques sur 1,000 soldats. Eh bien! j'ai prouvé par des relevés authentiques, reposant sur vingt-six années d'observation et sur un total de 94,903 soldats, que l'infanterie de marine perdait annuellement 3,6 sur 1,000 de son effectif par la même cause, et que la proportion était plus forte encore à la Guyane, et surtout aux îles de la Société. M. Boudin lui-même donne, pour les colonies anglaises les plus importantes, des chiffres plus élevés que celui-là, parmi les troupes blanches :

6,4	décès par phthisie	sur 1,000 h.	aux Antilles et à la Guyane.
5,1	—	—	—	aux Bermudes.
7,4	—	—	—	à la Jamaïque.
3,9	—	—	—	à Maurice.
3,5	—	—	—	à Ceylan.

Et cependant, lorsqu'il s'agit des pays chauds situés sous la zone torride, il n'oppose à l'ensemble des preuves que j'ai réunies que la statistique des décès dans les trois garnisons de Ceylan, de Maurice et de Madras. Nous venons de voir ce qu'il faut penser des deux premières. La mortalité due à la phthisie y est d'un tiers plus forte que dans l'armée française, d'après les chiffres empruntés à son livre lui-même. Madras fait donc seul exception, et cependant « la phthisie » y fait d'affreux ravages parmi les riches Anglaises qui, » parties de la métropole pleines de vigueur, vont, après » quelques années de séjour, mourir sur la côte malaise, » dont l'air plus doux et moins brûlant semblait leur pro» mettre une guérison assurée. » (Grisolle, 5ᵉ édition, t. II, p. 499.) Madras est situé, du reste, à la côte de Coromandel, où la phthisie, d'après M. Collas, s'aggrave rapidement parmi les Européens.

Il est d'ailleurs un élément dont il faut tenir compte dans l'appréciation de ces données.

Dans les pays insalubres, les maladies endémiques prélèvent sur les Européens un si large tribut qu'elles devancent le plus souvent, dans leur marche, les affections à longues périodes, comme la phthisie pulmonaire : c'est ainsi qu'un tuberculeux expédié au Bengale, où les troupes anglaises perdent annuellement 69 hommes sur 1,000, envoyé à Sierra-Leone, où les décès annuels s'élèvent presqu'à la moitié de l'effectif, a bien des chances de succomber avant d'arriver au terme naturel de sa maladie.

Mes conclusions principales sont, comme on le voit, pleinement justifiées par la statistique. Ce n'est pas, du reste, le seul argument que j'aie invoqué. J'ai fait appel à l'opinion de tous les médecins en chef de nos colonies, et tous ont répondu dans le même sens. J'ai passé successivement en revue chacune des contrées situées sous la zone torride, et partout la phthisie s'est montrée plus meurtrière et plus rapide qu'en France. Des observations particulières ont confirmé ces résultats généraux. Il me serait facile d'en grossir le nombre, si je voulais reproduire ici toutes celles que j'ai réunies depuis la publication de mon mémoire. C'est ainsi, pour en citer un exemple tout récent, que la frégate *la Cléopâtre*, partie de Brest pour commander la station des Antilles le 15 novembre dernier, avait déjà, à la date du 19 mars, renvoyé en France 9 hommes atteints de tuberculisation pulmonaire avancée et en avait perdu un. « Chez tous, m'écrit » M. Brousmiche, chirurgien principal de la station, la » maladie à l'état latent, au départ de France, a pris, sous » l'influence tropicale, un caractère d'acuité remarquable. »

Je suis donc en droit de maintenir les deux assertions qui font la base de mon mémoire :

1° La phthisie fait plus de ravages dans la marine que dans l'armée. A part de rares exceptions, elle marche à bord des navires avec plus de rapidité qu'à terre, et les professions navales doivent être sévèrement interdites aux tuberculeux.

L'interdiction réglementaire, que m'oppose M. Boudin, est une objection illusoire : elle ne s'applique qu'à la phthisie confirmée, dans la marine comme dans l'armée, et s'il en était autrement, si les conseils de révision excluaient tous les hommes qui y paraissent enclins, si tous ceux qui en sont atteints, pendant la durée de leur service, étaient immédiatement réformés, on ne comprendrait pas qu'il ait pu en mourir 152 en quatre ans, entre les mains du savant médecin de l'hôpital du Roule.

2° Le séjour des pays chauds proprement dits, de ceux qui sont situés sous la zone torride, est fatal aux tuberculeux. Lorsque la phthisie arrive à sa seconde période, elle y prend les allures d'une maladie aiguë; elle galope, pour me servir d'une expression que je rencontre à chaque instant dans les rapports que j'ai sous les yeux. C'est à l'égard de cette dernière assertion surtout que je voudrais faire passer ma conviction dans l'esprit de mes confrères.

Qu'on ne m'accuse pas de batailler ici contre des idées qui

n'ont plus cours. Les médecins qui conseillent aux phthisiques d'aller habiter les régions intertropicales ne sont pas aussi rares qu'on le dit. « Il faut, dit M. Grisolle dans son » *Traité de pathologie interne*, qu'on trouve aujourd'hui » dans la bibliothèque de tous les médecins, il faut non-seu» lement conseiller l'expatriation aux phthisiques des pays » froids et tempérés, mais même à ceux qui habitent les cli» mats chauds, comme le midi de la France et de l'Italie; » ceux-là, on les enverra dans des pays plus chauds encore. » Il se hâte d'ajouter, il est vrai, qu'il ne suffit pas toujours de fuir un pays froid et d'aller vivre dans un climat chaud; il cite quelques localités, situées sous la zone torride, où la phthisie marche avec une déplorable rapidité; mais ce ne sont évidemment là pour lui que des exceptions, et le précepte de se rapprocher de plus en plus du soleil n'en subsiste pas moins dans toute sa force. Il ne pouvait pas en être autrement à une époque où l'opinion généralement accréditée n'avait pas encore été soumise à un contrôle sérieux. Avant d'arriver à la conviction dont je me suis fait l'interprète, les chirurgiens de la marine ont été plus d'une fois victimes de leur confiance dans les climats intertropicaux. Plusieurs d'entre eux, se sachant atteints de phthisie pulmonaire, sont entrés dans le service colonial, par voie de permutation, dans l'espoir de conjurer les progrès de leur inexorable maladie. Tous sont revenus en France, au bout de deux ou trois ans, dans un état plus grave qu'à leur départ, et se sont vus réduits à demander leur mise en non-activité. Nous sommes souvent obligés de résister à des demandes semblables, émanant de personnes qui appartiennent aux différents corps de la marine. Cette erreur est bien autrement enracinée en Angleterre. Ce n'est pas en Italie, ce n'est pas à Madère seulement qu'ils envoient leurs phthisiques. Dans leur empressement à les éloigner de leur climat meurtrier, ils les expédient même à la côte occidentale d'Afrique. On en voit arriver tous les ans à Bathurst et à Sierra-Leone, à Sierra-Leone où, comme nous l'avons vu, la mortalité annuelle arrive presque à la moitié de l'effectif. Passons maintenant à l'examen d'objections moins radicales.

On m'a accusé de n'avoir pas traité la question posée par l'Académie. Je pourrais, à cet égard, me prévaloir de son suffrage; mais je préfère le justifier.

Il s'agissait de déterminer le degré d'influence exercée sur la marche de la phthisie par l'émigration dans les pays chauds et les voyages sur mer. Rien ne précisait le sens dans lequel cette influence devait agir, ni la catégorie d'individus auxquels elle devait s'adresser. Il y avait là place pour le doute comme pour la négation, et si je ne craignais de trop m'avancer, je dirais même que c'était le doute qui avait posé la question. C'est ce qui ressort clairement, à mes yeux, de la lecture du compte rendu des séances dans le cours desquelles ce sujet a été traité. Pour me rendre compte des effets de la navigation, il me paraissait rationnel de m'adresser à ceux qui la subissent toute leur vie. C'est dans leurs rangs seulement que l'expérience se fait sur une grande échelle. Des observations particulières étaient insuffisantes pour résoudre un problème posé dans des termes généraux. Il me semblait, à tout prendre, que la santé des cent mille marins que compte la France pouvait bien entrer en ligne de compte, et que la question d'hygiène ne devait pas être sacrifiée à la question de thérapeutique. Je n'ai pas eu pour cela la prétention de les résoudre l'une par l'autre. La première était du ressort de la statistique : c'est à la statistique que je me suis adressé pour la traiter; la seconde ne comportait pas ce genre de preuve : c'est au raisonnement, à l'induction, que j'ai fait appel pour l'aborder. En voyant l'état des phthisiques s'aggraver rapidement à bord de nos navires, malgré tous les soins dont nous pouvons les entourer, il me semblait logique d'en conclure que le même sort était réservé à tous les tuberculeux placés dans des conditions semblables. « La navigation, disais-je, a des exigences fatales, auxquelles personne » ne peut échapper. Les variations brusques de température, » l'humidité constante, le changement incessant de latitude, » les courants d'air inévitables, et, par-dessus tout, le contraste entre l'atmosphère chaude et viciée de l'intérieur du » navire, l'air vif et frais qu'on respire sur le pont, les refroi» dissements, les suppressions de transpiration qu'il amène, » sont pour tout le monde, pour le malade passager comme » pour le marin. Pour en retirer quelques avantages, il faudrait pouvoir écarter ces influences nuisibles; il faudrait » un navire spécial, réunissant un ensemble de conditions » hygiéniques, difficiles à réaliser à bord, de ceux qui ont » une mission à remplir, changeant de climat et de lieu » au gré des saisons et des variations de l'atmosphère. »

Voilà ce que je disais, voilà ce que je pense encore. Les faits particuliers qui contrarient ma manière de voir, et que j'ai cités sans chercher à en atténuer la valeur, prouvent sans doute que la navigation peut améliorer l'état de certains phthisiques; mais, tout en démontrant la possibilité du fait, ils ne sauraient en déterminer la fréquence, et je ne puis y voir que des exceptions.

Les longues campagnes, qui seraient seules capables de modifier une maladie à marche lente, comme la tuberculisation pulmonaire, entraînent de plus des privations, des fatigues et des souffrances qui ébranlent les organisations les plus robustes, et qui ne sauraient convenir à des malades affaiblis. C'est ce qu'a très bien compris M. le rédacteur en chef de l'Union médicale, que ses études sur la phthisie rendent si compétent en pareille matière, et que j'ai le profond regret de compter au nombre de mes contradicteurs. Il se borne aujourd'hui à prescrire à ses malades un voyage dans la Méditerranée, à bord des paquebots de Marseille, faisant escale, pour se reposer, dans quelques-unes des villes du littoral; mais il se garderait bien de conseiller le séjour de quelque point que ce soit de la côte méditerranéenne pendant l'été, seule saison qui permette un pareil voyage. Il place donc les phthisiques entre les fatigues de la mer et les dangers de la côte, et cela pour leur prouver les bienfaits douteux d'un séjour d'un mois à bord.

En ce qui a trait au second terme de la question, les objections qu'on m'a faites tiennent uniquement à ce qu'on ne l'a pas envisagée du même point de vue. De même que j'avais à m'occuper de la navigation en général, j'avais à déterminer, d'une manière générale aussi, le degré d'influence que peut exercer sur la phthisie l'émigration des pays chauds. Or, on désigne sous ce nom, et je n'ai la prétention de l'apprendre à personne, cette large zone dont l'équateur mesure le contour, qui s'étend dans chaque hémisphère jusqu'au 34e ou 35e degré de latitude, sur une surface de plus de dix millions de lieues carrées. Réunissez tous les points du globe qui passent, à tort ou à raison, pour être favorables aux phthisiques, et c'est à peine s'ils occuperont un espace appréciable sur cette immensité. La plupart d'entre eux n'appartiennent même pas à cette zone et font partie des pays tempérés. Si je m'en suis occupé dans mon mémoire, c'est pour me conformer à l'usage et pour ne pas rétrécir le cadre de mes recherches. Lorsqu'il s'agit de tuberculisation pul-

monaire et d'émigration, la pensée se reporte involontairement vers le midi de la France et vers le nord de l'Italie. Ces contrées, avec lesquelles nous sommes chaque jour en relation, attirent seules l'attention. Nous oublions qu'ils sont compris entre le 40e et le 45e degré de latitude nord et que les climats chauds s'arrêtent au 35e, que le nord de l'Algérie, qu'Alger même n'en font pas partie, que l'île de Madère est située à l'extrême limite par 32°,38'. En supposant qu'il en soit autrement du reste, ils ne constitueraient encore qu'une imperceptible fraction d'un grand tout, qu'une exception à la règle générale, et c'est de celle-là surtout que je devais me préoccuper. Après avoir démontré que la phthisie précipitait sa marche sous la zone torride tout entière, que la côte occidentale de l'Espagne, que le bassin de la Méditerranée, que la Turquie, que les provinces méridionales des États-Unis, que les bords de la Plata, que la côte du Chili, etc., ne convenaient pas aux tuberculeux, j'étais en droit, ce me semble, de formuler cette proposition :

Les pays chauds, envisagés dans leur ensemble, exercent une influence fâcheuse sur la marche de la tuberculisation pulmonaire. Est-ce à dire pour cela que je leur préfère les pays froids, pas le moins du monde; et je ne suis nullement tenté de conseiller aux poitrinaires le séjour de la Norwége, de l'Islande ou des îles Feroë, malgré les statistiques encourageantes de M. Boudin. Les points qui me paraissent leur convenir s'éloignent également de ces deux extrêmes, et je les ai clairement indiqués dans les conclusions suivantes :

« Il est, ai-je dit, sur les confins de la zone extra-tropicale, des localités favorisées qui font exception. Leur séjour garantit mieux les phthisiques des affections aiguës de poitrine, leur permet de mener un genre de vie plus propre à entretenir leurs forces, prolonge parfois leur existence et contribue toujours à en adoucir la fin. » Pour faire ressortir les avantages de l'émigration, j'ai fait entrer en ligne de compte les distractions que le voyage entraîne, le nouveau genre de vie qu'il nécessite, l'espoir qu'il ranime; à la séquestration, à l'isolement qui deviennent, pendant le long hiver de nos climats, les compagnons inséparables du phthisique, j'ai opposé les influences bienfaisantes qu'il va trouver sous un ciel plus doux, l'existence au grand air, la promenade au milieu de riantes campagnes, etc. J'ai indiqué les conditions que devait remplir le lieu qu'il choisira, et, passant en revue les stations qui peuvent lui convenir, j'ai placé Madère en première ligne, Hyères, Pise et Venise sur le second plan, en faisant mes réserves au sujet de Rome et de Nice, de l'Égypte et de l'Algérie. J'ai même signalé quelques points moins connus qui me semblent offrir aussi des avantages, et je ne doute pas qu'on n'arrive encore à en augmenter le nombre. Pau, Cannes, sur lesquels M. Edwin Lee (1) et A. Latour ont récemment appelé l'attention, peuvent être à la hauteur de Pise ou d'Hyères. Les mêmes recherches appliquées aux autres parties du monde, sous des latitudes correspondantes, pourraient conduire au même résultat. C'est ainsi, pour en citer un exemple, qu'il existe au Chili, à 12 lieues de Valparaiso, où les variations de température sont si brusques et les maladies de poitrine si communes, une petite vallée, la vallée de Quillota, dont le séjour est considéré dans le pays comme très favorable aux phthisiques. Entourée de tous les côtés par de hautes montagnes, arrosée par une des principales rivières du Chili, elle contraste, par sa belle végétation, par les bois dont elle est couverte, avec l'aridité des campagnes environnantes. Les tuberculeux de Valparaiso vont, pendant la belle saison, y chercher un refuge contre les grandes brises du sud et de l'est. Dans l'hiver, le froid descend du sommet blanchi des Cordillères et les force à revenir à la ville. Le docteur Petit, de qui je tiens ces renseignements, a vu ces changements de résidence suivis des plus heureux résultats. Enfin, on pourrait peut-être trouver, en cherchant bien, sous les tropiques eux-mêmes, quelques points isolés, placés dans des conditions d'exposition et d'altitude spéciales, qui pourraient offrir aux malades un abri d'autant plus précieux, que la zone dont ils font partie leur est plus préjudiciable; mais en quoi ces exceptions, en les supposant encore plus multipliées, pourraient-elles infirmer la règle générale que j'ai établie?

En résumé, je suis, comme la plupart des médecins, partisan de l'émigration, mais dans des limites beaucoup plus restreintes et sans m'en exagérer les bienfaits, mais à condition que le lieu soit bien choisi et la maladie peu avancée.

J'ai toujours été frappé de la légèreté avec laquelle on exile ces malheureux phthisiques et de l'inconséquence qui préside en général à ces décisions.

D'Angleterre on les envoie à Malte, et de Malte on les fait revenir en Angleterre; de Maurice, de Bourbon, on les expédie dans l'Inde, et de l'Inde on les fait partir pour le Cap. Les médecins du Sénégal, des Antilles et de la Guyane se hâtent de rapatrier leurs phthisiques, tandis qu'on en voit partir de France pour la Martinique, pour la Guadeloupe ou pour Cayenne, tandis que les Anglais vont se réfugier à la côte occidentale d'Afrique. De pareilles inconséquences tiennent évidemment à cette profonde erreur, dont la plupart des médecins sont encore imbus : c'est qu'il suffit qu'un pays soit chaud pour qu'il convienne aux tuberculeux, que l'élévation de température est une condition suffisante, et que l'émigration n'est qu'une question de latitude. C'est contre cette dangereuse croyance que j'ai cru devoir m'élever, et je m'estimerais bien heureux si mon modeste travail avait pu contribuer à la détruire.

Mes opinions ne sont pas, on le voit, aussi subversives qu'on a paru le croire. Elles sont, à très peu de chose près, celles de la plupart des médecins qui sont intervenus dans le début. Elles ont trouvé récemment un puissant appui dans la personne de mon collègue et ami, le docteur Fonssagrives. M. A. Latour les partage en partie, en ce qui a trait du moins à la profession nautique, aux régions intertropicales et au littoral méditerranéen. M. Champouillon interdit comme moi le séjour de Nice, de Rome et de Constantinople. Lorsque l'intéressante brochure du docteur Prosper de Pietra-Santa m'est parvenue, j'ai cru, sur la foi de la première page, que j'allais trouver en lui un nouvel adversaire; j'ai eu la satisfaction de voir que je m'étais trompé. Il n'est, en effet, question dans son travail que de Madère, de Pise, de Rome et de Nice. Le seul tort qu'il ait à mes yeux, c'est de conclure de ces quatre stations à la généralité des pays chauds. Je me suis déjà expliqué à cet égard, et ramené à ces proportions, le débat se réduit à une question de mots. M. A. Dechambre, enfin, pense comme moi qu'une température trop élevée ne convient pas à la phthisie, qu'elle redoute tous les extrêmes, l'excès de chaleur comme l'excès de froid. Dans l'application, dit-il, il s'agit de déterminer quelles sont les localités qui lui conviennent. C'est, en effet, là le côté pratique de la question plus générale que j'étais appelé à résoudre : aussi me suis-je efforcé de l'éclairer à l'aide des documents épars que j'ai pu réunir. Ils ne suffisent pas, je le

(1) *Notices sur Hyères et Cannes*, par Edwin Lee, D. M. Paris, 1857.

sais, pour arriver à une solution complète. Une topographie médicale bien détaillée peut seule la fournir, et de pareils travaux ne sauraient être l'œuvre d'un seul. Il faut étudier, au point de vue de la phthisie pulmonaire, chacune des localités situées dans la zone privilégiée dont j'ai tâché d'indiquer les limites. Les conditions d'altitude, d'exposition, de température, de sécheresse et d'humidité qu'elles doivent réunir sont connues. Tout le monde est d'accord à cet égard; il ne s'agit plus que d'en faire l'application. Le moment est venu de procéder à de pareilles recherches. La promptitude avec laquelle on se transporte d'un bout de l'Europe à l'autre, le peu de fatigue qu'entraînent les voyages, ont enlevé à l'émigration ce qu'elle avait de plus pénible. En s'éloignant de son pays, en se séparant de la famille et de ses affections, le malade n'a plus du moins en perspective un isolement complet. Il emporte avec lui l'espoir de rencontrer sur sa route des visages amis, de trouver dans sa nouvelle patrie des souvenirs du pays natal, et la certitude d'y revenir avec la même rapidité, si le besoin de sa présence s'y faisait sentir. Cette facilité dans les communications a déjà porté ses fruits en thérapeutique. Chaque année les eaux thermales voient s'élever le chiffre de leur population nomade. Chaque jour elles acquièrent plus d'importance. A aucune époque elles n'ont été l'objet de travaux aussi sérieux. On a déterminé avec le soin le plus minutieux leur composition chimique, la température et les propriétés particulières à chaque source, les indications spéciales qu'elles peuvent remplir. Pourquoi ne pas se livrer à une enquête analogue en ce qui a trait à la phthisie? Que les médecins de chacune des localités qui peuvent lui servir de refuge, en fassent connaître les conditions météorologiques, en établissent la valeur par des observations multipliées; que la presse médicale, que les sociétés savantes fassent appel au zèle de leurs correspondants, et nous serons bientôt en possession de notions suffisantes pour guider avec sûreté nos malades dans le choix de leur résidence, et nous ne serons plus réduits à leur donner le conseil banal et dangereux d'aller habiter les pays chauds.

Jules Rochard,
Chirurgien en chef de la marine au port de Brest.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 7 SEPTEMBRE 1857.

Physiologie. — *Sur la formation physiologique du sucre dans l'économie animale*, par M. *A. Sanson*. — La discussion et les expériences exposées dans mon mémoire permettent de considérer comme démontrée l'exactitude des propositions suivantes :

1. La propriété de donner de la xyloïdine par l'acide azotique fumant, et celle de donner de l'acide oxalique par ce même acide étendu, propriétés sur lesquelles M. E. Pelouze s'est basé pour établir que la matière glycogène extraite du foie par M. Cl. Bernard possède une individualité propre qui en fait une sorte d'*amidon animal*, ne sauraient autoriser cette conclusion, puisque tous les chimistes savent qu'elles appartiennent également à la dextrine, ainsi qu'à plusieurs autres principes immédiats neutres.

2. L'analyse de cette matière donnée par le même chimiste ne l'y autorise pas davantage, puisque sa formule atomique correspond exactement à celle du glycose, et que d'ailleurs la formule qui représente la composition de l'amidon étant la même que celle de la dextrine, attendu l'isomérisme de ces deux corps, elle se rapprocherait autant de l'un que de l'autre, sans qu'on puisse dire exactement auquel des deux elle devrait être préférablement assimilée.

3. La propriété d'être précipitée de sa solution aqueuse par l'acide acétique cristallisable, que l'on paraît vouloir présenter également comme un caractère distinctif, n'a pas non plus ce mérite, attendu qu'elle appartient encore, comme on s'en assure par l'expérience, à la dextrine végétale.

4. Par ses caractères chimiques, la matière qui dans le foie se change en partie en sucre est donc tout simplement de la dextrine, absolument comme celle que l'on rencontre dans le sang des autres organes de l'économie.

5. Le fait avancé par M. Cl. Bernard que, « chez les animaux carnivores exclusivement nourris de viande, la matière glycogène ou l'amidon animal se rencontre exclusivement dans le tissu du foie, et qu'aucun autre organe de l'économie n'en dénote la moindre trace, » n'est pas exact, puisque les expériences relatées dans le présent mémoire établissent que la *dextrine*, à laquelle il donne ces noms, a été rencontrée, sous l'empire de ces conditions scrupuleusement réunies, non-seulement dans le sang de la veine porte, extrait après ligature préalable du tronc de ce vaisseau à son entrée dans le foie, mais encore dans celui de la circulation générale extrait de la jugulaire; et cela par le procédé de recherche directe recommandé par lui d'abord, et ensuite par celui de la fermentation spontanée, qui m'est particulier.

6. La dextrine contenue dans la viande des herbivores se transforme spontanément en glycose au bout d'un certain temps de son exposition à l'air, puisque, dans une autre expérience également relatée, de la viande de cheval hachée et abandonnée à elle-même dans ces conditions, et qui a été examinée après quarante-huit heures par les procédés ordinaires, a donné un résidu dont la solution aqueuse, additionnée de levûre de bière, est entrée très promptement en fermentation, pour donner finalement de l'acide carbonique et de l'alcool en quantités relativement considérables.

7. Les conclusions de mes précédents mémoires, relatives à la non-existence d'une fonction glycogénique particulière au foie et au mécanisme de la formation physiologique du sucre dans l'économie animale, conclusions basées sur le fait expérimental, d'ailleurs incontesté, de la présence constante de la dextrine dans le sang et les tissus des herbivores, demeurent donc entières; car pour que l'expérience par laquelle on prétend démontrer que cette fonction persiste malgré une alimentation riche en principes sucrés, eût quelque valeur, il faudrait qu'elle offrît un degré de rigueur qu'elle est loin de présenter.

8. En effet, M. Cl. Bernard, qui a choisi, pour faire cette démonstration, des lapins nourris avec des carottes, n'a pas fait un choix heureux, puisqu'il ne peut ignorer que les analyses de tous les chimistes qui se sont occupés de la composition de la racine dont il s'agit, y ont signalé une notable proportion d'amidon, de sorte que, dans ce cas, l'aliment fournit l'élément primordial de la dextrine rencontrée dans le foie.

Dans une lettre jointe à sa note, l'auteur demande que l'ensemble de ses recherches sur la formation du sucre dans l'économie animale soit compris dans le nombre des pièces adressées au concours pour le prix Montyon. (*Renvoi à l'examen de la Commission des prix de médecine et de chirurgie.*)

Physiologie. — *Note sur l'influence des médicaments sur la glycogénie*, par M. *Coze*. — L'auteur, en terminant ce mémoire, résume dans les termes suivants les résultats qui se déduisent de ses recherches :

État physiologique. — 1° Le genre de mort fait varier la quantité de sucre dans le foie. Plus la mort est lente, plus la quantité de sucre diminue.

2° La proportion du sucre du sang artériel et celle du foie est comme 1 : 11.

État pathologique, influence des médicaments. — I. *Chlorhydrate de morphine*. — Sous l'influence de ce médicament :

1. La quantité de sucre du foie augmente de plus du double: elle s'élève de 0,59 à 1,39 ;

2. La quantité de sucre dans le sang artériel augmente aussi du double : elle s'élève de 0,05 à 0,11 ;

3. La proportion entre le sucre du sang artériel et le sucre du foie reste la même qu'à l'état normal ; elle est de 1 : 12 : la combustion pulmonaire n'est donc ni augmentée ni diminuée ;

4. L'augmentation du sucre sous l'influence de la morphine est un argument contre l'emploi de l'opium dans le traitement du diabète : elle explique les insuccès de ce traitement constatés par beaucoup de médecins ;

5. On n'observe pas de sucre dans l'urine.

II. *Tartre stibié*.— Sous l'influence de ce médicament :

1. La quantité de sucre du foie reste stationnaire : elle est à peu près la même qu'à l'état normal ;

2. La quantité de sucre est doublée dans le sang artériel : elle est de 0,10 au lieu de 0,05 ;

3. La proportion entre le sucre du sang artériel et celui du foie a diminué de moitié : elle est comme 1 : 6 au lieu de 1 : 11 ;

4. On peut conclure des deux nombres précédents que la combustion du sucre dans le poumon est entravée ; le tartre stibié peut donc avoir la propriété de diminuer ce phénomène de combustion : le fait est en rapport avec l'action de ce médicament dans la pneumonie, et peut servir à l'expliquer ;

5. On ne rencontre pas de sucre dans l'urine.

En résumé :

La morphine et le tartre stibié ont une action complétement opposée sur la production et la combustion du glycose : de ces deux médicaments, le premier augmente la quantité de sucre dans le foie et le sang artériel ; le second laisse stationnaire la quantité de sucre dans le foie et l'augmente dans le sang artériel.

Le tartre stibié diminue ou entrave la destruction du glycose dans le poumon, la morphine ne change pas la proportion de sucre brûlé.

Les expériences que je viens de rapporter sont le commencement d'un mémoire destiné à examiner au même point de vue les médicaments les plus importants. Mon but, en les soumettant au jugement de l'Académie, est d'indiquer la voie laborieuse dans laquelle doit s'engager l'étude des substances médicamenteuses et la nécessité d'interroger sans cesse et avec attention ce réactif puissant que l'on nomme l'*économie animale*. (*Commissaires* : MM. Milne Edwards, Pelouze.)

PHYSIOLOGIE. — *Fonctions de la moelle*. — M. *Chauveau* communique un mémoire ayant pour titre : *Recherches expérimentales sur la moelle épinière*.

Nous avons déjà parlé de ce travail dans le numéro du 4 septembre 1857. (*Commissaires* : MM. Milne Edwards et Pelouze.)

PHYSIOLOGIE. — *Sur la décomposition de l'éther et la formation de gaz carbonés pendant l'anesthésie*, par M. *Ozanam*. — Dans un premier mémoire, présenté à l'Académie en décembre 1856, j'ai posé cette loi générale : Tous les corps carbonés volatils ou gazeux sont doués du pouvoir anesthésique ; plus un corps est carboné, plus il possède ce pouvoir, » et j'ai confirmé cette loi par l'étude du *gaz oxyde de carbone*. Poursuivant le cours de mes recherches, je viens démontrer aujourd'hui que les substances éthérées n'agissent comme anesthésiques qu'après s'être décomposées en gaz carbonés, et précisément parce qu'elles peuvent se décomposer ainsi. Si l'on considère en effet : 1° que l'éther est un corps éminemment carboné ; 2° que chez l'animal éthérisé l'acide carbonique est exhalé en quantité double de l'état normal (recherches de MM. Ville et Blandin) ; 3° que l'aspiration de gaz non carboné n'entraîne pas cette augmentation d'acide carbonique, on est en droit de conclure légitimement que, dans le cas d'éthérisation, il y a production d'une nouvelle quantité d'acide carbonique aux dépens du seul corps nouveau qui ait été absorbé.

En d'autres termes, quand on respire de l'éther, il se décompose dans le torrent circulatoire, et cette décomposition, qui n'est autre qu'une combustion, donne lieu à la formation abondante de gaz *acide carbonique*.

Or, nous connaissons maintenant les propriétés anesthésiques des gaz carbonés : l'arrêt de l'hématose, la paralysie du système nerveux, tous les phénomènes de l'insensibilité, jusqu'à la mort apparente, puis réelle. C'est donc évidemment sous cette nouvelle forme, et par suite de sa décomposition, que l'éther porte son action stupéfiante sur le système nerveux que l'éther anesthésie.

Ce qui se produit pour l'*éther* doit sans doute avoir lieu pour le *chloroforme*, l'*amylène* et les autres corps anesthésiques ; chacun d'eux, suivant ses affinités chimiques, doit se décomposer, soit en *acide carbonique*, soit en *oxyde de carbone*. (*Commissaires* : MM. Dumas, Pelouze, Balard.)

M. *Ed. Gand* adresse d'Amiens une *Note sur les phosphènes*, note dans laquelle il a consigné les résultats de ses observations personnelles. (*Commissaires* : MM. Velpeau, Pouillet.)

M. *Wanner* envoie la figure d'un instrument de son invention qui, « combiné avec l'hémodynamomètre de M. Poiseuille, donnera, dit-il, la mesure exacte, en poids, des contractions du cœur. »

L'auteur annonçant l'envoi prochain d'une description complète de son instrument, on attendra que son mémoire ait été reçu pour nommer la commission chargée de l'examiner.

M. *Wildberger*, qui avait présenté à un précédent concours un ouvrage sur une nouvelle méthode de traitement orthopédique des *luxations spontanées de l'articulation coxo-fémorale*, adresse des pièces relatives aux résultats obtenus ultérieurement au moyen de cette méthode, et demande que son invention, dont l'efficacité est aujourd'hui mieux constatée qu'elle ne l'était à l'époque du premier examen, soit de nouveau admise à concourir pour le prix Montyon. (*Renvoi à l'examen de la Commission des prix de médecine et de chirurgie*, qui jugera s'il y a lieu d'accéder à cette demande.)

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SÉANCE DU 14 SEPTEMBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISIDORE GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

PHYSIOLOGIE. — *Sur la théorie des pulsations du cœur*. — M. *Chauveau* présente un mémoire dans lequel il s'applique à combattre la théorie de M. Hiffelsheim, qui prétend que la pulsation cardiaque est l'effet du recul qui s'effectue pendant la systole ventriculaire.

L'examen des conditions dans lesquelles se produit le choc du cœur démontre, dit-il, que ce choc ne peut être causé par le recul de la partie inférieure du cœur. J'ajouterai que ce recul n'existe pas, mes expériences ayant démontré qu'au moment de la systole ventriculaire la base du cœur s'abaisse vers la pointe, mais que celle-ci n'éprouve aucun mouvement rétrograde (d'après M. Girard-Teulon, cet abaissement de la base du cœur ne serait pas même un effet hydrodynamique).

Après avoir apprécié la nouvelle expérience avec laquelle M. Hiffelsheim a cru consolider sa thèse et démontré qu'elle ne prouvait rien en faveur de la théorie du recul, M. Chauveau se demande quel est, en définitive, le véritable mécanisme de la pulsation du cœur :

Une voie était toute tracée pour arriver à la connaissance de ce mécanisme, celle que M. Flourens a suivie pour découvrir les causes de la pulsation des artères. Il fallait *voir* et *toucher* le cœur en action, puis analyser avec méthode les faits observés. C'est en procédant de cette manière que je suis arrivé à la conclusion suivante :

La pulsation chez les mammifères est due à l'augmentation brusque que subit le diamètre transversal de l'organe au moment de la systole ventriculaire.

L'observation d'un nombre considérable d'animaux m'a démontré, en effet, 1° qu'au moment de la diastole ventriculaire le cœur, devenu flasque, est fortement déprimé d'un côté à l'autre ; 2° que les ventricules, pendant leur systole, éprouvent un raccourcissement de leurs diamètres longitudinal et antéro-postérieur, mais que leur diamètre latéral augmente. Or, cette augmentation, s'opérant brusquement et avec une force capable de faire équilibre à un poids considérable, ne peut avoir lieu sans déterminer un choc éner-

gique contre les parois latérales du thorax, surtout à gauche, en raison de la plus grande énergie du ventricule gauche, qui se trouve, du reste, moins recouvert par le poumon que le ventricule droit.

Dans l'espèce humaine, les choses se passent de la même manière, avec les différences nécessaires commandées par la conformation particulière du cœur et de la poitrine. Aussi la théorie que je propose doit-elle subir dans sa formule cette légère modification :

La pulsation du cœur chez l'homme est due à l'augmentation brusque du diamètre antéro-postérieur des ventricules.

M. *Gigon* soumet au jugement de l'Académie un mémoire sur l'*albuminurie normale des hommes et des animaux*. (*Comm.* : MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard.)

— M. *Soleil* fils présente un travail sur les verres de lunettes. (Voir au *Premier-Paris*.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Les états de vaccination des départements de l'Aveyron, de l'Eure et du Rhône. (*Commission de vaccine*.) — *b*. Plusieurs recettes de remèdes secrets. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*.)

2° La correspondance non officielle comprend : *a*. Une lettre de M. le docteur *Cornuel*, médecin en chef de la marine en retraite, relative à la contagion de la fièvre jaune. — *b*. Un mémoire de M. *Bouchardat* sur la genèse et le développement de la fièvre jaune. — *c*. Un paquet cacheté adressé à l'Académie par MM. *Jeannel* et *Monsel*. Ce dépôt est accepté.

M. *le Président* annonce à l'Académie qu'elle vient de faire une nouvelle perte en la personne de M. Moricheau-Beaupré, membre correspondant à Calais.

Lectures et Rapports.

CHIMIE MÉDICALE. — M. *Bourdon* donne lecture, au nom d'une commission composée de MM. Chevalier, Caventou, Gaultier de Claubry et Isidore Bourdon, d'un rapport sur un mémoire de M. Aulagnier ayant pour titre : *Recherches sur la glérine et la barégine des eaux minérales*.

Les appréciations de M. Aulagnier concernant la barégine, dit le rapporteur, nous ont paru fondées et convenablement formulées. La barégine, par flocons ou par fragments, ne se rencontre que dans les eaux sulfureuses, et nous pensons, comme M. Aulagnier, qu'elle ne provient pas uniquement de l'évaporation des eaux, bien que nous ignorions encore quelle en est l'origine.

Votre commission juge, comme M. Aulagnier, qu'il n'y a point identité entre la barégine des eaux sulfureuses et la substance animale dont Vauquelin a signalé la présence dans les eaux de Plombières, de Néris ou de Vichy. La matière verte ou *viridine* de ces dernières eaux ressemble encore moins à la barégine.

A l'égard des doutes qu'énonce l'auteur sur les propriétés thérapeutiques de la barégine, nous croyons que ces doutes ont besoin d'être dissipés ou confirmés par des épreuves nouvelles.

Et, afin de donner à l'approbation de votre commission un plus sérieux cachet de vérité, nous conviendrons que le très estimable travail du docteur Aulagnier n'a pas toujours assez d'enchaînement et qu'on y désirerait plus d'ensemble. Les innombrables citations dont il est plein ne sont pas toutes d'une exactitude rigoureuse : c'est ainsi que, pour ce qui concerne l'académicien Lemonnier, ce n'était pas à moitié volume que ce médecin, en 1751, réduisait par évaporation l'eau de Baréges : c'était d'abord à 1/30, et ensuite à 1/60.

Enfin, et quant aux études microscopiques, l'auteur s'en est tenu aux anciennes recherches de M. Turpin. Or, on sait que, depuis ce respectable observateur, la science micrographique a fait des progrès considérables.

Au total, votre commission demande que l'Académie remercie M. Aulagnier pour la communication qu'elle a reçue de son savant mémoire.

Votre commission désire en outre que l'Académie juge convenable de renvoyer ce grand travail à son comité de publication.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

(*La fin au prochain numéro.*)

IV.

BIBLIOGRAPHIE.

Cranial presentations and cranial positions, par R.-U. West, broch. de 60 pag., avec fig ; Glasgow, 1857.

Les lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE savent déjà avec quelle louable persévérance M. West étudie et note tous les cas qui se présentent à son observation. La publication que nous avons sous les yeux est une étude critique et pratique sur la présentation et les positions du crâne, et sur le mécanisme de l'accouchement dans les positions de cette présentation. Le nombre des faits qui servent de base à ce travail est considérable : sur 715 enfants qu'il a reçus en cinq ans dans sa pratique, 682 présentaient le crâne ; sur 201, par différentes raisons, la position primitive de la tête n'a pu être constatée.

Des 481 restants, 306 présentaient le crâne en première position, 151 en seconde, 15 en troisième, 9 en quatrième. Dans ces 481 cas, il y a eu l'occasion de constater la position primitive de la tête et de suivre avec soin sa marche dans toutes les périodes du travail.

Dans la première position, l'oreille droite est près de la symphyse des pubis ; l'extrémité occipitale de la tête descend d'abord dans l'axe du bassin, et finalement vient sous l'arcade des pubis par le côté gauche du bassin.

Dans la seconde, l'oreille gauche est près de la symphyse pubienne, l'extrémité occipitale descend d'abord dans l'axe du bassin et s'avance sous l'arcade des pubis par le côté droit du bassin.

Dans la troisième, l'oreille gauche est près de la symphyse pubienne, l'extrémité frontale de la tête descend dans l'axe du bassin et vient sous l'arcade des pubis par le côté gauche du bassin.

Dans la quatrième, l'oreille droite est près de la symphyse pubienne, l'extrémité frontale de la tête descend dans l'axe du bassin et s'avance sous l'arcade des pubis par le côté droit du bassin.

Dans cette exposition sommaire, on aura remarqué sans doute que M. West ne tient aucun compte de la réforme introduite par Nægelé dans la classification et la fréquence relative des positions du crâne, et qu'il conserve la classification suivie par la plupart des auteurs au commencement de ce siècle, classification presque universellement abandonnée aujourd'hui. C'est que M. West combat de toutes ses forces, et avec une extrême vivacité, cette réforme. Nous y reviendrons tout à l'heure.

Nous voulons d'abord signaler un point sur lequel l'auteur insiste d'une manière toute particulière, à titre d'élément de diagnostic important, très usité en Angleterre et complétement négligé sur le continent. Dans la marche de la tête à travers le bassin indiqué plus haut, on aura peut-être remarqué la mention répétée des rapports de l'oreille avec un point déterminé du bassin. C'est, en effet, à l'oreille que s'adresse M. West pour contrôler et rectifier les impressions erronées que peuvent donner les points de reconnaissance habituels pris sur le crâne. La tête s'engageant dans le bassin en suivant l'axe de cette cavité, l'oreille semble, à priori, aussi facilement accessible au doigt que les deux fontanelles et la suture sagittale qui regarde la courbure du sacrum. Mais en réfléchissant qu'il s'agit de constater la position du crâne avant qu'elle ait été modifiée par les progrès du travail, lorsque l'orifice utérin, encore peu dilaté, est situé en arrière, on ne tarde pas à se convaincre que la suture sagittale et les fontanelles doivent être plus facilement accessibles que l'oreille pressée entre la tête et le pubis. Nous ne voulons pas dire qu'elle soit absolument inaccessible : l'habitude des accoucheurs anglais de mentionner ses rapports avec les pubis prouverait le contraire, et nous recommandons volontiers ce moyen de diagnostic à l'attention des praticiens qui l'ont négligé jusqu'à présent. Mais il ne s'ensuit pas qu'elle soit un

guide plus sûr et plus facile à rencontrer que les fontanelles et les sutures. Les résultats obtenus par M. West lui-même sont loin de servir à fixer d'une manière nette les positions primitives du crâne, car dans toutes les positions admises par lui, l'oreille correspond aux mêmes points des pubis, que l'occiput soit en avant ou en arrière, et l'oreille ne peut être touchée dans une étendue suffisante pour en déduire de quel côté du bassin répond le plan postérieur du fœtus.

Si l'oreille n'est pas un guide plus sûr pour établir avec certitude les rapports précis de la tête avec le bassin au début du travail, les objections de M. West à la réforme opérée par Nægelé dans les positions du crâne et leurs fréquences respectives, perdent beaucoup de leur valeur. Les causes de méprises qu'il signale ont été reconnues et évitées par Nægelé et par ceux qui ont vérifié et adopté ses idées; les reproches de confusion et d'omission qu'il leur adresse ne sont pas mérités, car ils ont nettement défini ce qu'ils entendaient par présentation et positions du crâne. La confusion vient de ceux qui, comme M. West, ne distinguent pas suffisamment les positions de la présentation, et qui admettent plusieurs présentations du crâne sans prendre le soin préalable de les définir exactement.

Tout en relevant quelques critiques mal fondées, tout en signalant des confusions nuisibles à la clarté de l'exposition et des conclusions, nous ne perdons pas de vue que le travail de M. West relève de l'observation, et qu'il engage ses contradicteurs autant que lui-même à vérifier de nouveau les points contestés. Ces luttes sur le champ fécond de l'observation sont toujours fructueuses pour la science. Aussi nous n'hésitons point à reproduire les conclusions de M. West, qui sont le résumé exact de tous les points développés dans son mémoire, moins pour en proposer l'adoption que pour provoquer l'examen et de nouvelles observations. — Voici ces conclusions, qui, d'après l'auteur, établissent les points suivants :

1° Une appréciation plus exacte de la valeur diagnostique des rapports de l'oreille avec la symphyse pubienne, rapports que l'oreille, dans la grande majorité des positions crâniennes, conserve pendant toute la durée de la marche progressive de la tête dans le bassin.

2° Dans les positions du *vertex*, la présence de l'oreille derrière les pubis prouve que la tête est déjà dans une position occipito-antérieure oblique favorable, le devenant de plus en plus à mesure que l'occipital devient de plus en plus accessible, sans que l'oreille abandonne ses rapports avec la symphyse.

3° Dans la dernière période du travail, lorsque l'occiput est entièrement sous l'arcade des pubis, le long diamètre de la tête correspond exactement au long diamètre du détroit inférieur; les deux sutures lambdoïdes à égale distance de chaque côté de la symphyse et la fontanelle antérieure exactement sur le raphé du périnée, comme l'ont décrit tous les auteurs, à l'exception de Nægele et de ceux qui l'ont suivi.

4° Dans cette dernière période, les oreilles correspondent de chaque côté à la cavité cotyloïde plutôt qu'à la portion iliaque, comme l'enseignent les livres.

5° La première et la seconde position du vertex dans l'ordre de fréquence sont, pour la majorité des cas, les converses de l'une autre, comme l'ont enseigné presque tous les auteurs, à l'exception de Nægelé.

6° Dans sa grande découverte de l'universalité des positions *bregmatico-cotyloïdes* dans la seconde position des auteurs, Nægelé a été trompé en ne renversant pas les conditions de l'examen par le changement à la fois de la position de la patiente et de la main exploratrice.

7° Nægelé, en cherchant à établir que ses prédécesseurs se sont tous trompés à ce sujet, a confondu les simples positions *bregmatico-cotyloïdes* avec les positions *fronto-cotyloïdes*, ces dernières étant toujours réservées par les auteurs, quoique généralement rangées parmi les présentations ou positions du vertex.

8° En conséquence, Nægele a raison de soutenir que dans les positions bregmatico-cotyloïdes, comme dans toutes les positions véritables du vertex, l'occiput s'achemine par les progrès naturels du travail sous l'arcade des pubis, et cela aussi aisément, toutes les autres conditions étant égales, que lorsque l'occiput est dirigé primitivement plus en avant.

9° Il n'y a que deux positions du vertex, c'est-à-dire que deux voies par lesquelles, dans les présentations du vertex, la tête entre dans le bassin et s'achemine au détroit inférieur.

10° Dans toutes ou presque toutes les présentations du vertex, l'occiput se rend, par la marche naturelle et nécessaire du travail, sous l'arcade des pubis, et cela, que le vertex soit primitivement en position bregmatico-antérieure ou en position bregmatico-postérieure.

11° Les cas qui se terminent la face ou le front restant dirigé vers les pubis, sont primitivement des positions dans lesquelles les efforts utérins sont si vicieusement dirigés, que le front descend dans le bassin pendant la première période.

12° Pendant cette première période, l'oreille correspond habituellement à la symphyse pubienne comme dans les présentations du vertex.

13° Dans ces cas vicieux, qui sont habituellement des *présentations bregmatiques*, les oreilles correspondent aux points opposés du bassin, la tête étant d'abord placée en travers, son long diamètre dans la direction du diamètre transverse du bassin.

14° De sorte que quelques-uns de ces cas peuvent se terminer avec l'occiput sous l'arcade des pubis après un travail pénible.

15° Mais la direction primitivement vicieuse des efforts utérins qui a placé la tête dans cette position défavorable continuant, l'extrémité antérieure ou frontale de la tête s'avance fréquemment sur le plancher du bassin, en se dirigeant en avant sous l'arcade des pubis.

16° Nægelé laisse voir qu'il n'a jamais vu un véritable cas de position *fronto-antérieure*, quelque incroyable que cela puisse paraître, de tels cas étant décrits par presque tous les auteurs et se rencontrant continuellement dans la pratique.

17° Nægele s'est complétement trompé en soutenant que toutes les premières positions sont primitivement des positions occipito-cotyloïdes, comme toutes les secondes sont primitivement des positions bregmato-cotyloïdes : dans la première classe de cas, il est assez commun de rencontrer des positions bregmatico-cotyloïdes qui ont passé inaperçues par le défaut du mode d'examen employé.

18°. La plupart des positions bregmatico-cotyloïdes constatées par ce mode d'exploration sont simplement des exemples d'une sorte de *deceptio tactûs*.

19° Il suffit de faire placer la patiente sur le côté opposé et de se servir de l'autre main dans l'exploration, pour se convaincre que la première et la seconde position du vertex sont la converse de l'une l'autre sous tous les rapports.

20° Bien que la position de la patiente suffise pour rendre compte de cette déception, il faut aussi prendre en considération l'impression décevante transmise au doigt, lorsqu'il est promené en aveugle d'un point à un autre sur la surface globuleuse du crâne, le long d'une ligne ordinairement étroite.

21° Il n'est pas étonnant que des discussions et des contradictions se soient élevées entre les auteurs, quand on voit les uns parler de la présentation du vertex et comprendre sous ce titre la présentation de toute autre partie du crâne; les autres, comme Nægelé, parler des positions du crâne et ne comprendre sous ce titre que les positions du vertex.

22° Finalement, la discussion entre Nægelé et ceux qu'il accuse d'ignorance ressemble à la querelle des deux chevaliers au sujet du bouclier d'or, d'un côté, et d'argent de l'autre.

J. Jacquemier.

V.

VARIÉTÉS.

Gustave Richard.

Un bien petit nombre d'amis suivaient, lundi dernier, à sa dernière demeure, la dépouille du docteur Gustave Richard. On avait voulu des obsèques modestes comme sa vie. Cependant il faut que l'on sache quel

intrépide champion la science vient de perdre en la personne de ce noble jeune homme, et il nous suffira pour cela de raconter en peu de mots quelle fut sa carrière, si cruellement interrompue par la mort.

On sait à quelle illustre famille de savants appartenait Gustave Richard. Bien jeune encore, il avait compris que *noblesse* oblige, et s'était, par de fortes études, préparé à se montrer le digne héritier des grands botanistes Claude et Achille Richard. Dans les derniers temps de sa carrière, son père, le digne professeur dont le souvenir vit encore dans la mémoire et dans le cœur de toute la Faculté de Paris, l'avait associé à son enseignement, en lui confiant le soin de compléter à l'École pratique un cours que sa santé chancelante ne lui permettait pas d'achever. On sait avec quel succès le jeune Gustave s'était tiré de cette difficile épreuve. Beaucoup d'entre nous ont assisté à ses leçons; on aimait à retrouver en lui l'élocution facile et nette, la science claire et élevée d'un père dont il était la vivante image. Dès cette époque, on voyait que si Richard voulait suivre la carrière des concours, il y trouverait des victoires faciles, et que la Faculté tout entière, professeurs et élèves, le verrait avec bonheur prendre place au milieu de ses agrégés, et plus tard de ses professeurs. Mais le jeune savant avait une autre ambition : il comprenait peu l'étude de l'histoire naturelle qui se borne aux travaux du cabinet, des galeries de musée ou des jardins botaniques. Pour devenir un grand naturaliste comme ses pères, c'était à la nature elle-même qu'il voulait demander son secret; et comme, dans nos pays civilisés, l'homme est trop éloigné de la nature, c'est dans des régions nouvelles, dans des pays vierges encore, qu'il voulait aller l'interroger.

Dès qu'il eut choisi sa carrière, Gustave Richard s'y prépara avec une ardeur et une ténacité remarquables. Il possédait déjà la science qui s'apprend dans les écoles : tous ses efforts furent dès lors appliqués à acquérir ce qui pouvait lui manquer encore. Il commença par quelques voyages d'essai pour mesurer ses forces. Intrépide piéton, il parcourut les Alpes, puis il visita l'Italie, la Grèce, la Turquie, le nord de l'Afrique. Mais ce n'était là pour lui qu'un prélude à des projets plus vastes. Richard avait compris que, pour voyager avec fruit, il faut, avant tout, connaître les langues des pays que l'on explore; aussi se mit-il avec ardeur à cette étude, et ses amis savent qu'il y montrait une aptitude singulière. Esprit pratique avant tout, ce n'était pas dans les livres qu'il voulait apprendre une langue; non, il se rendait dans le pays, s'enfermait dans un petit cercle, où il était sûr de ne rencontrer aucun Français, et il apprenait ainsi rapidement ce qu'il lui importait de savoir, c'est-à-dire la langue usuelle et non la langue des savants. C'est ainsi qu'il alla vivre en Angleterre, alors qu'il méditait un voyage d'exploration dans l'Amérique du Nord. A son retour à Paris, c'était en 1856, Richard touchait à sa trentième année; il se sentait mûr; il se sentait prêt à affronter les entreprises les plus hardies. Ce fut alors qu'il entendit parler d'une de ces expéditions glorieuses pour lesquelles il semblait né. Il s'agissait de résoudre le plus beau problème géographique des temps actuels, la découverte des sources du Nil, et l'exploration de cette Afrique centrale, nouveau Sphinx qui a dévoré jusqu'à présent tous ceux qui ont tenté d'interroger ses mystères. L'expédition s'organisait sur un grand pied : le gouvernement égyptien en faisait généreusement tous les frais. Une commission de savants et d'artistes européens se formait : Richard se présenta et fut immédiatement accepté. Comme il n'abandonnait rien au hasard, il se mit aussitôt aux études spéciales que réclamait cette nouvelle direction : étude de la langue arabe, géographie, histoire naturelle, hygiène et pathologie de l'Afrique, il voulut tout apprendre, jusqu'au maniement du sabre, du revolver et de la carabine Minié, si nécessaire dans une expédition de ce genre. Enfin, quand tout fut prêt, il y a un an aujourd'hui jour pour jour, il s'embarqua pour l'Égypte et arriva au Caire, où se trouvèrent réunis tous les membres de l'expédition. Mais, à peine arrivés en Égypte, les membres de la commission européenne commencèrent à éprouver des mécomptes, à ressentir des griefs qu'ils supportèrent d'abord en silence. Il serait malséant de récriminer ici contre qui que ce soit; mais nous devons cependant dire quelques mots des causes qui firent avorter une expédition si heureusement annoncée. Une opposition se formait au sein de la commission européenne, et quelque justes que fussent ses sujets de plainte, Richard s'en tint d'abord écarté et ne fit pas chorus avec elle. Il tenait trop à l'accomplissement de ce grand projet. Lui seul, de tous ces savants venus là de toutes les parties de l'Europe, savait bien au juste où il allait, et quels étaient les dangers qu'il fallait affronter. Au delà des déserts de sable de la Nubie, le Nil se partage en deux vastes affluents, le Nil bleu, déjà exploré jusqu'au fond de l'Abyssinie, et le Nil blanc, qui s'enfonce dans le Soudan jusqu'au delà de l'équateur. C'est ce dernier qu'il s'agissait de remonter. Les régions qu'il parcourt ne ressemblent pas aux déserts de l'Égypte et de la Nubie : ce sont des contrées couvertes d'une épaisse végétation; on y rencontre tantôt des régions montagneuses, tantôt des marécages immenses; des populations nombreuses et guerrières en habitent les bords. Pour pénétrer dans ce pays, une expédition européenne doit revêtir avant tout un caractère pacifique; sans être désarmée, elle doit éviter de donner de l'ombrage à ces populations barbares, qui voient un ennemi et un conquérant dans chaque étranger. Le commerce était le seul prétexte qui pût justifier à leurs yeux l'arrivée d'une vingtaine d'Européens. Ce fut donc avec une légitime inquiétude que les savants de la commission virent l'expédition s'entourer d'un appareil militaire injustifiable, et je ne sais quels vagues projets de conquêtes se substituer au but pacifique et humanitaire qui les avait réunis. Erreur fatale! car, si l'on pouvait espérer quelques succès momentanés grâce à la supériorité des armes européennes, bientôt la petite troupe, coupée de ses communications avec l'Égypte, assaillie chaque jour par des embuscades, affamée et décimée par les maladies d'un climat implacable, ne pouvait manquer de périr. Ce danger, Richard le comprenait mieux que tout autre; mais il l'avait prévu, et cette considération n'aurait peut-être pas suffi à le détourner de l'expédition; mais bientôt d'autres griefs plus graves s'ajoutèrent aux premiers : les savants européens n'étaient plus menacés seulement d'une discipline militaire humiliante, on prétendait leur ravir jusqu'à leurs travaux scientifiques; pour prix des dangers sans nombre qu'ils allaient affronter, leurs noms même ne seraient pas prononcés et devaient s'effacer devant une personnalité hautaine qui, étrangère à toute science, prétendait dicter à chacun ses travaux. Oh! ce fut alors que Gustave Richard se souleva, et que, dans un mouvement d'une éloquence entraînante, il protesta hautement contre cette incroyable prétention. Tous ses compagnons, ralliés à lui, rompirent à tout jamais avec le chef de l'expédition, et firent connaître au gouvernement égyptien les motifs de cette rupture. La suite de cette démarche n'était pas douteuse. Après bien du temps perdu, l'expédition fut dissoute purement et simplement. Richard annonça alors sans forfanterie, avec ce courage tranquille qu'on lui connaissait, que si la grande expédition était manquée, il irait seul explorer le Nil blanc avec les marchands de dents d'éléphant. Personne ne douta qu'il ne fût capable de réaliser son projet, et tout le Caire applaudit à sa résolution. Richard se mit plus que jamais à étudier l'arabe et à réunir tous les documents qu'il pouvait recueillir sur l'Afrique centrale. Mais il lui fallait un titre officiel, une mission du Muséum de Paris, pour obtenir l'appui nécessaire du gouvernement égyptien. Ce titre, cette mission, Richard vit bientôt qu'un absent les obtiendrait difficilement, et qu'il fallait les solliciter à Paris même. La saison favorable pour remonter le Nil était d'ailleurs passée depuis longtemps. Il se décida donc à revenir en France.

Jusque-là la santé de Richard paraissait excellente, et le voyageur semblait parfaitement acclimaté sur la terre d'Égypte. Ce fut au moment de la quitter qu'il fut repris par une dysentérie dont il avait déjà ressenti les atteintes dans son premier voyage en Afrique. A son retour à Paris, au commencement du mois de mai dernier, sa santé était déjà visiblement altérée. Toutefois, quelques semaines de repos et de soins amenèrent une amélioration momentanée, et ses amis le virent reprendre ses études spéciales et ses projets de voyage avec plus d'ardeur que jamais. Mais la Providence ne devait pas lui permettre de les accomplir : une rechute plus grave que toutes les précédentes eut lieu vers la fin de juillet. A la dysentérie s'ajoutèrent une fièvre intermittente, et bientôt une affection formidable, l'hépatite des pays chauds, dont rien ne put arrêter la marche funeste. Sur son lit de douleur, Gustave avait conservé son courage. Peu de jours avant sa mort, nous l'avons encore entendu former des projets d'avenir; et s'il avouait que l'Afrique devait désormais lui être interdite après une si terrible atteinte, on voyait avec quels regrets il renonçait à cette carrière si courageusement commencée. C'était sa vie tout entière qu'il sentait brisée. Un abcès considérable s'était formé dans le foie; une ponction fut faite, qui donna issue à près d'un litre de pus. A partir de ce moment, ce ne fut plus qu'une lente agonie, et Gustave Richard s'éteignit le soir du samedi 12 septembre.

Tel était le savant que nous venons de perdre. Les larmes de ses amis diront quel était le caractère de l'homme privé. Si l'on ne juge pas seulement les hommes d'après les circonstances heureuses qui leur permettent d'accomplir leurs œuvres, mais d'après les efforts, d'après l'intelligence et le courage qu'ils ont mis à les préparer, on reconnaîtra que Gustave Richard doit occuper une place élevée dans notre estime et dans nos regrets. Il semblait qu'il n'eût plus qu'à recueillir les fruits de ses laborieuses études, quand la mort est venue interrompre une carrière poursuivie avec tant de constance et de dévouement. En se rendant une seconde fois sur la terre d'Afrique, si contraire à sa santé, Gustave Richard savait mieux que personne à quel péril certain il s'exposait; mais il avait fait d'avance le sacrifice de sa vie. Son dernier regret aura sans doute été de ne pas mourir au champ d'honneur de la science, dans ces régions nouvelles dont l'exploration avait été le rêve de toute sa vie.

Dr E. Isambert.

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. | PARIS, 2 OCTOBRE 1857. | N° 40.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de M. le maréchal ministre de la guerre, chargé par intérim du ministère de l'instruction publique et des cultes, en date du 24 septembre 1857, MM. STROHL, HIRTZ, HELD et KIRSCHLEGER, agrégés près la Faculté de médecine de Strasbourg, dont le temps de services expire le 1er novembre prochain, sont maintenus dans leurs fonctions jusqu'au 1er avril 1860.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 29 au 31 août 1857.

232. CHATILLON, Prosper-François, né à Dreux (Eure-et-Loir). [*De la puberté chez l'homme et de son influence sur les maladies.*]

233. AUBRÉE, Edmond-Jean-Marie, né à Cesson (Ille-et-Vilaine). [*De l'érysipèle.*]

234. LE ROYER, Louis-Pierre-Toussaint, né à Carrouges (Orne). [*De la goutte.*]

235. BOURDIN, Louis-Alfred, né à Vierzon (Cher). [*De la scrofule.*]

236. RÉMOND, Henri-Frédéric, né à Lagny (Seine-et-Marne). [*Considérations sur la fracture par écrasement du calcanéum.*]

237. TONDUT, Pierre-Paul-Thomas, né à Royan (Charente-Inférieure). [*Considérations hygiéniques sur l'allaitement et les soins des jeunes mères envers leurs nouveau-nés.*]

238. LEROY, Joseph-Michel-Auguste, né à Gisors (Eure). [*Des inspirations iodées et des préparations de l'iode dans la pneumophymie.*]

239. RÉSIPON, Jules, né au Puy (Haute-Loire). [*De la dyspnée.*]

240. CASTELLAN, Joseph-Léon, né à Aix (Bouches-du-Rhône). [*Chauffage et ventilation des habitations privées ; chauffage et ventilation des hôpitaux. Étude comparative des deux systèmes de chauffage et de ventilation établis à l'hôpital La Riboisière.*]

241. RAYNAUD, Pierre-Marie-Louis, né à Saint-Sernin de Mailhac (Tarn). [*De l'angine maligne (croup).*]

242. DESFOSSEZ, Charles-François, né à Nancy (Meurthe). [*Considérations sur l'hygiène de la première enfance.*]

243. ROULEAU, Émilien, né à la Tremblade (Charente-Inférieure). [*Du rhumatisme articulaire aigu et de son traitement.*]

FEUILLETON.

Le congrès de Bonn à vue de feuilleton.

LETTRE A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

Monsieur le Rédacteur,

Avant de parler des fruits du congrès de Bonn, causons un peu des fleurs ; causons *panem et circenses*, bords du Rhin, Drachenfels, Rolandseck, Stolzenfels, Coblenz, Cologne, Bonn enfin. Mon style va se ressentir du milieu œnologique et musical où il a été élaboré ; je vous écris la ceinture lâche, ce qui est permis depuis Horace ; mais que voulez-vous ? je suis ahuri. Depuis quinze jours je tombe, comme l'eau d'une cascade, de congrès en congrès. On en a mis partout : congrès évangélique à Berlin, congrès statistique à Vienne, congrès des étudiants à Leipsick, congrès d'ophthalmologie à Bruxelles, congrès enfin à Bonn. Il y a bien là de quoi jeter sa plume au chat. C'est pourquoi ce papier va être égratigné à tort et à travers.

Pour commencer *ab ovo*, nous partons de Bruxelles, M. Serre (d'Alais) en père, vous en Saint-Esprit (hélas ! invoqué en vain), et moi en fils ; nous brûlons Aix-la-Chapelle et nous faisons explosion à Cologne. Salut au Rhin ! Nous passons là un jour entre votre image, dont l'original ne se présente toujours pas, et l'image reliée de Victor Hugo ; puis nous partons pour Bonn, d'où je vous écris.

Permettez-moi tout d'abord, au nom des Français présents à Bonn, d'exprimer à MM. Kilian et Nöggerath, les présidents du congrès, tous les remercîments qui sont dus à leur inépuisable obligeance. Ici, le Français qui vient tendre aux savants du lieu une main amie est considéré comme un enfant prodigue revenu au foyer domestique : on tue le veau gras, on défonce les tonneaux, on le couvre d'embrassements, on l'enguirlande d'accolades au cri joyeux de : *Er lebe hoch!* Et l'on vide le verre avec lui d'une manière subcontinue.

244. Combeau, Jean, né à Saint-Père-en-Retz (Loire-Inférieure). [*De l'adynamie dans la pneumonie des vieillards.*]

245. Thibault, Théobald-Louis-Victor, né à Soullans (Vendée). [*De l'opportunité de la trachéotomie dans le traitement du croup.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
Amette.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 1er octobre 1857.

Emploi local des feuilles de noyer contre la pustule maligne. — Absorption des médicaments. — Constitution médicale : dysentérie. — Association générale des médecins.

La communication de M. Nélaton à l'Académie de médecine a d'abord excité quelque étonnement. L'habile chirurgien venait annoncer un nouveau remède contre la pustule maligne, et ce remède était une application de feuilles de noyer sur la tumeur ! Il fallait la réputation de prudence et de sagesse dont jouit à si juste titre M. Nélaton, pour attirer sérieusement l'attention d'une compagnie savante sur une nouveauté aussi peu vraisemblable. Mais on a pu voir bientôt qu'il n'avait rien oublié de ces qualités, qu'il y avait fait même un appel plus rigoureux que jamais, dans l'espèce d'enquête à laquelle il s'est livré ; car, hâtons-nous de le dire, M. Nélaton n'a pas imaginé le remède dont il s'agit, il ne l'a pas même essayé : il se fait seulement l'écho d'un médecin des départements, M. Raphaël, qui lui-même vient à la suite de M. Pomayrol ; et il se borne à certifier que, dans les quatre observations à lui adressées par le premier de ces deux médecins, la description de la maladie est conforme au tableau symptomatologique bien connu de la pustule maligne ; que le diagnostic, d'ailleurs, a été contrôlé par plusieurs confrères de la localité, familiarisés avec l'étude de cette affection ; que dans ces quatre cas, enfin, non-seulement la guérison a eu lieu (ce qui ne serait pas suffisamment démonstratif), mais que la lésion locale a subi un amendement manifeste, rapide, et a paru s'arrêter dans sa marche sous l'action des feuilles de noyer. M. Robert a pourtant élevé des doutes sur l'exactitude du diagnostic, particulièrement dans la première observation, où la caractéristique locale est mal indiquée. Il est très vrai qu'on rencontre parfois des affections septiques gangréneuses, différentes de la pustule maligne et beaucoup moins graves, chez des individus qui ont manié ou mangé des dépouilles d'animaux morts du charbon. M. Turchetti, notamment, a publié des cas semblables. Il est vrai encore que l'œdème malin des paupières, décrit par M. Bourgeois (d'Étampes), peut en imposer pour une vraie pustule ; il est certain, enfin, qu'on voit des pustules malignes, parfaitement dessinées à leur début, avorter d'elles-mêmes à la seconde période. Mais M. Nélaton affirme que les objections de son collègue tomberaient devant la lecture intégrale des notes que lui a remises M. Raphaël, et dont il n'a communiqué que les passages les plus importants. A supposer, du reste, qu'une des observations ne fût pas concluante, il en resterait encore trois ; c'est beaucoup quand il s'agit d'un mal de cette nature. Les pustules qui avortent spontanément ne sont pas communes. Ajoutez que l'emploi topique des feuilles de noyer a constitué tout le traitement.

Dans cet état de choses, la critique n'a pas de parti définitif à prendre, pas plus que n'en a pris M. Nélaton lui-même. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il y a très sérieusement lieu à poursuivre les expériences. Une nouvelle ressource thérapeutique ne serait pas, dans l'espèce, aussi superflue qu'on pourrait le croire : d'abord, la pustule maligne de l'homme, toujours communiquée, n'a pas invariablement le même degré de virulence ; cela s'explique, et par l'intensité diverse de l'affection charbonneuse de l'animal infectant, et par la diversité des formes que peut revêtir cette affection ; car on sait bien que, chez les animaux, le charbon s'exprime tantôt par une fièvre de nature septique, sans lésion cutanée, tantôt par une induration particulière de la peau et du tissu cellulaire, accompagnée ou suivie de fièvre. Il est possible même, et la remarque en a été faite par M. Robert, que la pustule maligne varie de gravité de pays à pays. Or, s'il était seulement démontré que la feuille de noyer réussit dans les formes les moins malignes, ce serait déjà un avantage notable que d'avoir un moyen à substituer au fer rouge, qui n'a rien d'anodin. Puis, le fer rouge lui-même n'est pas un moyen infaillible, tant s'en faut : M. Bourgeois, à qui l'on doit un excellent travail sur la matière, a même complétement abandonné le cautère actuel pour la potasse caustique ; et celle-ci enfin est loin de pouvoir toujours enrayer les accidents, surtout quand les symptômes généraux sont déjà en voie de développement.

La fête n'est pas seulement dans le corps savant : toute la ville est pavoisée, les boîtes, les pétards retentissent de tous les côtés ; la musique joue des *touches*, espèce de grognement, succession d'accords imparfaits, hennissement musical, mais non mélodique, qui a la propriété d'augmenter, de chauffer, de réveiller l'enthousiasme général. On peut résister aux *hoch*, mais le larynx ne sait rien refuser à la *touche*, les bras s'agitent, l'effet est, comme on dit : « enlevé », et tout le monde est content, au tympan près.

Vous me suivez, n'est-ce pas, à l'*Etoile d'or?* Vous reconnaissez parmi les Français MM. Élie de Beaumont, Serre (d'Alais), Hébert et Daubrée, Sédillot, Leroy (d'Étiolles), Stœber, Stoëss, Schnepff, Charrière et Nachet, etc. Les Allemands regrettent l'absence de Virchow, de Langenbeck, Scanzoni ; mais voici la pléiade des jeunes et distingués professeurs : Donders, Helmholtz, H. Müller, qui discutent anatomie ou physiologie. Auprès d'eux est Lawrence (de Londres), et Fick (de Zurich) ; plus loin le célèbre Schröder van der Kolk et J. Vogel de Halle. Parmi les pathologistes, Albers (de Bonn), Leubuscher, qu'Iéna vient d'enlever à Berlin ; Bœrensprung, dont la Gazette a reproduit les travaux dermatologiques ; ... qui a aussi quitté Berlin pour faciliter à Leipsick la venue ... des jeunes Saxons ; Schneevogt pour la Hollande, Baum ... tingue, Stromeyer, le célèbre chirurgien de la guerre de Schleswig-Holstein, celui que nos récentes discussions académiques ont souvent mis à l'ordre du jour, et qui a composé le livre si ... des *Maximes de chirurgie militaire* ; Busch, professeur de B... Ruete, dont nous aurons à parler à propos de la physiologie ... laire, du rôle des muscles droits et obliques dans l'accommodation ; Œsterlen, dont la *Matière médicale* est le seul ouvrage classique en Allemagne ; Ettingshausen et Eisenlohr pour la physique ; Scheerer et Fresenius pour la chimie, etc. J'en passe et des meilleurs ; mais à nommer tous ceux que nous connaissons, je n'... rais la moitié du feuilleton.

La salle où s'est tenue la première séance d'ouverture avait été offerte par le roi. C'est l'ancien manége académique, mais merveilleusement décoré. Les plantes des tropiques verdissent les lauriers arrachés au Rodersberg, les bustes des célébrités de l'Allemagne

Ce n'est pas la première fois que les topiques astringents sont recommandés, non comme adjuvants, mais à titre de moyen curatif, contre la pustule maligne. La décoction d'écorce de chêne, par exemple, a été vantée par Schwann, et l'on sait d'ailleurs que les astringents en général paraissent jouir d'une vertu antiputride. MM. Trousseau et Pidoux ont rappelé, dans leur TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE, des expériences faites en 1811 à l'École vétérinaire de Lyon, et desquelles il résulterait que l'écorce de chêne prise à hautes doses rend le sang plus rouge, plus consistant, et que, si l'on tue alors les animaux, leurs cadavres ne se putréfient que très lentement. « De là, ajoutent les auteurs, le précepte de donner de fortes doses de tan à l'intérieur à ceux dont la gangrène menace d'envahir un membre à la suite de graves blessures. »

Accessoirement, M. Renault a présenté avec sa clarté habituelle, sur l'inoculation de la pustule et les conditions de la transmissibilité, quelques remarques que nous recommandons à l'attention du lecteur.

— M. Briquet a donné à la même Académie communication de la suite de ses expériences sur l'absorption des médicaments dans les maladies. Ce travail, aride, comme l'a dit l'auteur en commençant, nous paraît ouvrir une voie fructueuse, tant à la thérapeutique qu'à la physiologie pathologique. M. Briquet n'opère que sur un petit nombre de substances; mais il sera facile de multiplier les expériences; et l'on ne peut méconnaître qu'une série de recherches de cette nature, suivies avec le zèle et la conscience qu'y apporte notre honoré confrère, ne promette de très notables avantages pratiques.

— La France entière, et même une partie de l'Europe, sont en ce moment livrées à des affections intestinales de formes diverses, mais dont la plus commune, comme la plus sérieuse, est la dysentérie. On la signale dans un bon nombre de départements, et plusieurs feuilles médicales de l'étranger en font le sujet de leurs commentaires. Du reste, c'est la répétition exacte de ce qu'on observe chaque année à la même époque. La seule remarque que nous trouvions à faire à ce sujet, non qu'elle soit nouvelle, mais seulement parce que nous avons eu personnellement occasion d'en vérifier la justesse, c'est que le degré de gravité du mal et les indications thérapeutiques qu'il fait naître varient notablement avec les localités. Il nous semble que, règle générale, dans les pays non marécageux, où les fièvres intermittentes et autres formes morbides infectieuses ne sont pas endémiques, la dysentérie est légère et cède aux moyens les plus simples; que là, au contraire, où l'élément palustre règne habituellement et fait sentir son influence dans la constitution médicale, la dysentérie a souvent un caractère sérieux qui la rapproche de celle des pays chauds, et appelle une thérapeutique plus active et plus variée. Les sels neutres au début, plus tard le calomel uni à l'opium, parfois l'ipécacuanha à doses réfractées, sont les moyens les plus avantageusement employés.

— Nous voilà fort à l'aise dans la question de l'Association générale des médecins de France; car nous avions été, dans notre article du 4 septembre, et nous sommes encore plus partisan de ce mode d'association que ceux mêmes qui s'en sont fait les patrons et les apôtres. Voilà l'avantage de la question que nous avons posée relativement au sens précis du mot avec lequel on agitait le corps médical. L'à-propos de notre question ressort de la réponse.

Nos lecteurs ont sous les yeux les longues explications de l'UNION MÉDICALE (voir p. 709); ils savent maintenant que l'association généralisée est simplement « une caisse centrale où viennent aboutir les cotisations des associés et d'où se répandent les répartitions de secours dans des circonstances prévues et déterminées. » Les quatre articles de l'UNION sont consacrés uniquement au développement de ce thème, à la réfutation des objections dont il a été ou peut être l'objet, et l'on a même soin d'avertir qu'*il n'y a pas autre chose*. Ainsi, une caisse de fer, un gros livre, un employé à qui l'on passera par un guichet un bon contre lequel il donnera de l'argent, voilà la représentation de l'association générale. Ce tableau est, pour nous, tout à fait inattendu. M. Latour prend soin de rappeler que le projet n'est pas nouveau, et il le fait remonter au congrès de 1845. C'est un historique incomplet : bien avant 1845, l'idée d'une association générale avait été émise; et notre collaborateur, M. Delasiauve, trop oublié dans cette affaire, avait conçu tout un plan de réalisation bien autrement large que celui qu'on propose maintenant. Mais au congrès même, le rapport de M. Camille Bernard (d'Apt) donnait à l'association une triple base : la bienfaisance, la science et la morale professionnelle. Pour ce qui nous concerne, enfin, nous avions fait, dans les intérêts moraux de la profession, deux parts, dont l'une devrait être laissée à l'action indépendante des associations de province, mais dont l'autre pourrait réclamer l'intervention de l'Association de la Seine. (N° 36, p. 621 et 622, au *Feuilleton.*)

---

nous regardent comme des faunes à travers le feuillage et les fleurs. Au fauteuil est M. Nöggerath, qui déjà, en 1828, a été le président du sixième congrès des naturalistes, également tenu à Bonn, et qui, tout ému, mais avec des poumons vigoureux, remercie les savants de ce nouvel honneur. Auprès de lui est le professeur Kilian, un des premiers accoucheurs de l'Allemagne, qui s'est acquis dans la littérature comme dans la pratique une position exceptionnelle. M. Helmholtz, le créateur de l'ophthalmoscopie, qui vient de quitter la chaire de Königsberg pour celle de Bonn, sa patrie, a bien voulu accepter le rôle de secrétaire. Que croyez-vous que nous allons entendre pour commencer? Un travail qu'on dit fort intéressant sur les étoiles fixes, et qui est de M. Mædler, de Dorpat. Pendant ce discours, que je n'ai pas trouvé long, j'ai contemplé les étoiles de l'endroit, les jolies *Rheinlænderinnen*, charmants petits astres qui n'étaient pas fixes du tout, mais qui rendaient tels les yeux des chercheurs de la nature. Ce bon M. Mædler s'est plaint plus tard qu'on avait mal saisi sa pensée. C'est que tous les auditeurs étaient dans le ciel pendant que lui le regardait par sa lunette. Enfin, chacun *redescend* au congrès quand le discours astronomique est fini; on donne lecture des lettres d'excuse envoyées par les adhérents empêchés. La lettre du Nestor de la science, du vénérable de Humboldt, a été écoutée avec un recueillement profond. Vous la lirez ou l'avez lue déjà dans les journaux; aussi ne l'envoyé-je pas; mais ce que vous ne savez encore, c'est que, sur la proposition de M. Nöggerath, une réponse a été immédiatement dépêchée, par voie électrique, à l'illustre savant. Voici textuellement cette réponse :

« Dans la première réunion générale des naturalistes à Bonn, tous les assistants ont témoigné, en se levant ensemble, toute la vénération et l'estime qu'ils portent à Humboldt, leur vieux maître. Il a été décidé qu'on lui enverrait, avec la rapidité de l'éclair, ce témoignage des vœux de bonheur que tout savant fait pour lui. »

Ainsi, pendant que l'assemblée était encore en séance, le célèbre voyageur recevait les vœux de l'Allemagne savante! Voilà certainement l'une des plus belles applications qui aient encore été faites de la télégraphie électrique.

Devant l'imprévu des explications données, la plupart de nos objections tombent; mais elles tombent parce qu'on fait le vide dans la question, parce qu'on soustrait de celle-ci les éléments qui constituaient presque toute son importance. Nous sentons peu le besoin d'entrer dans un débat où il ne s'agit plus que de savoir si les fonds de cotisation seront massés à Paris ou répartis dans les provinces, quoique nous soyons bien convaincu que le premier mode ne serait le meilleur, ni pour l'économie, ni pour la bonne et prompte administration des affaires, ni pour les rapports des médecins avec le pouvoir, et que, en somme, on ferait moins de bien que par l'autre mode, avec plus de bruit.

Quant à la Déclaration des médecins de Bordeaux, que nous publions plus loin, elle semble impliquer autre chose qu'une société de secours mutuels, mais en des termes trop peu explicites pour que la critique puisse s'y engager en connaissance de cause. D'ailleurs, pour dire toute notre pensée, il nous répugne de mettre de l'insistance dans une opposition à des vues où d'honnêtes illusions placent le bonheur du corps médical. Dans notre opinion, la Déclaration se couvrira de signatures. Il y a à cela plusieurs raisons qu'il est inutile d'indiquer. Nous n'avons plus qu'à regarder et attendre.

La Gazette des hôpitaux adhère aux *principes* de la déclaration des médecins de Bordeaux, « sauf à discuter plus tard les moyens d'exécution. » Nous n'avons à cet égard qu'une observation à faire; c'est que si l'association en elle-même est un *principe*, l'*association centralisée* n'est qu'un des moyens d'exécution, celui dont il est le plus important de peser la valeur.

La France médicale se réserve de montrer qu'on suit une fausse route en se renfermant dans une Association purement de bienfaisance, et en prenant pour modèle l'Association de secours mutuels des députés de la Seine. « Une Association médicale, qu'elle soit générale ou circonscrite dans une commune, dans un arrondissement ou dans un département, doit être autre chose qu'une réunion de confrères faisant l'aumône à des confrères malheureux. »

La Revue médicale publie une lettre de M. Loreau, l'un des médecins qui se sont le plus occupés de tout ce qui concerne notre organisation scientifique, morale et professionnelle. Dans cette lettre, qui touche en plusieurs points la *chose médicale*, suivant la juste expression de la Revue, notre confrère attaque de la manière la plus vive ce qu'il appelle les *formules tronquées*, les *projets timides*, les *mesquineries des philanthropes de la bureaucratie*, et il caractérise notamment les Associations de prévoyance dans les termes suivants, dont nous lui laissons la responsabilité : « Les médecins s'arment en guerre contre la société, dont ils croient avoir à se plaindre, — coalition par le caractère, coalition par le but, et qui déjà serait livrée aux poursuites du parquet, si ses membres s'appelaient tailleurs et charpentiers, au lieu de s'appeler médecins et pharmaciens; coalition, quand elle s'occupe d'honoraires, de tarifs, de poursuites, etc.; mystification, quand elle s'en tient à la prévoyance et aux secours. — Le mot est sévère, mais il est juste; car l'aumône qu'elle nous offre n'a jamais paré à rien; elle retarde la mort des affamés et ne donne pas la faculté de vivre. — L'obole passe, la misère reste! — J'aime mieux la charité et les institutions qu'elle sait fonder. »

Pendant que nous assignons pour but à l'Association générale un office de charité, les médecins anglais rattachent leurs intérêts à ceux d'une *Association nationale*, qui a pour but l'avancement de la science sociale. Les travaux de l'Association, dont la première réunion est fixée au 12 octobre prochain, portent sur l'amélioration des lois, le perfectionnement de l'éducation, le moyen de prévenir les crimes, la réforme des lois criminelles, la *santé publique* et l'économie sociale.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Mémoire sur les causes de la cataracte lenticulaire, présenté à l'Académie des sciences le 29 juin 1857, par M. le docteur Castorani.

(Suite et fin. — Voir le n° 36.)

Les auteurs qui admettent l'existence de l'humeur de Morgagni ne manqueront pas de regarder comme utopique la théorie que nous avons émise sur l'imbibition du cristallin par l'humeur aqueuse, et pour expliquer la formation de la cataracte ils invoqueront l'endosmose et l'exosmose. Cette manière de voir ne saurait être acceptée dans aucun cas, attendu que l'humeur de Morgagni n'existe pas, ainsi que nous allons nous efforcer de le prouver.

Nous avons examiné des yeux de lapins, de moutons, de porcs, de bœufs, de chevreaux, de veaux, de vaches, etc., et cet examen a été fait immédiatement après la mort de ces animaux, en nous entourant de toute espèce de précautions.

Nous commencions par ouvrir la cornée au moyen d'une large ponction, afin d'évacuer complétement l'humeur aqueuse, laquelle aurait pu arriver jusqu'au cristallin par un

---

Parmi les questions qu'avait à trancher la réunion générale, se trouvait en première ligne celle de décider où l'on se réunirait l'année suivante. On a choisi, presque à l'unanimité, Carlsruhe, et pour présidents MM. Eisenlohr, physicien estimé, et R. Volz, conseiller médical. En second lieu, l'assemblée a décidé, conformément aux statuts, qu'elle ne garderait pas les fonds de cotisation, s'élevant à 20,000 francs, et que la munificence de l'empereur d'Autriche rendait sans emploi. Après bien des débats et sur la proposition de l'Académie de Vienne, on a abandonné la somme à la *Société Leopoldina-Carolina;* exemple curieux d'une assemblée qui ne veut pas être riche, et qui préfère à la richesse la besace et le bâton du *Naturforscher*.

Tout cela se rapporte au congrès qu'on pourrait appeler *interne;* mais il y a aussi le congrès *externe*, qui n'est pas le moins précieux : galas, promenades sur le Rhin, visite à Cologne, etc. Un mot sur ce côté particulier de nos *travaux*.

Le 18, un concert vocal, donné par la *Concordia*, a réuni tous les membres dans les salles de la Lesegesellschaft. Cette société est une de celles qui ont le plus de renommée sur les bords du Rhin; nous pouvons déclarer qu'elle le mérite, et qu'elle a ajouté, par sa bienveillance et sa bonne volonté, à la reconnaissance que nous inspirait déjà sa musique. C'est dans le vaste local de ce cercle que s'est donné le bal, où, je dois le dire, on n'a ni dansé ni joué les *Lanciers*. Heureux pays! heureuses *Bonnensiennes*, qui valsent à quatre temps, qui dansent la schottisch comme la polka, qui *contredansent* (soit dit sans mauvaise intention) de la manière la plus allemande, et qui ignorent les *Lanciers!* Mais, hélas! je vois les modes françaises passer le Rhin, et avec elles la cinquième figure de cette insipide danse anglaise. Oui, c'est là que, dans deux ou trois ans, le laboureur des congrès, creusant les sillons rhénans, retrouvera les débris des lances et des lanciers, comme j'ai retrouvé l'air à jamais célèbre de la première polka, dansée, adorée à Würzburg en l'an de grâce 1853!

Au Drachenfels, M. Nöggerath, l'humoriste, a trouvé moyen de donner un léger coup de pied à la France à propos de la patrie, du Rhin allemand, de l'Allemagne; et pourtant nous n'étions pas

phénomène d'imbibition, et aussitôt après nous extirpions le globe oculaire pour étudier à notre aise l'appareil cristallinien. Ceci fait, nous détachions le corps vitré du cristallin, et nous avions soin d'essuyer ce dernier sur toutes ses faces et ses bords avec du papier joseph. Nous ouvrions ensuite la capsule tantôt à sa partie antérieure, tantôt à sa partie postérieure, quelquefois sur ces deux faces successivement, et jamais il ne nous a été donné de voir sortir la moindre quantité d'humeur. Ce qui a pu induire en erreur sur l'existence de l'humeur de Morgagni, ce sont les circonstances suivantes que nous allons exposer.

Les couches superficielles de la sûbstance corticale du cristallin ont une densité moindre que les couches profondes, et cette densité varie selon l'âge et l'espèce d'animaux. Chez les jeunes lapins, par exemple, la substance corticale du cristallin offre à la superficie un degré de ramollissement tel qu'en ouvrant la capsule, cette substance vient faire hernie à l'extérieur, et cette hernie va en augmentant à mesure qu'on élargit l'ouverture. Cette hernie a tout à fait l'apparence d'une gouttelette de liquide, mais un examen sérieux et souvent renouvelé m'a prouvé que c'était une partie de la substance corticale. Ainsi, en y touchant avec un stylet on devrait détacher cette saillie, si c'était de l'eau ; mais, au contraire, on constate qu'elle adhère aux couches subjacentes.

Néanmoins il est bon de faire remarquer que, quand on promène l'extrémité du doigt sur la superficie du cristallin dépouillé de sa capsule, on constate un certain degré d'humidité quand on a affaire à de jeunes animaux. Cette humidité trouve sa raison d'être dans la circonstance de l'âge. En effet, nous avons pu nous assurer que, chez les jeunes lapins, la substance corticale offre toujours un degré plus grand de ramollissement, parce que la quantité d'eau qui entre dans la composition de l'albumine dont est formé le cristallin est plus abondante, tandis que sur les animaux avancés en âge jamais on ne remarque la moindre humidité. Voilà ce qui se passe immédiatement après la mort. A mesure qu'on s'éloigne de ce moment, la scène change et les phénomènes sont bien différents. En effet, si l'on examine le cristallin de ces mêmes animaux vingt-quatre heures après la mort, on trouve une certaine quantité de liquide entre la capsule et le cristallin ; après trois ou quatre jours, cette quantité est encore plus considérable. Il va sans dire que ce liquide est le résultat de l'imbibition du cristallin, soit par l'humeur aqueuse, soit par l'humeur vitrée, soit par l'une et l'autre en même temps.

Cette théorie de l'imbibition repose sur bon nombre d'expériences. La suivante lève tous les doutes. Qu'on vienne à évacuer la chambre antérieure d'un animal récemment tué, et qu'on examine le cristallin vingt-quatre heures après la mort, on ne remarquera pas la moindre trace de liquide. Au bout de trois ou quatre jours, on finira par constater une certaine quantité de liquide, parce que le corps vitré s'étant liquéfié a laissé pénétrer sa partie aqueuse dans le cristallin.

Nous devons ajouter que, si l'on vient à détacher un appareil cristallinien sur un animal récemment tué et qu'on le place sur un verre de montre, on aura beau ponctionner la capsule, jamais il n'en sortira la moindre quantité de liquide, parce que l'humeur vitrée et l'humeur aqueuse sont en dehors de tout contact avec le cristallin.

L'évaporation joue un grand rôle dans les phénomènes d'imbibition. Qu'on expose un globe oculaire dans un lieu sec et chaud, souvent on ne remarquera pas la moindre trace de liquide après vingt-quatre heures; c'est précisément l'inverse si on le place dans un endroit froid et humide.

Quel est l'état du cristallin huit ou dix jours après la mort de l'animal? On le trouve ramolli et opaque. Voici ce qui se passe. D'abord l'humeur aqueuse s'évapore, l'humeur vitrée disparaît à son tour en vertu de la même loi, et le cristallin lui-même se dessèche, en sorte qu'il perd de son volume.

Sur l'homme nous avons pu pratiquer un grand nombre de ces expériences, et les résultats ont été les mêmes que sur les animaux.

Il serait bien intéressant de connaître le mécanisme en vertu duquel se produit l'opacité du cristallin. Nous avons des raisons pour croire qu'on doit attribuer cette opacité à un dérangement moléculaire. En voici les preuves.

Exp. X. — Ayant plongé plusieurs cristallins de moutons dans de l'eau distillée, de l'eau commune, de l'humeur aqueuse, de l'humeur vitrée rendue liquide, nous avons remarqué qu'après quatre ou cinq jours ces cristallins se divisent en un certain nombre de triangles, qu'ils acquièrent une teinte blanche à la surface, et enfin qu'ils présentent un certain degré de gonflement. Nous avons également observé qu'il se dépose entre la capsule et la surface supérieure du cristallin une couche de liquide qui est beaucoup plus épaisse au centre que vers la périphérie. Entre la capsule et la face inférieure du cristallin il se fait aussi un amas de liquide; mais la quantité en est beaucoup moindre, à cause de la résistance du vase. Si l'on examine ces mêmes cristallins au bout de dix à douze jours, les phénomènes sont tout différents : la couleur blanche est plus prononcée ayant envahi les couches les plus profondes du cristal-

---

loin de Munich, où se dresse le monument élevé en l'honneur des Bavarois morts dans la campagne de Russie, avec cette inscription : *Eux aussi sont morts pour la patrie!* A quoi bon rappeler ces temps à ceux qui sont venus au nom de la science et de la vérité? N'ayez peur, excellent monsieur Nöggerath, nous n'avons pas de poudre dans nos poches, ni de baïonnettes sous les pans de nos redingotes. Pour le moment, l'Allemagne est toute dans vos coupes dorées par le vin du Rhin ; laissez-nous y tremper nos lèvres sans nous donner des coups de coude : nous laisserons la lie des discordes au fond.

Et ce n'est pas le seul débordement de patriotisme auquel nous ayons été exposé : à Cologne, à 150 pieds de haut, sur l'échafaudage de l'église, un architecte de la cathédrale nous en a inondés. Un plaisant disait que l'éloquence de ce maçon enthousiaste s'était élevée à une grande hauteur. M. Leroy et moi n'étions guère rassurés en regardant le fragile échafaudage. Nous avons fait la remarque que la grue de fondation tournait son bec éploré vers la Prusse, et nous avons supposé que c'était pour narguer la France. Cet architecte-là doit être capable de tout.

La visite à Cologne n'en a pas moins été des plus agréables. L'illumination de la cathédrale par des feux de Bengale était d'un effet saisissant : une auréole lumineuse faisait ressortir les arêtes déliées des sculptures, et surtout au moment où les feux allaient s'éteindre, l'illusion d'optique a été merveilleuse : on eût dit de ces châteaux enflammés des anciennes légendes qui s'envolaient vers les cieux ; Hoffmann eût vu les êtres bizarres qui servent de gargouilles déployer leurs ailes, et la magnifique cathédrale osciller, puis monter vers les nuages au milieu d'un chœur d'anges et de saints.

Le prince de Furstenberg nous avait donné le même spectacle sur les bords du Rhin en nous faisant les honneurs de l'église Sainte-Apollinaire (près de Remagen), ce petit bijou d'architecture gothique dont les fresques attirent les touristes, et les saintes reliques de nombreuses processions. Le grandiose manque un peu dans l'édifice, qui n'a pas la hardiesse légère, la beauté téméraire de la cathédrale de Cologne; mais vue du Rhin, alors que

lin, le liquide qui baignait chacune des faces du cristallin a disparu, le cristallin lui-même s'est ratatiné, et enfin l'eau du flacon a pris une coloration d'un blanc laiteux.

Curieux de savoir ce qui se passe dans le cristallin quand il a séjourné longtemps dans l'eau, nous en avons conservé plusieurs pendant trois ou quatre mois. Il faut décrire les altérations qui se produisent selon la longueur du temps. Dans les quatre ou cinq premiers jours, les molécules du cristallin en contact avec l'eau ne subissent qu'un déplacement partiel les unes par rapport aux autres, et la teinte blanchâtre n'est que superficielle et peu prononcée. L'amas d'eau qui baigne les deux faces du cristallin est comme un réservoir qui en alimente chaque partie, mais en si peu de temps cette eau n'a pas encore pu s'étendre bien profondément. Aussi, quand par un procédé quelconque on parvient à faire évaporer cette eau, le cristallin reprend presque toute sa transparence, comme nous le verrons plus tard.

Mais lorsque les cristallins ont séjourné longtemps dans l'eau, le liquide s'insinue entre chaque molécule, pénètre profondément et amène entre ces molécules un déplacement tel que leur agglomération normale devient désormais impossible. Il n'est pas rare de voir dans ces circonstances la surface du cristallin toute hérissée de petites aspérités, ce qui est dû au plissement de la capsule et aux molécules elles-mêmes qui font saillie derrière cette membrane.

Que devient l'eau qui recouvre les deux faces du cristallin ? A cause du gonflement des molécules, elle tend à se porter et se porte effectivement à la périphérie ; arrivée là, elle refoule à son tour les molécules vers le centre du cristallin, qui se ratatine par suite de la compression qu'il subit, tandis que, d'un autre côté, cette eau sort de la capsule, entraînant avec elle quelques parcelles du cristallin : ainsi s'explique la couche laiteuse qui forme nuage dans le flacon.

Sur les cristallins d'autres animaux, mêmes expériences, mêmes résultats. Nous avons remarqué seulement quelques différences sous le rapport du temps que mettent ces phénomènes à se produire, ce qui dépend de la densité plus ou moins grande du cristallin.

Pour confirmer ces données, nous avons fait congeler un cristallin, et dans cet état la blancheur était complète aussi bien que l'opacité. Évidemment il s'est produit par le fait de la congélation un dérangement moléculaire, car le cristallin s'est légèrement rétréci et allongé. En approchant ensuite du feu le tube qui avait servi à l'expérience, on voit le cristallin reprendre immédiatement sa forme et toute sa diaphanéité : ce qui, du reste, est connu.

Si l'on expose à l'air un cristallin qui a séjourné dans l'eau pendant deux ou trois jours, on constate que, au bout de douze à quatorze heures environ, il reprend sa transparence. L'évaporation de l'eau qui s'était interposée entre les molécules superficielles du cristallin, qu'elle n'avait écartées que très légèrement, a permis à ces mêmes molécules de reprendre leur arrangement primitif.

Chacun a pu se demander pourquoi la neige est d'une blancheur si éclatante, pourquoi l'eau de savon et l'albumine fortement battues présentent la même couleur et le même éclat. Il me semble que cela doit être attribué à l'extrême division de leurs molécules, division qui est produite par l'air qui vient s'interposer entre elles. Dans le cristallin devenu opaque, le corps diviseur n'est plus l'air, mais bien l'humeur aqueuse, ou l'humeur vitrée ramollie, ou enfin des sécrétions anormales qui se font dans la coque oculaire.

Nous avons essayé d'injecter de l'eau ou de l'air dans la substance même du cristallin ; nous n'avons pas pu y parvenir, attendu que la capsule ne résiste pas. Nous avons renouvelé cette même expérience sur la cornée, qui a une si grande analogie avec le cristallin, et le succès n'a rien laissé à désirer. A peine l'injection d'eau ou d'air a-t-elle pénétré la cornée, que celle-ci devient épaisse, dure, opaque et blanche comme de la neige. Au bout de vingt-quatre heures la cornée, abandonnée à elle-même, a perdu souvent de son épaisseur, de sa dureté, de son opacité et de sa blancheur, ce qui, selon nous, dénote qu'une partie de l'air ou de l'eau a disparu.

M. Magne, professeur à l'École d'Alfort, ayant eu l'obligeance de mettre à notre disposition un grand nombre de cristallins de chevaux, nous avons écrasé ces cristallins entre nos doigts, et nous avons remarqué que sous l'influence de cette pression ils devenaient blancs et opaques. Les cristallins de vache, de vieux lapins, et ceux placés dans les mêmes conditions, donnent des résultats identiques.

L'opacité et la couleur blanche du cristallin doivent aussi être attribuées au rapprochement des molécules dont il est constitué. Il est facile de vérifier ces faits en exposant au grand air des cristallins de moutons, etc. Dès que l'eau qui entre dans la composition de l'albumine s'est évaporée, l'opacité commence et continue avec l'évaporation. Il est important de faire observer que la substance corticale du cristallin, qui contient une assez grande quantité d'eau, perd la première sa transparence, tandis que le noyau central la conserve

---

trois bateaux à vapeur ramenaient à Bonn ceux qui avaient fait l'excursion du Stolzenfels et que toute l'artillerie des forts était en émoi ; vue au milieu de l'enthousiasme général, l'église de Remagen a produit un effet qu'aucun des assistants n'oubliera.

Je ne fais que mentionner, cher rédacteur, le bienveillant accueil de la princesse de Prusse, la chaleureuse réception de la ville de Coblenz, les beautés du panorama enchanteur du célèbre château Stolzenfels, une des plus pittoresques entre les ruines restaurées du Rhin, et un charmant concert donné par M. le bourgmestre de la ville de Bonn. L'armée des musiciens était sous la conduite de Hiller, l'ancien chef d'orchestre des *Italiens*. Nous avons entendu, au dire de Hiller lui-même, un Paganini tout jeune qui a été applaudi avec une *furia* tout italienne.

Je n'ai plus que le temps de demander pardon à vos lecteurs, honoré *chef*, de les avoir si longtemps tenus hors de la partie scientifique et médicale du congrès ; mais je me propose de vous fournir les moyens de les y faire rentrer.

Agréez, etc. P. Picard.

— Un décret impérial en date du 26 août 1857 reconnaît la Société de médecine de Bordeaux comme établissement d'utilité publique.

— D'après le récent tableau de classement des officiers de la marine, les médecins ou pharmaciens, inspecteurs principaux et majors de première classe, doivent dîner à la table du commandant ; les médecins ou pharmaciens de deuxième classe, à la table de l'état-major ; les sous-aides, à la table des aspirants.

— On annonce une mort à laquelle la presse médicale sera particulièrement sensible : celle de M. Félix Jacquot, qui a succombé à une pneumonie double. M. Jacquot, qui s'était autant distingué dans la littérature légère que dans les travaux scientifiques, était médecin-major de 1re classe et professeur agrégé au Val-de-Grâce.

— Un cas de cow-pox s'est récemment produit dans la province d'Oran. La prime de 250 francs, accordée en cas pareil par l'administration, a été répartie entre M. Migette, auteur de la découverte, et M. le docteur Alquié, qui a expérimenté le cow-pox.

presque intacte. Par le rapprochement des molécules, la surface du cristallin offre des aspérités, ce qui pourrait faire croire à l'opacité de la capsule; cependant il n'en est rien.

L'opacité du cristallin se fait tantôt d'unemanière lente et graduelle, tantôt avec une grande rapidité. C'est la durée de l'évaporation qui donne la mesure du temps qu'elle met à se produire. Ainsi nous avons vu des cristallins perdre leur transparence dans une demi-journée; nous en avons vu d'autres la conserver pendant plus d'un mois, et ensuite devenir opaque en peu d'instants sous l'influence de l'état hygrométrique de l'atmosphère.

Ces mêmes cristallins, placés dans l'eau, reprennent presque toute leur transparence au bout de dix-huit à vingt heures environ. Nous avons remarqué en outre l'existence de quelques bulles d'air entre la capsule et le cristallin.

Je ferai observer que, sur le vivant, il ne peut pas être question d'opacité du cristallin par le rapprochement de molécules, attendu que la vaporisation du cristallin n'existe pas, celui-ci étant placé entre l'humeur aqueuse et l'humeur vitrée. Du reste, tous les chirurgiens savent que, lorsque dans l'opération de la cataracte on ouvre la capsule du cristallin, il s'écoule aussitôt un flot de liquide; quand cela n'arrive pas, c'est une preuve que la cataracte est plus ou moins ancienne.

D'après les renseignements que nous avons obtenus de l'obligeance de M. de Luca, chimiste distingué, la substance du cristallin se comporte sous l'influence de la chaleur absolument comme l'albumine. Il est donc permis de se demander si les yeux soumis à une température de 60 à 70 degrés conserveraient ou non leur diaphanéité. La réponse ne peut être qu'affirmative. En effet, il n'est pas de pays connu sur la terre qui présente une température aussi élevée. De plus, si on l'obtenait artificiellement, les yeux conserveraient, comme on sait, leur chaleur naturelle. Ce résultat, du reste, s'explique très bien en physiologie, par les fonctions de la peau, dont l'activité augmente ou diminue avec la température. Nous avons placé plusieurs lapins dans une étuve au Collége de France, où le thermomètre marquait 80 degrés, et jamais nous n'avons remarqué la moindre opacité dans le cristallin.

Il n'est pas sans intérêt de savoir que la capsule se prête admirablement au gonflement du cristallin sans subir le plus souvent la moindre déchirure, car ayant examiné la cataracte des lapins soumis à nos expériences, nous avons trouvé la capsule presque toujours saine. Dès que le cristallin diminue de volume, la capsule revient sur elle-même en formant des plis. Enfin, pendant le cours de nos expériences, nous ne sommes jamais parvenu à la rendre opaque.

Nous croyons avoir démontré, d'une manière péremptoire, la véritable étiologie des cataractes dans l'espèce animale. Notre théorie sera également vraie, nos expériences ne seront pas moins concluantes pour la formation de la cataracte chez l'homme, si les phénomènes sont les mêmes de part et d'autre. C'est vers ce but que désormais vont tendre tous nos efforts.

Chez l'homme, le renouvellement de l'humeur aqueuse se fait aussi d'une manière continue. On le voit manifestement lorsqu'on pratique la paracentèse de la chambre antérieure ou que l'on opère la cataracte par la déchirure de la capsule, ou enfin par la ponction linéaire. Dans tous ces cas la chambre antérieure se rétablit en quelques minutes. Quand la plaie de la cornée met plus de temps à se cicatriser, comme dans l'opération de la cataracte par extraction ordinaire, la chambre antérieure tarde aussi plus longtemps à se reformer.

Nous citerons avec satisfaction le fait de la cataracte pyramidale dont tout le monde connaît le mécanisme, afin de démontrer la force et la rapidité du courant dans l'humeur aqueuse chez les enfants.

L'on me dira: Mais si du sang ou du pus viennent à se loger dans la chambre antérieure, ils ne disparaissent qu'au bout de dix ou douze jours, et même quelquefois davantage. Je répondrai que ces substances ne séjournent aussi longtemps dans la chambre antérieure qu'à cause de leur densité. En effet, quand on veut les extraire par la paracentèse de la chambre antérieure, elles ne sortent pas, et l'opération est tout à fait inutile dans ce cas. En outre, ces produits morbides sont sans cesse renouvelés, le pus surtout étant le résultat d'une affection de la cornée ou de l'iris. Cependant il est bon de remarquer qu'ils disparaissent sans causer d'accidents.

Chez les vieillards le même courant existe; mais il est plus lent. Les produits pathologiques qui se forment dans la chambre antérieure mettent déjà beaucoup plus de temps à disparaître. En outre, la chambre antérieure a un diamètre antéro-postérieur plus petit, au point que l'opération de la cataracte par kératotomie devient quelquefois impossible. Cette diminution est due à la saillie que fait l'iris en se portant d'arrière en avant, et cette tendance de l'iris provient de la faiblesse du courant dans la chambre antérieure. Le courant étant moins fort, la résistance à vaincre est moindre. Une nouvelle donnée confirmative de ce fait, c'est que, à mesure qu'on évacue la chambre antérieure, l'iris fait saillie en avant pour remplir le vide, puis reprend sa place primitive quand l'humeur aqueuse a été sécrétée en plus grande quantité.

Nous savons cependant que cette tendance de l'iris à se porter en avant peut aussi avoir pour principe, soit le volume de la cataracte, soit la contraction des éléments musculaires; mais la cause que nous avons invoquée n'en existe pas moins, comme on peut s'en assurer chez les jeunes gens qui ont des cataractes congénitales. Ces cataractes sont molles, par conséquent volumineuses; il y a aussi la contraction musculaire qui est plus énergique, et cependant la chambre antérieure conserve presque sa forme normale et toute sa capacité, parce que le courant de l'humeur aqueuse a toute sa force.

Nous avons maintefois pratiqué sur des lapins l'expérience suivante: Avec une aiguille à coudre nous avons pénétré dans la chambre antérieure d'avant en arrière jusque près de l'iris; puis, avec une aiguille à cataracte très fine, nous avons pratiqué une ouverture à la périphérie de la cornée. Cette seconde ouverture laissait sortir l'humeur aqueuse, tandis que la première était hermétiquement fermée par l'aiguille. Que se passait-il? On voyait l'iris s'approcher de la pointe de l'aiguille à mesure que l'humeur aqueuse s'écoulait; au contraire, il s'en éloignait, quand le liquide se renouvelait.

Dans la coque oculaire, les choses ne se passent pas tout à fait de la même façon. Si du sang, du pus ou tout autre produit viennent à s'y déposer, l'œil s'atrophie ou perd la faculté de voir par suite d'une inflammation plus ou moins intense qui s'y développe, parce qu'il n'existe pas dans cette cavité de courant qui entraîne les produits pathologiques. L'absorption alors ne s'y fait que d'une manière très lente.

Lorsqu'on pratique l'opération de la cataracte par extraction, surtout par abaissement, il n'est pas rare de voir se manifester un iritis, lequel peut produire des fausses mem-

branes. Si dans ces conditions on fait une pupille artificielle, le corps vitré sort assez souvent en quantité plus ou moins grande. Le premier effet de cette évacuation est l'affaissement de l'œil; puis, après quelques minutes ou quelques heures, le globe oculaire reprend son volume ordinaire et sa résistance normale. Comment expliquer cet affaissement et cette résistance, si ce n'est par le fait de l'évacuation du corps vitré, puis par la pénétration dans la coque oculaire de l'humeur aqueuse qui l'a remplacé? Ici le passage de la chambre antérieure dans la coque oculaire se fait d'autant plus facilement, que l'opérateur a pratiqué une ouverture presque toujours béante dans l'iris, pendant que l'ouverture de la cornée, n'étant qu'une simple ponction, se ferme facilement.

L'issue du corps vitré est d'autant plus facile, qu'il est mélangé avec de l'humeur aqueuse; quelquefois même il est complétement remplacé par ce liquide. Voici comment la chose se passe :

En opérant la cataracte, soit par extraction, soit par abaissement, on établit ainsi une voie de communication entre la chambre antérieure et la coque oculaire. C'est par cette voie que l'humeur aqueuse y pénètre; elle ramollit le corps vitré, puis comme elle afflue sans cesse, elle finit par entraîner toute la masse vitrée dont elle prend la place. Il n'est pas étonnant alors de voir sortir, lorsqu'on pratique la pupille artificielle, tantôt un liquide ayant l'apparence de l'eau, tantôt du corps vitré ramolli.

Quand on pratique l'opération de la cataracte par extraction, s'il s'échappe une certaine quantité d'humeur vitrée, elle ne peut être remplacée que difficilement par l'humeur aqueuse, parce que les lèvres de la plaie faite à la cornée ne s'agglutinent pas tout de suite. Si au contraire l'humeur vitrée sort en grande quantité, il devient impossible que l'humeur aqueuse la remplace, parce que, la cornée étant déformée, la sécrétion ne se fait plus régulièrement. De plus, la plaie de la cornée n'a pas de tendance à se cicatriser. Alors l'état de vacuité de l'œil, ainsi que l'inflammation qui s'y développe, amènent l'atrophie de cet organe.

Nous pouvons maintenant formuler nettement notre pensée et dire que, selon nous, le ramollissement du corps vitré est dû ordinairement à l'humeur aqueuse ou à d'autres liquides résultants des affections congestives ou inflammatoires de la choroïde. Dans l'espèce animale nous nous en sommes assuré directement par l'injection de l'eau dans la coque oculaire. Constamment le corps vitré a subi un ramollissement. Cependant les couches du corps vitré qui sont appliquées contre le cristallin conservent le plus souvent leur densité normale. Nous avons pratiqué l'extraction du cristallin sur des animaux, et constamment nous avons trouvé dans la coque oculaire, au bout de quelque temps, un liquide ayant l'apparence de l'eau, ou bien de l'humeur vitrée ramollie.

L'âge et la misère ont une grande influence sur le développement de la cataracte. Cette affection se remarque plus particulièrement chez les vieillards et surtout chez ceux de la classe pauvre. Ces deux conditions, en effet, ont une grande influence sur la lenteur du renouvellement de l'humeur aqueuse. Pour se rendre raison de ce que nous venons de dire, il suffit de porter son attention sur le nombre des opérés dans les hôpitaux, dans les cliniques particulières et en ville. Nous croyons que les riches affectés de cataracte sont, par rapport aux pauvres comme 1 est à 6. Il est vrai que les pauvres sont plus nombreux que les riches; mais en retour les opérés de la classe riche se recrutent en grande partie à l'étranger, tandis que les opérés de la classe pauvre appartiennent presque tous à la France.

Il faut admettre la cataracte chez les enfants, parce qu'elle existe réellement; seulement elle est toujours congénitale, et on doit la considérer comme une aberration de la nature. En tout cas ne serait-il pas permis de l'attribuer au défaut de formation de la capsule, sans qu'il nous soit possible de prouver notre opinion.

Quoi qu'il en soit, la cataracte chez les enfants, refoulée en arrière, semble vouloir faire hernie à travers la capsule postérieure. Si on ne l'opère pas, elle diminue beaucoup de volume, et quelquefois même elle finit par disparaître complétement. Ces phénomènes sont analogues à ceux qu'on remarque dans la cataracte traumatique, lorsqu'elle a été exempte d'iritis.

On a remarqué chez les enfants la cataracte dite [illegible] *siliqueuse*. Lorsqu'elle existe, la capsule est saine; seulement elle offre des bosselures produites par des fragments de la substance du cristallin qui se sont déposés sur sa face interne. Cette espèce de cataracte est devenue rare de nos jours, parce qu'on opère avec raison de bonne heure. On remarque aussi quelquefois chez les jeunes gens des cataractes congénitales; du reste, chez eux comme chez les enfants, souvent la cataracte n'affecte qu'un œil, tandis que chez les vieillards les deux yeux sont également pris. Elle peut être plus développée d'un côté que de l'autre, ce qui importe peu; absolument comme dans une affection du cœur, lorsqu'il y a œdème des membres inférieurs, un pied est ordinairement plus tuméfié que l'autre.

On a remarqué, chez des individus âgés de trente-cinq à quarante ans, des cataractes commençantes sur les deux yeux. Elles commencent par de petites stries, mais de pareils phénomènes ne se manifestent que lorsque la santé est plus ou moins endommagée. On a vu aussi ces mêmes cataractes rester stationnaires. C'est qu'alors la santé, d'abord débilitée, s'était améliorée. Enfin, pour ne rien omettre, on a trouvé des cataractes chez des individus qui avaient toutes les apparences de la bonne santé. Les chlorotiques ont souvent tous les signes extérieurs de la force et de la santé, et cependant en réalité elles sont malades.

Considérées au point de vue de la densité, les cataractes molles occupent le premier rang pour leur fréquence. Les couches les plus superficielles du cristallin, étant douées d'une densité moindre, se ramollissent les premières, attendu que l'imbibition a moins de résistance à vaincre. Au contraire, la partie centrale du cristallin, qui offre une grande dureté, cède moins souvent aux efforts de l'imbibition. C'est pour cela que le cristallin des personnes opérées de la cataracte ne se trouve opaque que dans les couches superficielles, tandis que le noyau conserve souvent presque toute sa transparence.

Chez les vieillards, c'est naturellement que le noyau du cristallin offre une grande densité; la même chose se remarque dans les animaux avancés en âge, ainsi que nous l'avons observé très souvent sur des vaches à l'abattoir de Grenelle.

C'est l'inverse qui a lieu chez les enfants et les jeunes gens, dont le cristallin n'a guère plus de densité au centre qu'à la périphérie. C'est pourquoi chez eux l'opacité se remarque aussi bien dans les couches profondes que dans les superficielles.

En confirmation de ces faits, nous ajouterons qu'ayant laissé longtemps dans l'eau des cristallins de gros poissons et de vieux chevaux, nous nous sommes assuré qu'après plusieurs

semaines d'immersion, la substance corticale du cristallin avait perdu sa transparence, tandis que la centrale la conservait encore. Ceci ne peut s'expliquer que par la différence de densité de ces deux substances.

La teinte jaune d'ambre du noyau est naturelle chez les vieillards; car on l'observe chez presque tous ceux qui atteignent un âge avancé, même lorsqu'ils sont exempts de cataracte. Le noyau vient il à perdre sa diaphanéité après que la substance corticale l'a perdue elle-même, la teinte jaune diminue à cause de la division des molécules. Cette même teinte doit aussi se rencontrer chez les animaux, et si on ne la trouve pas, c'est qu'ils meurent trop jeunes. Nous avons été assez heureux pour l'observer une fois sur les cristallins d'un vieux chien.

L'opacité du cristallin commence, ainsi que nous l'avons démontré, par la substance corticale, et dans cette substance ce sont les couches les plus superficielles qui les premières sont privées de leur transparence. C'est alors qu'on distingue nettement sur le cristallin, soit des stries, soit des triangles, soit les unes et les autres. Dès que l'humeur aqueuse vient à pénétrer dans les couches plus ou moins profondes, elle écarte les molécules les unes des autres, et en les écartant, elle détruit l'ordre et la symétrie qui présidaient à leur arrangement. Ainsi se produit une opacité plus grande qui ne permet plus de distinguer ni les stries, ni les triangles. Dans ce désordre, le cristallin se ratatine par le même mécanisme que nous avons fait connaître en parlant du dérangement moléculaire. Alors les rayons lumineux peuvent arriver quelquefois sur la rétine en passant par la périphérie. Les rayons lumineux arrivent encore mieux à la rétine lorsque la cataracte est étoilée. Le mode de formation de celle-ci est le même, avec cette différence qu'au lieu de molécules, ce sont des triangles qui se dirigent vers le centre.

Il est un peu rare d'observer ces divers phénomènes, parce que les personnes atteintes de cataracte ne tardent pas à se faire opérer. Les anciens attendaient très longtemps pour opérer les personnes atteintes de cataracte, attendu qu'ils ne connaissaient que l'opération à l'aiguille. Quant à nous, trois fois nous avons vu opérer des cataractes dites anciennes par extraction, et trois fois l'opération a présenté de sérieuses difficultés, à cause du rapport intime qui s'établit entre la capsule et les molécules du cristallin, réduit à un degré extrême de division. Si l'on fait séjourner un cristallin dans l'eau pendant trois ou quatre jours, et qu'ensuite on l'expose à l'air, la même adhésion s'établit entre la capsule et le cristallin après plusieurs jours. Il est encore une autre expérience qui met cette particularité dans toute son évidence. Quand, après avoir fait coaguler un cristallin par la chaleur, on le plonge dans l'eau, tout aussitôt le liquide commence à pénétrer la capsule en plus ou moins grande quantité, d'où résulte un gonflement de cette membrane. Ce gonflement ne saurait avoir lieu sans que les deux parois de la capsule ne subissent un écartement. C'est alors qu'on voit des fragments du cristallin accolés à la face interne de la capsule.

Passons maintenant à la cataracte dure. Cette variété est rare. On l'observe quand la partie centrale du cristallin est opaque, la substance corticale, au contraire, conservant presque toute sa transparence. Il est aisé de comprendre comment ces sortes de cataractes n'interceptent pas totalement les rayons lumineux : il ne serait donc pas à propos de les opérer. Plus tard cependant la substance corticale peut aussi devenir opaque, ce qui constituerait dans ce cas une cataracte mixte.

Dans le cours de nos recherches dans les abattoirs, nous avons remarqué que les cristallins des yeux de porcs commençaient quelquefois à devenir opaques par le centre du noyau, un ou deux jours après la mort de ces animaux. Un pareil effet tire son origine d'une cause extérieure, et résulte manifestement de l'imbibition par l'humeur aqueuse. Il n'est pas moins intéressant de noter que cette partie du cristallin qui avait subi l'opacité présentait une plus grande densité que les autres couches encore transparentes.

Plus tard ayant encore examiné un grand nombre d'yeux de moutons, nous en avons trouvé quatre qui offraient également une opacité centrale avec une coloration blanche tirant un peu sur le violet, et enfin avec une densité plus grande que dans les parties encore intactes. N'est-il pas permis de supposer que ces mêmes phénomènes se passent chez l'homme absolument de la même manière?

Pour expliquer l'origine de la cataracte centrale, nous avons supposé que le noyau du cristallin, à cause de sa densité, avait retenu quelques molécules très fines d'un sel quelconque ou de toute autre substance. Partant de cette idée, nous avons plongé dans une solution d'iodure de potassium un cristallin de veau ou de lapin pris immédiatement après la mort de l'animal, et l'opacité centrale n'a pas tardé à se manifester. Le même résultat a été obtenu en faisant séjourner un cristallin dans une solution de sulfocyanure de potassium. Si au sulfocyanure on substitue le cyanure de potassium, on obtient une coloration d'un beau rouge que je signale à l'attention des chimistes, parce qu'elle n'a pas encore été observée.

Des hommes très remarquables ont observé des cataractes purulentes, noires, osseuses, etc. Il reste à savoir s'il est possible d'expliquer leur origine et leur formation. Non-seulement nous admettons ces diverses variétés de cataractes que nous avons eu occasion d'observer, mais encore nous sommes parvenu à en produire plusieurs. Occupons-nous d'abord de la cataracte purulente qu'on peut produire de toutes pièces sur des lapins. Voici par quel procédé :

On commence par faire sortir une bonne partie du corps vitré, afin de créer un espace vide où le pus ira se loger; ensuite on irrite la coque oculaire dans le but de faire naître une inflammation. Il faut surtout s'attacher à produire sur l'iris une forte irritation, laquelle, en développant une fausse membrane, fermera la pupille et s'opposera ainsi au passage de l'humeur aqueuse dans la coque oculaire. Toutes ces petites manœuvres étant terminées, on abandonne l'animal à lui-même, et on le tue au bout de huit à dix jours. L'examen des yeux démontre que la cataracte purulente est très bien développée. Le pus n'a pas pénétré en totalité dans la substance du cristallin; les parties les plus ténues seulement s'y sont frayé un passage. Ne voulant conserver aucun doute sur la nature de ce pus, nous en avons présenté une certaine quantité à M. Charles Robin, que nous prions de vouloir agréer nos remercîments; ce célèbre micrographe, après examen, nous a assuré que c'était du vrai pus.

A la rigueur, on pourrait dire que le pus qui, dans ce cas, a donné naissance à la cataracte, ne provient pas de la coque oculaire, mais s'est formé de toutes pièces dans la substance même du cristallin. Cette manière de voir va être combattue par l'expérience suivante.

Nous avons pratiqué sur la sclérotique de l'œil droit d'un

lapin une large ouverture par laquelle nous avons extrait le cristallin et une grande partie du corps vitré. La même opération a été pratiquée sur l'œil gauche, et de plus un appareil cristallinien pris sur un autre lapin a été introduit dans la coque oculaire de cet œil gauche; enfin l'ouverture faite à chaque œil a été fermée au moyen d'un point de suture entrecoupée. Quatre jours s'étant écoulés, comme l'inflammation avait acquis une forte intensité, l'animal a été sacrifié. A l'examen nous avons trouvé le cristallin de l'œil gauche gorgé de pus et augmenté de volume, tandis qu'on en remarquait à peine quelques traces dans la coque oculaire. Sur l'œil droit, la coque oculaire était remplie de pus dans le tiers à peu près de sa capacité.

Passons à la cataracte noire. Elle est bien rare, et ordinairement la couleur noire ne siége que dans la substance centrale du cristallin. Cependant nous avons pu constater sur un invalide une cataracte de ce genre, qui comprenait également et le noyau et la substance corticale, ce qui la rendait volumineuse. Le mode de formation de cette variété peut également s'expliquer, et nous sommes parvenu à en produire sur les lapins avec les sels de fer, et en particulier avec le gallate. Sans doute la nature peut disposer d'autres principes, mais il ne nous est guère possible de nous en rendre compte, vu la rareté de la cataracte noire. Dans tous les cas, nous nous croyons autorisé à dire que le mécanisme de la production est le même que celui que nous avons indiqué.

Quelques mots sur la cataracte osseuse. Elle se produit à la suite de l'inflammation des membranes de l'œil. En vertu du travail pathologique; des principes nouveaux prennent naissance, pénètrent ensuite dans le cristallin, où ils sont retenus à l'état de fossiles, s'il est permis de s'exprimer ainsi. Désireux de vérifier cette théorie par l'expérimentation, nous avons plongé plusieurs cristallins dans des solutions de sels de fer; nous les avons laissés longtemps, et lorsque nous les avons retirés, ils avaient presque la densité de marbre. Mis en contact avec l'eau dans cet état de densité, l'eau n'a pas pu s'infiltrer à travers les molécules, faute de place, la capsule ayant été distendue jusqu'à la dernière limite.

La cataracte liquide, dite morgagnienne, se déclare à la suite d'une imbibition rapide et se produit en peu de temps. Dans cette variété le noyau du cristallin diminue à la vérité de volume; mais il ne disparaît pas complétement, à cause de la densité qui lui est naturelle. Il nous est arrivé de voir quelquefois, sur des lapins, le liquide remplacer le cristallin. Il paraît que ce fait doit avoir lieu dans le cas où la capsule ne se plisse pas, mais conserve toute sa tension.

La choroïdite donne quelquefois lieu à une cataracte ordinairement blanche et volumineuse. Cette variété ne se remarque que dans les cas où l'œil offre une grande dureté, de manière que l'humeur aqueuse ne se renouvelle qu'avec beaucoup de peine. En effet la chambre antérieure a perdu une grande partie de sa capacité, et la cornée offre une teinte légèrement blanchâtre à cause de la compression qu'elle subit; enfin, ajoutons à tout cela les sécrétions anormales qui se font dans la coque oculaire et qui sont probablement cause du ramollissement du corps vitré dans cette circonstance.

En présence de tous les faits que nous venons d'exposer, il serait superflu d'insister sur les différentes causes de la cataracte, qui ont été signalées par les auteurs; toutefois il nous paraît utile de dire quelques mots sur le défaut de nutrition du cristallin, comme cause de la cataracte.

On peut établir trois hypothèses et dire que le cristallin tire ses éléments nutritifs, soit de l'humeur aqueuse, soit de l'iris, soit du corps vitré. En admettant la première hypothèse, le cristallin deviendra opaque toutes les fois qu'il se formera une fausse membrane dans la pupille. Si la seconde supposition est la vraie, l'opacité du cristallin deviendra inévitable lorsqu'il surviendra une iritis, parce que l'inflammation d'un organe doit nécessairement en modifier les principes nutritifs. Enfin, si l'on croit devoir adopter la troisième hypothèse, on se verra contraint de dire que le cristallin perd sa transparence chaque fois qu'il se luxe et tombe dans la chambre antérieure. Or, des praticiens très distingués ont vu le cristallin séjourner dans la chambre antérieure pendant plusieurs mois, et même un an et deux, sans présenter pour cela la moindre trace d'opacité. Ce résultat vient prêter un nouvel appui aux idées que nous avons soutenues jusqu'à présent. Il faut ajouter cependant que dans cet état le cristallin finit toujours par perdre sa transparence, soit qu'il conserve sa capsule, soit qu'il l'ait perdue; car exposé comme il est à toutes sortes de secousses, la capsule se déchire si elle existe, lorsque dans le cas contraire la substance même du cristallin se fendille. L'explication de tous ces faits est facile à trouver.

Un cristallin tombé dans la chambre antérieure, quoique dépouillé de sa capsule, ne conserve sa transparence que parce qu'il est soumis à un courant continu, c'est le courant de l'humeur aqueuse. Toutefois la substance corticale qui reçoit le premier choc de ce courant doit diminuer un peu de volume. Au contraire, quand le cristallin est à sa place et que la capsule est ouverte, comme dans la cataracte traumatique, il s'établit une couche de liquide entre le cristallin et la capsule; en outre, la substance corticale est elle-même plus ou moins intéressée, et de là il est aisé de comprendre comment l'humeur aqueuse peut pénétrer le cristallin.

Nous devons ajouter à toutes ces considérations que nous avons conservé pendant trente-deux jours des cristallins doués de toute leur transparence, et que celle-ci n'a commencé à disparaître que lorsque les molécules venaient à se rapprocher. Ce rapprochement des molécules ne pouvait avoir lieu qu'à la suite de l'évaporation de l'eau qui entre dans la composition de l'albumine. Dans ce moment, je conserve quelques cristallins de moutons dans une commode où l'évaporation est très légère. Après quatre-vingt-cinq jours ils sont encore assez transparents. J'ajoute que je les ai pris immédiatement après la mort des animaux.

Les nombreuses expériences auxquelles nous nous sommes livrés nous ont suggéré quelques indications précieuses pour le traitement dans la cataracte.

Quand il s'agit d'une cataracte commençante chez des individus âgés de trente-cinq à quarante ans, il faut recourir à un traitement tonique, et faire observer au malade les lois les plus rigoureuses de l'hygiène, afin d'empêcher les progrès de la cataracte. On pourrait aussi remplir les mêmes indications chez les vieillards, mais sans grande chance de succès. Ici l'âge paralyse tous les efforts de l'art.

Lorsque la cataracte est complète, il devient indispensable d'avoir recours à l'opération. Effectivement, comme la cause de la cataracte est souvent une imbibition du cristallin par l'humeur aqueuse, et que l'opacité résulte d'un dérangement moléculaire, on ne voit pas trop comment un moyen purement médical aurait la propriété de rétablir la texture normale des molécules. En admettant même qu'on trouve ce moyen, il serait encore inutile de l'employer, attendu que,

cause de la cataracte n'ayant pas cessé d'exister, la cataracte se reproduirait infailliblement.

De toutes les méthodes, celle que nous préférons pour les vieillards est sans contredit l'extraction. Ce qui fixe notre choix, ce sont les deux circonstances suivantes : la lenteur du courant de l'humeur aqueuse, et la forte consistance du noyau du cristallin. L'abaissement dans ces conditions n'est nullement indiqué ; l'humeur aqueuse ne peut pas ou ne peut que très difficilement pénétrer les différentes couches du cristallin pour les diviser, et celles qui seraient divisées ne seraient emportées qu'après un temps considérable, vu la lenteur du courant : le cristallin serait donc condamné à séjourner dans l'œil, et dès lors il jouerait le rôle de corps étranger. Ainsi s'expliquent les accidents qu'on observe après l'opération par abaissement, tels que l'iritis et les affections congestives ou inflammatoires de la choroïde, dont les suites peuvent amener ou des fausses cataractes ou une amaurose.

S'il y a des contre-indications locales pour l'extraction, presque toujours l'opérateur en fera justice.

Chez les enfants et les jeunes gens, il faut au contraire avoir recours au broiement du cristallin ou à la déchirure de la capsule, parce que le courant de l'humeur aqueuse est plus rapide, et que le noyau et surtout la substance corticale sont doués d'une densité beaucoup moindre. Ces deux circonstances expliquent comment le cristallin est facilement pénétré par l'humeur aqueuse, et avec quelle facilité les molécules seront entraînées.

Il nous semble très important, quand on a recours au broiement, d'écarter les uns des autres les fragments du cristallin et de les faire passer, autant que possible, dans la chambre antérieure, afin d'empêcher leur réunion et de favoriser leur absorption. Si en effet les fragments du cristallin viennent à se rencontrer, ils se rapprochent, se réunissent et souvent vont se loger dans le champ de la pupille, où ils trouvent une place et un point d'appui, et c'est ainsi que se forment des cataractes secondaires sur lesquelles l'humeur aqueuse est sans action, à cause de leur densité.

Nous ne ferons que mentionner l'opération par abaissement que nous pensons devoir être mise de côté. Elle ne peut réussir que dans le cas où la cataracte est dure ; or, comme on a ordinairement affaire à une cataracte molle, il est à peu près impossible d'abaisser ; on divise plutôt qu'on n'abaisse. Cependant la pupille peut devenir plus ou moins nette par la dispersion des fragments du cristallin.

Nous avons dit aussi que la cataracte dure, laquelle est pure et exclusive aux vieillards, est comme ratatinée, si bien que, les rayons lumineux pouvant arriver jusqu'à la rétine par la périphérie du cristallin, les malades continuent encore à voir. Dans ce cas, il n'y a aucune indication à remplir.

Peut-être serait-il permis de recourir à l'abaissement quand il s'agit d'une cataracte ancienne, offrant une grande dureté et un petit volume. Dans ce cas, on pourrait sans trop d'inconvénients loger dans la coque oculaire le cristallin avec sa capsule, qui ne se détache pas. Cependant, même dans ces conditions, nous avons vu deux fois extraire le cristallin parce qu'il occasionnait une iritis et une inflammation subaiguë de la choroïde. Selon nous il serait encore préférable de pratiquer l'extraction, et comme le cristallin ne sort qu'avec la capsule, on se servirait d'un petit crochet.

Conclusions. — 1° La cause de la cataracte est l'imbibition du cristallin par l'humeur aqueuse dont le courant est ralenti.

2° L'humeur vitrée ramollie et des sécrétions anormales qui peuvent se développer dans la coque oculaire peuvent aussi produire la cataracte.

3° L'humeur aqueuse sans cesse renouvelée forme un courant continu, et elle est sécrétée sous l'influence de nerfs ciliaires.

4° L'humeur vitrée ne se renouvelle pas, et, si elle est évacuée, elle est remplacée par l'humeur aqueuse.

5° L'humeur de Morgagni n'existe pas.

6° L'opacité et la couleur blanche de la cataracte doivent être attribuées à un dérangement moléculaire.

7° La cataracte est une maladie de la vieillesse, surtout lorsque celle-ci est unie à la pauvreté.

8° La cataracte chez les enfants et les jeunes gens existe, mais elle est toujours congénitale.

9° Les cataractes dure, purulente, noire, osseuse et liquide sont aussi l'effet d'un travail d'imbibition.

10° L'opération est le seul et véritable traitement de la cataracte.

Qu'il me soit permis, en terminant, de remercier M. le professeur Claude Bernard des bonnes objections qu'il m'a faites, et de l'obligeance qu'il a eue de voir mes expériences.

III.

REVUE CLINIQUE.

Observation de M. le docteur Marquez (de Colmar) sur les propriétés contagieuses du muguet. — (Extrait imprimé par décision de la *Société de médecine du département de la Seine*) (1).

Obs. — Issu de parents sains, le nommé Émile B... est venu au monde avec les apparences d'une constitution satisfaisante. Il a été mis en nourrice dans les environs de Colmar. Sa santé n'a pas tardé à s'altérer. On a cru pouvoir attribuer ce changement fâcheux au défaut de propreté de la nourrice et à ce qu'elle suppléait par de la bouillie à l'insuffisance alimentaire du peu de lait qu'elle pouvait fournir. L'enfant a été retiré pour être installé à la ville chez une femme d'artisan convenablement logée, propre, bien portante, bien nourrie, et mère d'un bel enfant âgé déjà de près de trois mois.

Le petit malade est présenté à M. Marquez le 2 juin : il a quinze jours ; sensiblement pâle, amaigri, il a de la diarrhée et repose mal. Sa peau, qui n'offre ni chaleur, ni fraîcheur extraordinaires, est tachée de plaques érythémateuses vers l'anus, à la face interne des cuisses, aux aines, aux malléoles, aux talons. A la nuque, un peu à droite, un ganglion engorgé est en voie de suppuration. Sur le crâne, quelques croûtes, conservées par un ancien préjugé. Dans la bouche, sur une muqueuse rouge, médiocrement sèche, d'aspect chagriné, on aperçoit nombre de points granulés d'un blanc assez mat et quelques taches ou feuillets crémeux. Sans être confluente, cette éruption de muguet se montre plus copieuse à la face interne des lèvres et aux commissures labiales, vers la pointe de la langue, à gauche, sur la muqueuse de la joue, jusqu'à la commissure de la mâchoire. Le doigt, trempé dans de l'eau sucrée, est saisi avec avidité, mais presque aussitôt abandonné ; il en est de même du sein, que l'enfant prend, lâche et reprend coup sur coup. Cela ne provient que de douleur à la succion. La déglutition est libre. Un peu de boisson, déposée avec soin dans la bouche, est

(1) C'est par erreur que, dans le procès-verbal de la séance du 3 juillet, ce travail a été attribué à M. Mignot.

facilement avalée ; peu de mâchonnement ; pas de toux dont il y ait à tenir compte.

Les renseignements qu'on peut nous fournir ne réussissent pas à déterminer si l'érythème est antérieur à la diarrhée ; mais la diarrhée et l'érythème ont positivement précédé l'apparition du muguet, et, depuis passé quarante-huit heures, tous trois paraissent avoir fait des progrès sensibles. Il y a de rares coliques ; les selles sont assez fréquentes, claires, parfois caillebottées. On les a vues un peu vertes ; mais elles sont plus habituellement d'un jaune pâle, et rougissent fortement le papier bleui par le tournesol.

Je conseille : Chaque jour, un bain amylacé ; deux ou trois lavements légèrement amidonnés, ou de décoction de guimauve si la diarrhée vient à se modérer ; sur le ventre, onctions avec huile de camomille et cataplasme de farine de graine de lin. Grande propreté. Lotionner rapidement avec de l'eau de guimauve dégourdie, toutes les fois que l'enfant s'est sali ; essuyer, plutôt tamponner avec un linge fin, et saupoudrer de fécule les taches d'érythème. Un pinceau de charpie porte sur la muqueuse buccale une légère solution de nitrate d'argent cristallisé. Potion gommeuse avec sirop de coing et quelques gouttes d'alcoolature de jusquiame.

Le 5, il y a du mieux ; le bistouri ouvre le ganglion cervical suppuré. Le 8, l'amélioration a fait des progrès notables. Le 13, la bouche est nette de muguet ; la peau reprend sa coloration normale ; les fonctions digestives se rétablissent ; l'enfant tette, et dort relativement bien. Du traitement je ne maintiens que les bains amidonnés, les lavements d'eau de guimauve et les mesures de propreté, qui devraient, en général, être mieux observées. Le 16, la guérison est assurée.

Trois ou quatre jours après qu'É... a commencé à teter, la nourrice a eu les bouts de sein malades. Malgré la précaution qu'elle a prise de se laver chaque fois, ses mamelons sont devenus douloureux, rouges, gonflés, érodés ; sur les places vives on voit quelques points ou traînées d'un blanc caséeux, semblables à ceux du muguet. Lorsqu'on essaye de les enlever par frottement, on fait saigner la petite plaie, ainsi qu'il arrive fréquemment, d'ailleurs, sous les impatientes et presque brutales tentatives de succion qu'exerce le petit malade. Très courageuse, notre femme sait surmonter la douleur et se prêter de bonne grâce à toutes les exigences du nourrisson qui lui est confié. Point de réaction sur les fonctions de l'économie.

Traitement : Toucher avec le nitrate d'argent en solution ; lotionner avec eau de guimauve légèrement opiacée ; le cold-cream, causant une cuisson désagréable, est remplacé par des cataplasmes d'amidon ; potion avec chlorate de potasse.

En peu de jours les traces de muguet se sont effacées ; mais le mamelon est demeuré quelque temps encore irrité, sensible, douloureux à la succion.

Quant à l'enfant de la nourrice, il avait près de trois mois : il n'a pas cessé de teter l'un et l'autre sein ; mais, à chaque fois, ceux-ci étaient d'abord lavés, délicatement essuyés, puis largement enduits de mucilage, soit de guimauve, soit de pepins de coing. Cet enfant n'a pas contracté le moindre mal.

Grâce à cet ensemble de soins préliminaires et successifs à chaque traite, l'allaitement a pu ne pas être discontinué. Ce nous fut un avantage, bien précieux pour notre malade, auquel on épargnait bonne part des fatigues d'une succion difficile, en favorisant par une adroite expression la sortie du lait.

Remarques. — Dans le rayon où j'exerce depuis près de neuf ans, le muguet est une affection assez peu commune pour que les cas sporadiques qu'il m'a été donné de rencontrer m'aient trouvé attentif à en suivre les détails. Plus particulièrement il devait en être ainsi de celui d'É..., qui touche à une question encore en litige. De même ordre que les faits de Baum, de M. Bretonneau, de M. Empis, il témoigne de la contagion du muguet, en tant que transmissible de la bouche du nourrisson au bout du sein de la nourrice. M. Cazeaux affirmait récemment encore, devant la Société de médecine de Paris, que semblables exemples ne sont pas douteux pour lui. Et, en vérité, cette communication ne trouve-t-elle pas sa raison d'être dans les conditions physiologiques propres à la femme qui allaite, et dans les caractères pathologiques du muguet ?

Qu'il y ait ou non complication plus ou moins grave du côté du tube gastro-intestinal, il y a toujours, dans le muguet, inflammation : témoin cette coloration érythémateuse, cette chaleur, cette sécheresse de la bouche, cette tuméfaction des papilles de la langue, cette gêne, quand ce n'est pas de la douleur, à la succion, etc. ; sans parler du phénomène concomitant d'érythème cutané, qui trahit, tout aussi bien que l'entérite, quand elle existe, un état général dont les grains de *millet*, les taches de blanc, ne sont qu'une manifestation spéciale. Si peu vive que paraisse la phlegmasie dans certains cas, elle n'existe pas moins sous l'influence d'une étiologie donnée et dont l'influence coïncide [illegible] naire avec la période d'exfoliation épithéliale ; elle est l'élément essentiel du travail pathologique qui aboutit à cette sécrétion [illegible] bide dans laquelle bon nombre de praticiens estimeront, [illegible] M. Monneret et M. Gubler, que la végétation parasitique [illegible] par MM. Berg, Gruby, Robin, peut fort bien n'être qu'un épiphénomène surajouté à l'exsudation pseudo-membraneuse. Ainsi [illegible] vahie, la bouche du nourrisson ne fournit plus qu'une salive [illegible] rée, très acide, chargée, saturée, à mesure qu'elle devient rare, d'un principe spécifique et de détritus qui sont à [illegible] reprises déposés sur le mamelon et sur la portion d'aréole qui l'avoisine. Riches de tubercules papillaires et de follicules [illegible] aréole et mamelon sont doués d'une vitalité plus grande, d'une sensibilité plus exquise pendant le travail de la lactation. Le bout du sein se trouve donc tout prédisposé à être influencé par les qualités irritantes qui s'accumulent chaque jour davantage dans la bouche qui vient le teter, et sur ce petit organe qui s'est enflammé, érodé, peut s'inoculer le mal, se greffer le cryptogame.

C'est de la sorte que, en présence du cas particulier relaté plus haut, j'ai cru pouvoir m'expliquer la contagion du muguet [illegible] à nourrice. Quant à sa transmission du sein de la femme à la bouche du nourrisson, je ne la crois pas impossible, pourvu [illegible] tefois, qu'il y ait eu au préalable contact suffisant avec une [illegible] prise du muguet. Alors, le manque de propreté, l'oubli de se laver le sein avant de le présenter à un autre enfant, nous fournissent une de ces causes que les auteurs ont reconnues capables d'[illegible] spécifiquement une muqueuse jeune encore, bien qu'ayant [illegible] dépassé quelque peu l'âge auquel les nouveau-nés sont le [illegible] prédisposés au muguet ; et ce mamelon, s'il a lui-même acquis le mal qui nous occupe, aura toute chance de le communiquer [illegible] grande peine : il remplit une de ces conditions pathogéniques que l'on rencontre le plus hors des hôpitaux ; il fait subir à l'enfant un mauvais lait et un mauvais biberon.

Le fait qui sert de base au travail tout sérieux et bien [illegible] de M. Mignot (Gazette hebdomadaire, 15 mai 1857) me [illegible] se plier de tous points à cette interprétation, plutôt que de [illegible] qu'il y ait eu « de la part de la femme, communication du [illegible] qu'elle aurait eu primitivement à son sein, aux deux enfants qui l'ont tetée. » Qu'on me permette de m'arrêter un instant sur cette question d'étiologie, qui semble consacrer l'évolution spontanée du muguet sur le sein d'une nourrice.

« Il s'agit d'une femme de la campagne, bien constituée, [illegible] pare, de trente-deux ans, qui, accouchée depuis quinze jours [illegible] portante, quoique un peu fatiguée, a commencé l'allaitement [illegible] le temps normal. Son enfant, passablement constitué, mais [illegible] par une hémorrhagie du cordon ombilical survenue quelques [illegible] après sa naissance, a bien teté pendant les premiers jours. [illegible] peu à peu il tette moins bien, il tette mal et finit par [illegible] sein, en même temps que les mamelons de la mère deviennent rouges, tuméfiés, douloureux, et finalement se couvrent de [illegible] guet. Les mamelles se sont nécessairement gonflées, et, pour les débarrasser du trop-plein, on a eu recours, du 20 au 29 juillet, à l'appétit d'une petite fille de deux mois et demi, pleine de santé. Lorsque le médecin est appelé, 29 juillet, la mère déclare avoir aperçu, il y a cinq jours, des plaques de muguet sur ses bouts de sein. Il y a quatre jours qu'elle a remarqué la même éruption [illegible]

la bouche de son nourrisson ; mais il y a au moins dix jours que celui-ci est souffrant, car il y en a neuf que l'on a commencé à se faire teter par l'enfant de deux mois et demi, lequel, à son tour, a été pris plus tard du muguet. »

Cette consciencieuse analyse de la triple observation de notre confrère autorise fort bien, ce me semble, à soupçonner pour le moins que l'état maladif du premier enfant a été antérieur au mal de sein de sa mère, et que cet enfant a communiqué le muguet à sa nourrice, comme il est arrivé dans l'observation que j'ai tirée de ma pratique, et qui est presque identique avec celle de M. Mignot.

Moisissure ou exsudation plastique, le muguet appartient exclusivement à la muqueuse digestive, plus spécialement à la portion sus-diaphragmatique de cette membrane, et le plus ordinairement à la cavité buccale. D'autre part, à l'exclusion toutefois de cas peu fréquents, comme ceux qu'ont cités M. Lélut, MM. Trousseau et Delpech ; à l'exclusion encore des circonstances où le muguet est l'expression de l'anéantissement prochain de la force vitale, il apparaît de préférence pendant les premiers jours de la vie, c'est-à-dire à une époque où, comme le fait remarquer M. Barrier, la muqueuse des voies digestives est aussi sensible au premier contact de l'aliment qu'est sensible au premier contact de l'air la muqueuse de l'appareil pulmonaire. « C'est, en résumé, dans les » conditions physiologiques propres au nouveau-né que nous trou- » vons la raison de la présence presque exclusive du muguet à cet » âge : c'est par la nature de ces conditions et celle des causes » extérieures, parmi lesquelles l'aliment joue le principal rôle, » que nous arrivons à déterminer la nature de la maladie et à la » considérer comme une phlegmasie (*sui generis*) de la muqueuse » digestive, se rattachant directement à l'acte par lequel se fait la » rénovation des couches épidermiques et épithéliaques des mem- » branes tégumentaires .... (Barrier). » Ces conclusions paraissent rigoureuses quand il s'agit d'un nourrisson auquel on aura imposé un régime alimentaire différent de celui que lui destine la nature. Il ne semblera pas que cela soit vrai aussi pour le cas d'un nouveau-né qui n'aura pris que le lait maternel et de l'eau sucrée. Mais que cet enfant ait été affaibli — et il l'a été par une hémorrhagie, — le lait maternel pourra devenir cause d'irritation pour cet organisme débilité. Pour peu encore que ce lait se ressente de l'état de fatigue de la nourrice, nous trouverons réunies les conditions que les observateurs déclarent être le plus favorables à la production du muguet périodique : faiblesse prédisposante...., mauvais aliment..., mauvais biberon..... Ce nouveau-né contracte le muguet ; il le communique au sein de sa mère, qui, à son tour, le transmet à un autre enfant par lequel elle s'est fait teter sans prendre quelque précaution préservatrice du contage.

On me passera, je l'espère, l'appréciation à laquelle je viens de me livrer, si l'on veut bien remarquer que le travail de M. Mignot est de ceux qui semblent s'être inspirés du conseil de la fable orientale : « Avoir observé avant de penser ;.... avoir pensé avant d'écrire. » Ce travail conclut à la contagion du muguet. Je l'accepte volontiers, s'il se propose de nous faire suivre le principe contagieux puisé par le bout du sein de la mère aux lèvres d'un nourrisson primitivement affecté, pour être ensuite transplanté, par voie de contact, sur la muqueuse d'un autre enfant ; mais je doute que l'on soit fondé à admettre son apparition d'emblée sur le sein d'une nourrice. Ce doute, je prends la liberté de venir le soumettre à la Société de médecine de la Seine, qui, tout récemment, a été saisie de la question de contagiosité du muguet.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 21 SEPTEMBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISIDORE GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

L'Académie n'a reçu aucune communication relative aux sciences médicales.

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE 1857.

HYDROLOGIE. — M. *Guérard*, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport sur l'eau de Forges-les-Bains.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, dans une lettre adressée le 9 mai dernier à l'Académie, a de nouveau appelé l'attention de ce corps savant sur l'eau de Forges-les-Bains : « La commission des pétitions, dit M. le ministre, m'a renvoyé, en la recommandant à tout mon intérêt, une demande adressée à S. M. l'Empereur par M. Debelleyme, conseiller à la Cour de cassation, et Destigny (de Caen), ancien sous-préfet, dans le but d'obtenir l'autorisation et la protection du gouvernement en vue d'un établissement d'eaux minérales qu'ils auraient l'intention de fonder à Forges-les-Bains (Seine-et-Oise) pour le traitement gratuit des pauvres atteints de scrofules. Je viens donc de nouveau demander instamment à l'Académie de médecine de m'adresser au plus tôt un rapport qui me mette à même de statuer sur cette affaire. »

Le rapport de M. Guérard se termine ainsi :

En résumé, et comme conclusions générales, la commission a l'honneur de proposer à l'Académie de répondre à M. le ministre :

1° L'eau des sources de Forges-les-Bains, considérée sous le rapport de sa composition chimique et de ses propriétés physiques et organoleptiques, offre les caractères d'une eau *douce* de très bonne qualité. Elle est employée comme telle dans le pays aux divers usages d'économie domestique.

2° Les résultats avantageux obtenus chez les vingt-cinq scrofuleux envoyés à Forges pendant les années 1852, 1853 et 1854, et dont les observations sont consignées au dossier, ne doivent pas être attribués à une action spécifique des eaux de cette localité.

3° Ces résultats sont dus à l'action combinée et longtemps continuée des bonnes conditions hygiéniques des bains et des pratiques accessoires de ces bains, auxquels les malades ont été soumis pendant les cinq ou six mois qu'ils ont passés à Forges.

4° Ces conditions hygiéniques, à savoir : l'air pur, une propreté exquise et une bonne alimentation, les exercices gymnastiques, les bains et les pratiques accessoires, douches, frictions énergiques, massage, etc., ont pu être réalisées facilement sur le très petit nombre de malades qui y ont été soumis, et ont amené chez quelques-uns une guérison complète, et chez tous une amélioration très notable.

5° Mais si le nombre des malades scrofuleux soumis à ces diverses conditions venait à être augmenté dans une proportion considérable, ces mêmes conditions, et en particulier la propreté et la pureté de l'air, deviendraient d'autant plus difficiles à réaliser que le chiffre des malades serait plus élevé.

6° Enfin, si ce même chiffre montait à plusieurs centaines réunies sur un même point, il serait à craindre que ces malades ne s'infectassent réciproquement par les émanations de leurs plaies et de leurs déjections, et qu'il n'en résultât une aggravation dans leur situation, et même le développement de quelque affection épidémique, qui pourrait peut-être étendre ses ravages au delà des limites de l'établissement.

7° En conséquence, l'Académie estime qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la proposition de MM. Debelleyme et Destigny d'élever à Forges un hôpital destiné au traitement des scrofuleux.

ETHNOLOGIE. — M. le docteur *Michel Deschamps* lit un mémoire intitulé : *Étude des races humaines, Méthode naturelle d'ethnologie.*

La classification que l'auteur propose est, selon lui, le premier essai de la *Méthode naturelle individuelle* appliquée à l'anthropologie.

L'éthnologie, dit-il, repose sur deux ordres de preuves : les unes, puisées dans la structure comparée du corps humain, sont les caractères organiques, ou l'*organographie ethnologique*, offrant trois subdivisions : 1° les caractères physiques ou superficiels ; 2° les caractères anatomiques profonds, organiques par excellence ; 3° les caractères d'anatomie pathologique, eu égard aux monstruosités ;

les autres preuves relèvent des fonctions des grands appareils de l'économie : elles forment les caractères physiologiques ou la *physiologie ethnologique*. La nature de l'homme est double, elle contient l'esprit et le corps. En tant qu'il est un corps matériel, l'homme physique tient à l'animalité et se compose de substance et de forme ; il a fourni aux divisions de la méthode naturelle, et par voie analytique, les caractères organiques nécessaires à la distinction de l'*être*, de l'*espèce*, du *genre*, de la *classe*, de la *race*, du type, de la sous-race et du sous-type. En tant qu'il est esprit, il devient l'homme moral, intellectuel et sociable, présentant par voie synthétique les caractères physiologiques de la *famille*, de la *tribu* et du *peuple*, divisions terminales de la nomenclature. (*Comm.* : MM. Bérard, Bouvier, Baillarger.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

SÉANCE DU 29 SEPTEMBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de Seine-et-Marne en 1856. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Lemaire* sur une épidémie de croup et d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Champlemy. (*Commission des épidémies*.)

2° La correspondance non officielle comprend une lettre de M. le docteur *Calvo-Martin*, qui demande un rapport verbal sur un ouvrage de M. le docteur *Diégo Argumosa*, ancien professeur de clinique chirurgicale à Madrid. Cet ouvrage a pour titre : *Resumen de cirurgia*. (*Comm.* : MM. Roche et Lagneau.)

Lectures et Rapports.

M. *Depaul*, en l'absence de M. Robinet, lit quelques rapports sur des recettes de remèdes secrets, dont les conclusions sont acceptées sans discussion.

M. *Nélaton* monte à la tribune :

Messieurs, je me propose de vous entretenir d'une méthode de traitement que l'on pourrait considérer comme spécifique de la pustule maligne. Mais, comme nous assistons tous les jours à des exécutions de remèdes nouveaux, j'ai longtemps hésité à vous parler de celui-ci. J'ai voulu avoir des preuves suffisantes, et je vais vous les exposer aujourd'hui.

Il y a deux mois, la GAZETTE DES HÔPITAUX publiait, dans son numéro du 25 juillet, une observation dont voici le titre : *Pustule maligne guérie par l'application topique de feuilles fraîches de noyer*. Je n'avais pas attaché à ce fait une grande importance ; cependant il se présentait à moi avec une certaine garantie : il venait d'un homme que je sais être au courant de la science et dont je connais l'honorabilité. J'ai cherché à m'éclairer davantage, et je crois que j'y suis parvenu.

Voici l'observation telle qu'elle a été publiée dans le numéro du 25 juillet ; elle est de M. le docteur Raphaël (de Provins) :

« Vendredi dernier, à Saint-Loups, commune des environs de Provins, je fus appelé près d'un nommé Louis Ch..., homme d'une forte constitution, âgé de soixante à soixante-cinq ans, et qui, me dit-on, a un érysipèle de la face depuis plusieurs jours ; mais on me raconte en même temps que sa tête est horriblement grosse, et qu'il est enflé jusqu'au bas de la poitrine. J'ai immédiatement l'idée d'une pustule maligne. A mon arrivée, et au premier examen, je suis confirmé dans cette idée. Le mal est d'ailleurs si avancé, qu'il ne peut pas y avoir le moindre doute.

» La pustule maligne a son siége sur le côté gauche ; les paupières, la joue jusqu'à la tempe en haut, jusqu'au menton en bas, sont couvertes de pustules qui sont assises sur une peau très tuméfiée, excessivement dure et d'une couleur violacé foncé. Le cuir chevelu, l'autre côté de la face sont considérablement distendus par de l'œdème. L'œdème violacé des paupières, à droite, est si considérable, qu'il est impossible de les ouvrir. Les lèvres sont si volumineuses, qu'elles ne peuvent se joindre et que la parole en est gênée. Le cou, en avant et sur les côtés, et plus particulièrement à gauche, est très fortement œdémateux, ainsi que la partie antérieure de la poitrine ; le cou et le dessous de la mâchoire inférieure sont durs comme de la pierre. La glotte (ou du moins l'orifice supérieur du larynx) est elle-même œdémateuse. Ainsi le malade veut cracher ou avaler à chaque instant, et il ne le peut ; et quand il parle, on perçoit un bruit de gras qu'on entend également à chaque respiration. De temps en temps le malade a des envies de vomir ; le pouls est encore bon et régulier. Il s'exhale de la bouche une odeur très fétide.

» Le diagnostic est donc bien établi. Pustule maligne aussi développée que possible dans son état local, et qui a probablement commencé par l'œdème malin des paupières de l'œil gauche. Elle est arrivée à sa troisième période complète ; déjà commencent quelques symptômes de la quatrième, et l'œdème de la glotte est une complication qui peut faire mourir le malade par asphyxie avant que l'empoisonnement soit complet. Cet homme est d'ailleurs marchand de peaux de mouton, et dernièrement il a acheté des peaux de moutons morts du *sang* (maladie éminemment septique). Enfin, pour peu qu'on soit habitué à voir des pustules malignes, il ne peut y avoir aucun doute sur la réalité de celle-ci, ni même sur la période à laquelle elle est arrivée. Son étendue est, en outre, si considérable, que je crois inutile d'appliquer le fer rouge.

» La cautérisation par le fer resterait incomplète ; pour moi, il n'y a plus rien à faire. Ce malade est voué à une mort certaine. J'allais donc conseiller une pommade quelconque, quand les feuilles de noyer de M. Pomayrol me reviennent en mémoire. Je les applique moi-même après en avoir écrasé la nervure, sans y avoir grande confiance, je l'avoue, et je conseille de les renouveler de trois heures en trois heures. Je n'ai fait aucune incision.

» Le lendemain samedi, à ma grande surprise, l'œdème des paupières à droite est tellement diminué, que le malade peut les ouvrir ; déjà l'œdème de la poitrine est moins considérable.

» Dimanche la diminution est plus marquée encore, et les parties qui étaient dures s'amollissent. La glotte est complétement débarrassée. A partir de samedi, de la peau sur laquelle les pustules sont assises suinte une grande quantité de sérosité sous les feuilles de noyer, et lundi toutes les pustules sont affaissées, elles n'existent plus. La poitrine, le cou, la tête, sont rentrés dans leurs proportions normales. Il ne reste plus que du gonflement sur les paupières et la joue du côté gauche, et à la commissure des lèvres à gauche, et encore toutes ces parties ne sont plus tendues, elles ne sont que boursouflées et ramollies, avec une coloration d'un noir jaunâtre, ce qui indique une foule de plaques de gangrène humide. Je continue les feuilles de noyer. Ainsi, jusqu'à présent mercredi, non-seulement la quatrième période commencée n'a pas continué, mais les symptômes de la troisième ont disparu, et il ne reste plus qu'une peau couverte de plaques de gangrène. C'est une plaie de mauvaise nature, qui se détergera et qui guérira comme après la cautérisation avec le fer rouge quand elle a été complète.

» Il est donc évident qu'ici les feuilles de noyer ont guéri une pustule maligne. »

Quelle est la maladie à laquelle M. Raphaël a eu affaire. On a dit d'abord que ce n'était pas une pustule maligne ; d'autres ont mis en avant cette seconde opinion : il y a deux espèces de pustule maligne, l'une grave, l'autre bénigne, et c'est un cas de cette dernière que M. Raphaël a guéri. Il y a enfin une troisième objection qui consiste à dire que tous les jours nous voyons des maladies très graves guéries sans traitement, et que ceci pourrait bien en être un exemple.

Pour ce qui concerne l'erreur du diagnostic, je réponds que M. Raphaël habite dans un pays où la pustule maligne est très commune, qu'il s'en est beaucoup occupé, qu'il a essayé tous les genres de traitement, ce qui l'avait conduit dans ces dernières années à adopter exclusivement le fer rouge. Mais je prétends qu'il y a, en dehors de ces considérations et dans les renseignements fournis par M. Raphaël, de quoi fonder un diagnostic précis : localité, où la maladie est commune ; profession du malade, qui est marchand de peaux de mouton, et qui avait acheté tout récemment des peaux de moutons morts du *sang* ; dureté de l'œdème et son extension rapide ; enfin apparition de symptômes généraux très

grave ; tout cela suffit pour faire admettre comme probable l'exactitude du diagnostic de M. Raphaël. Aurions-nous affaire à cette seconde variété qui ne présente pas de gravité? L'ensemble de symptômes énumérés répond suffisamment à cette question. Reste la troisième hypothèse : est-ce une guérison spontanée? Il n'y avait qu'une manière de s'en assurer, c'était de voir si ce fait resterait unique ou si d'autres viendraient le corroborer.

Depuis ce jour M. Raphaël a continué à s'occuper de cette question ; dès le 19 août il me faisait part, dans une lettre familière, d'un nouveau cas de guérison. Il s'agit d'une pustule maligne avec œdème très étendu, noyau central induré, phlyctènes noirâtres, etc. Sous l'influence de l'application de feuilles de noyer, l'œdème a diminué au bout de quelques heures et disparu complétement en quatre jours. Depuis, deux nouveaux cas se sont encore présentés, analogues au dernier, et le résultat a été le même.

Voilà, dans l'espace d'un mois, quatre observations de malades guéris très rapidement. Peut-on admettre une simple coïncidence? La conclusion me paraîtrait forcée, et je crois plus naturel de reconnaître l'efficacité de la médication.

Discussion.

M. *Robert* : La communication de M. Nélaton est très importante ; je ne saurais pourtant me défendre d'un certain sentiment de doute que chacun, je crois, partagera avec moi. J'ai la plus grande peine à croire que l'application de feuilles de noyer puisse agir d'une manière aussi efficace, et j'admettrais volontiers que l'on n'a pas eu affaire à de vrais cas de pustule maligne, ou du moins que c'étaient des cas sans gravité. Je connais M. Raphaël, et je le sais très consciencieux, mais son premier fait ne me paraît pas avoir toutes les conditions de certitude ; il n'y a pas eu de manifestation locale, telle que noyau très dur, phlyctènes noirâtres, comme le décrivent Enaux et Chaussier. Ces caractères existent, il est vrai, dans les trois dernières ; mais on ne signale pas un fait que j'ai pu observer et qui a été observé par d'autres : c'est l'inflammation rapide des vaisseaux lymphatiques et les traînées rougeâtres qu'ils dessinent sous la peau, de sorte que je serais assez disposé à croire que c'était là une forme bénigne de la pustule maligne.

En outre, M. Raphaël a observé dans un pays où la maladie est fréquente ; il aurait dû nous dire quelle est dans ce pays son degré de gravité. Peut-être n'y est-elle pas aussi dangereuse qu'ailleurs. Je crois utile de soumettre ces réflexions à l'Académie, parce que si le mode de traitement de M. Raphaël venait à être adopté sans preuves suffisantes, quelques médecins pourraient négliger d'employer à temps le cautère actuel, et c'est encore là jusqu'aujourd'hui le remède le plus efficace et presque spécifique de la pustule maligne.

M. *Nélaton* : Il y a deux choses dans l'argumentation de M. Robert. D'abord il insiste sur la nécessité de la présence d'un point central avec une petite eschare, tel que l'ont décrit Enaux et Chaussier ; mais c'est là un symptôme sur lequel M. Bourgeois (d'Étampes) a insisté dans son travail, et il ne le considère pas comme constant quand il parle de l'œdème charbonneux. Quant à la gravité de la pustule maligne dans la localité, voici un passage d'une lettre qui pourra vous édifier : « Je suis allé voir un malade atteint de pustule maligne ; malgré toutes nos supplications, il ne voulait pas consentir à se laisser cautériser ; je n'hésitai pas à le prévenir du danger qu'il courait, et à lui dire que s'il refusait le traitement qu'on lui proposait, dans quatre jours il serait en terre. Tout fut inutile, et quatre jours après il était en terre. »

J'ajoute que ce qui me donne confiance en la communication de M. Raphaël, c'est qu'il est venu simplement vérifier l'assertion d'un autre médecin, M. Pomayrol ; il n'y croyait pas plus que M. Robert, et pourtant M. Pomayrol a réuni déjà quarante observations de guérisons successives.

Quoi qu'il en soit, voilà l'attention appelée sur ce sujet ; je ne dis pas qu'il faille dès à présent renoncer au cautère actuel pour la nouvelle médication ; mais on peut l'essayer d'abord, et, si elle ne réussit pas, revenir à l'ancienne avant que les symptômes ne soient devenus trop graves. Moi-même je n'agirais pas autrement.

M. *Piorry* : On n'a parlé jusqu'ici que de la pustule maligne que l'on observe en général dans les campagnes et dans les services de chirurgie ; il en est une bien plus fréquente qui détermine la mort d'un grand nombre de malades et qui a été passée sous silence, je veux parler de celle qui se développe au siége à la suite de cette affection complexe que l'on a appelée fièvre typhoïde. Nous retrouvons, en effet, les mêmes phénomènes : une petite vésicule qui se remplit de matière brunâtre, au-dessous une eschare noirâtre, pourtour induré, œdème, et, au bout de quelques jours, les malades sont morts. Si j'ai parlé de ceci, c'est pour engager mes confrères à employer aussi dans ce cas l'application de feuilles de noyer ; la marche des deux maladies étant la même, on pourrait obtenir dans les deux cas de bons résultats.

M. *Renault* : Je rentre dans la question soulevée par M. Nélaton. Je crois que M. Raphaël a eu affaire à de la pustule maligne, et je ne saurais admettre de distinction bien tranchée entre une forme grave et une forme bénigne. J'ai fait des expériences à Alfort, j'ai pris du sang d'animaux malades à des degrés de gravité différents, et toujours l'inoculation m'a donné les mêmes résultats. Il y a peut-être des constitutions qui résistent mieux, mais non pas deux espèces différentes.

Chez l'homme, il y a au début les manifestations locales, qui manquent chez les animaux. Quand on a inoculé le sang à un mouton, il y a très rarement effet local, c'est un empoisonnement complet dans lequel le cautère, qui a de si excellents effets sur l'homme, ne peut produire aucun résultat. On peut même dire que, si le fer rouge échoue quelquefois chez l'homme, c'est qu'on laisse échapper le moment favorable et que les symptômes se sont généralisés. Aussi je pense que, si la feuille de noyer n'a pas un effet bien constaté, on ne doit pas attendre pour pratiquer la cautérisation, mais qu'il serait plus prudent de cautériser d'abord, sauf à essayer ensuite la feuille de noyer. Les résultats ainsi obtenus seraient moins faciles à analyser ; mais il faut avant tout songer au malade.

M. Nélaton, en disant, pour confirmer son diagnostic, que les malades avaient touché des peaux de moutons morts du sang, semble considérer comme constant le fait de la transmission du virus. Il y a là quelque chose de trop exclusif. J'ai vu et touché un très grand nombre de peaux d'animaux morts de cette maladie, et jamais je n'ai rien éprouvé. Il y a danger véritable quand on a une petite plaie ou que la peau, fraîche encore, vient toucher une membrane muqueuse. Je crois devoir vous prémunir contre une erreur qui, si elle était répandue, pourrait faire le plus grand tort à certaines relations commerciales.

PHYSIOLOGIE. — *De l'absorption des médicaments.* — M. *Briquet* donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Etude des variations que subit l'absorption des médicaments, suivant la nature des maladies, suivant l'âge et suivant le sexe des malades.* — L'auteur résume son mémoire dans les conclusions suivantes :

1° L'état apyrétique est notablement plus favorable à l'absorption des médicaments que l'état pyrétique.

2° L'état typhoïde favorise cette absorption moins que les autres états phlegmasiques ; cependant elle y est, dans le tube digestif, plus énergique qu'on ne l'avait supposé jusqu'à présent, puisqu'elle n'est que d'un dixième à peu près inférieure à celle qui se produit dans l'état apyrétique.

3° Dans le diabète, l'absorption des médicaments dans l'intestin paraît être très faible.

4° On peut constater si, dans certaines maladies, ces états de tolérance ou d'intolérance aux médicaments tiennent à une susceptibilité particulière ou à des variations dans l'absorption. Ainsi, dans l'état hystérique, la tolérance pour l'opium ne tient nullement à un défaut d'absorption : elle est le résultat d'une susceptibilité spéciale.

5° La rapidité avec laquelle les substances médicamenteuses du genre des alcaloïdes du quinquina sont éliminées, est dans un rapport direct avec la quantité des urines rendues. Cette rapidité est la mesure exacte du temps que l'économie met à se débarrasser de

la plus grande partie des substances fixes ingérées à titre de médicaments.

6° L'absorption des médicaments analogues aux alcaloïdes du quinquina est plus active chez les jeunes gens que chez les adultes, dans une proportion considérable ; chez les vieillards, elle est encore notablement moins active que chez l'adulte.

7° Elle est moins active chez la femme que chez l'homme, dans la proportion d'un sixième à un huitième.

8° En déduisant d'un effet médicamenteux donné la portion qui est due à la quantité absorbée du médicament, le reste donne la mesure de la susceptibilité à être influencé par le médicament. (*Commission nommée.*)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 7 AOUT 1857. — PRÉSIDENCE DE M. DENONVILLIERS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. *Devilliers* fait hommage à la Société de son mémoire intitulé : *Recherches sur les affections des diverses professions du chemin de fer de Lyon.* M. Briquet est nommé rapporteur.

Etudes sur la gravelle, par M. Leroy (d'Étiolles) fils ; seconde partie.

Fascicules de la Société de médecine de Poitiers.

Le docteur *Poznanski*, présent à la séance, donne lecture d'un travail *Sur les effets de la pression atmosphérique, et en particulier de l'état du pouls considéré comme symptôme prodromique du choléra.*

A la suite de ces considérations, le docteur Poznanski montre à la Société un instrument qui sert à mesurer l'intensité des pulsations du cœur et des artères MM. Jacquemin, Andry et Bauchet sont nommés rapporteurs.

Contagion du muguet.

M. *Briquet* lit le rapport suivant sur un travail de M. le docteur *Marquez* (de Colmar), relatif à la propriété contagieuse du muguet. (Voir à la page 699 de ce numéro.)

« Une observation en appelle une autre ; à peine un fait réel est-il mis en lumière, qu'une multitude de faits semblables surgit de toutes parts, et qu'en peu de temps la science, pauvre, s'enrichit sur ce point, à ce degré que bientôt il y a surabondance de matériaux, et que le fait, de rare qu'il était, semble devenir vulgaire.

La réflexion que je répète ne s'applique pas encore au travail dont j'ai à parler dans ce rapport ; les faits de contagion du muguet ne surabondent pas jusqu'à présent, et nous devons désirer qu'ils se multiplient ; mais elle est née à l'occasion de ce travail, suivant de si près celui de M. Mignot.

M. Marquez vous envoie une observation dans laquelle on voit un enfant de trois mois mis en mauvais état par le peu de soin qu'en avait eu sa première nourrice, et qui est pris de muguet avec phlogose notable de la bouche, accompagnée de plaques ézythémateuses sur divers points de la peau.

Cet enfant est confié à une seconde nourrice, dont la santé est bonne, et qui est mère d'un bel enfant qu'elle allaite et qui est bien portant.

Au bout de trois ou quatre jours d'allaitement, malgré les soins très attentifs que prend la nourrice, les bouts du sein et son aréole s'enflamment, sont pris d'exulcérations et se couvrent de plaques blanchâtres analogues à celles que l'enfant porte dans sa bouche.

Quant à l'enfant de la nourrice, qui a également trois mois, quoiqu'il continue à teter sa mère, sa bouche reste en bon état, et sa santé ne se dérange pas. A l'aide des soins bien entendus donnés par M. le docteur Marquez, la bouche malade et le sein de la nourrice sont promptement guéris.

Tel est le fait que rapporte M. Marquez ; il est, comme on le voit, très simple : c'est un enfant mal nourri, fortement cachexié, âgé de trois mois, qui se trouve par conséquent dans les conditions favorables pour contracter le muguet. La bouche de cet enfant est très phlogosée, il s'y fait des sécrétions âcres qui enflamment le sein, et, sur les plaies vives et saignantes de celui-ci, on voit quelques points ou traînées d'un blanc caséeux, très tenaces, et semblables à ceux du muguet.

Il n'y aurait pas grand'chose à ajouter aux réflexions sages que fait M. Marquez sur la prédisposition au muguet, que l'état cachectique des enfants fait naître, et sur le mode de vitalité du mamelon et de l'aréole de la mamelle, qui rend ces parties si susceptibles de contracter l'affection parasitique.

Mais M. Marquez va plus loin ; il prétend établir que dans les cas de transmission, c'est toujours l'enfant qui transmet la maladie à sa nourrice, et il cherche a démontrer qu'il a dû en être ainsi dans le fait de M. Mignot.

Notre collègue M. Cazeaux a fait avec juste raison la remarque que c'était à la vérité la marche la plus ordinaire de la communication, mais il n'a pas entendu dire que ce fût la seule ; M. Mignot, d'ailleurs, dit très positivement dans son observation : « La mère aperçut ce jour-là de petites granulations sur son sein droit, et le lendemain elle en aperçut de semblables sur la bouche de son enfant. » — Y en avait-il auparavant ? M. Marquez le suppose, mais personne ne peut l'assurer, et M. Mignot est d'autant mieux fondé à croire que la nourrice dont le sein était évidemment fatigué, et par la distension qu'il éprouvait, et par l'âcreté probable des sécrétions de la bouche de l'enfant, a été la première atteinte du muguet, que l'autre sein s'est pris ensuite, et qu'un enfant bien portant jusque-là, qui avait pendant quelques jours teté ces mêmes seins, avait été pris également du muguet.

Je pourrais même rétorquer l'argument et dire à M. Marquez que l'enfant de sa nourrice a pu n'être pris qu'après celle-ci, attendu qu'il n'est pas dit dans l'observation que les seins fussent en bon état avant qu'ils eussent été tetés par l'enfant malade.

Je propose de remercier M. le docteur Marquez de son intéressante communication et d'imprimer par extrait son travail dans le compte rendu de vos séances. » (*Adopté.*)

Épanchement purulent dans la cavité rachidienne.

M. *Bourguignon* lit l'observation suivante d'une paralysie d'un diagnostic difficile, produite par un épanchement purulent qui s'est étendu du médiastin postérieur dans la cavité rachidienne, et dont on aurait pu préciser le siége en raison de l'augmentation des douleurs et de la production des crampes dans les membres inférieurs à chaque effort de toux.

« Il est souvent difficile, un ensemble de troubles nerveux étant donné, de remonter à la cause essentielle qui le produit. Cette vérité est surtout applicable aux paralysies, et tous les faits exceptionnels qui peuvent éclairer leur diagnostic ont une certaine importance. C'est à ce titre que je communique à la Société l'observation suivante :

Obs. Le nommé Pideret, âgé de trente-cinq ans, employé aux écritures, entre, le 20 avril 1857, salle Sainte-Jeanne, n° 11, dans le service de M. Rostan, à l'Hôtel-Dieu.

Sa taille est ordinaire, la pâleur de la peau et des muqueuses très marquée ; il est dans une atonie générale et comme frappé d'une cachexie profonde.

Sa parole est lente, embarrassée ; son intelligence et sa mémoire parfaitement intactes.

Il porte autour du cou des traces d'anciens abcès froids cicatrisés, et au niveau de la clavicule droite un abcès récent recouvert de distance en distance de croûtes épaisses ; on dirait un rupia syphilitique.

La sensibilité est conservée à la face, au tronc, aux membres supérieurs et aux membres inférieurs, si ce n'est au dos et aux orteils du pied droit, où il y a anesthésie.

La calorification est intacte, même dans le pied droit.

La contractilité musculaire volontaire est généralement affaiblie ; ainsi il serre la main de l'observateur avec une force que développerait un enfant de douze ans. La faiblesse est plus grande à droite qu'à gauche. Il étend et fléchit seulement les bras ; il en est de même du membre inférieur gauche. Le membre inférieur droit est

au contraire, complétement paralysé, et reste comme un corps inerte à la place qu'il occupe sur le lit. Les doigts sont dans une flexion exagérée, les orteils dans une extension forcée ; il peut cependant les étendre et les fléchir à volonté.

La contractilité musculaire électrique est conservée, même dans le membre inférieur droit paralysé.

L'appétit est médiocre, mais les digestions se font bien et les selles sont régulières.

L'excrétion urinaire se fait parfaitement bien ; les excrétions sont possibles.

Enfin, les fonctions des organes des sens, de l'ouïe, de la vue, de l'olfaction, sont parfaitement intactes.

Le pouls est à 80, mais anémique.

La compression exercée sur toute la colonne vertébrale ne détermine aucune douleur.

Quant aux antécédents, son père est mort frappé d'une attaque d'apoplexie ; sa mère est paralysée en ce moment, mais à un faible degré. Ses frères et sœurs se portent bien. Il n'a pas eu de convulsions dans son enfance. A dix ou douze ans, une fièvre intermittente l'a retenu à la chambre pendant trois semaines. Il avait déjà à cet âge une disposition marquée à la tristesse, à l'isolement, à ce point que tout le monde l'appelait le petit hypochondriaque. Il a de bonne heure abusé de lui-même et des femmes ; il n'a jamais eu la moindre affection syphilitique. Il y a quatre ans, des abcès froids ont apparu autour du cou, ils ont été traités par l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue. Il se nourrissait mal, ne pouvait supporter aucun excès de fatigue, et menait une vie languissante, lorsqu'au mois de janvier 1857 il a été pris brusquement de douleurs vives dans les reins, qui devenaient plus intenses quand il se tournait à droite ou à gauche, quand il fléchissait ou redressait le tronc, quand il montait les escaliers, *et surtout quand il toussait*. A partir de ce moment, sa faiblesse générale a augmenté ; mais il a pu encore se rendre journellement à son bureau. Le 20 février, il a été réveillé au milieu d'un profond sommeil par d'atroces douleurs dans les reins, que le moindre mouvement rendait encore plus intolérables ; néanmoins, il a pu se traîner à son bureau malgré son état de souffrance et de faiblesse, et n'a opposé pour tout traitement à sa maladie que des frictions stimulantes et calmantes sur les reins. Enfin, dans les premiers jours d'avril, il constate un matin qu'il ne peut ni se lever, ni s'habiller, sa jambe droite ne peut supporter le poids du corps, et sa main droite ne peut tenir la plume. Il se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu dans l'état décrit plus haut ; il n'avait éprouvé ni fièvre, ni fourmillements, ni engourdissement dans les membres, ni accusé la moindre douleur ni la moindre gêne dans les fonctions de la respiration, sauf une toux sèche, nerveuse.

Le diagnostic déduit de l'état du malade et des antécédents fut : la paralysie du membre inférieur droit, disposition à une hémiplégie du même côté, attribuée, en raison de la douleur localisée dans les reins, à une myélite limitée à l'un des côtés de la moelle.

Du 20 avril, jour d'entrée, au 27, rien à noter, sauf l'augmentation progressive de la faiblesse.

Le 28. Vomissement, difficulté d'uriner et d'aller à la selle ; on a recours au cathétérisme.

Le 4 mai. L'état général s'aggrave, le facies se grippe et exprime la souffrance, le membre inférieur gauche se paralyse ; l'urine, amenée par la sonde, est mélangée de sang.

M. Rostan ordonne deux cautères à la nuque. Aux douleurs que provoquait la toux dans les membres inférieurs s'ajoutent des crampes.

Le 12 mai. Douleurs et crampes dans les jambes, douleurs dans les genoux ; oppression, sentiment d'une barre transversale vers l'épigastre. L'appétit et le sommeil se conservent.

Après deux septénaires de séjour à l'hôpital, la paraplégie devient complète ; le rectum fut paralysé comme la vessie, puis bientôt les membres supérieurs furent eux-mêmes frappés d'immobilité, ainsi que les parois thoraciques, et le malade succomba.

La percussion du thorax, pratiquée quatre jours avant la mort par M. Hirschfeld, fit constater une matité à droite et à gauche de la colonne vertébrale au niveau de la région dorsale ; ce qui fit soupçonner la présence d'une tumeur enkystée.

L'*autopsie* a été faite par M. Hirschfeld. En procédant à l'extraction de la moelle, il a trouvé sous le muscle splénius droit un orifice pouvant recevoir une noisette et communiquant avec une cavité qui semblait être la cavité pleurale. A chaque pression exercée sur le thorax, il sortait par cet orifice une grande quantité de pus. Le canal rachidien contenait en dehors de la dure-mère un épanchement sanguin, rien entre la dure-mère et l'arachnoïde, surtout à la partie inférieure ; au niveau de la queue de cheval se voyait une grande quantité de pus, de fausses membranes, qui recouvraient l'arachnoïde viscérale. La moelle avait sa consistance normale et ne présentait aucune altération. Le cerveau était sain ; il y avait un épanchement séreux des méninges.

Thorax. — Point d'épanchement dans les plèvres, quelques petits tubercules au sommet des poumons, rien au cœur. Les ganglions, tant thoraciques qu'abdominaux, étaient très volumineux et passés à l'état de tubercules ramollis. Dans le médiastin postérieur se trouvait une tumeur volumineuse, allongée, pyriforme, renflée à la partie moyenne, tumeur placée en dehors de la plèvre, qui la recouvrait des deux côtés, et dont on put la détacher.

Cette tumeur partait de la quatrième vertèbre cervicale et descendait jusqu'à la onzième dorsale ; elle était étroite en haut et de 10 centimètres de diamètre transverse à la partie inférieure. En ouvrant ce sac, il en sortit une grande quantité de pus et de fausses membranes. Entre la quatrième et la cinquième vertèbre dorsale, du côté droit, existait un orifice qui correspondait à celui déjà noté sous le splénius : cet orifice communiquait aussi avec le canal rachidien, en suivant le trajet du nerf intercostal. D'autres orifices existaient également, tant à la région dorsale qu'à la région cervicale ; ils mettaient en communication le canal rachidien avec la tumeur.

Il résultait de cet examen que le pus avait fusé sous la gaîne périostique des nerfs et sous la dure-mère, qu'il était passé du sac dans la grande cavité de l'arachnoïde, et que, s'accumulant à la partie inférieure de cette cavité, il avait comprimé la moelle.

Dans le sac on trouvait les corps des vertèbres recouverts de fausses membranes, mais d'ailleurs sains. Les cartilages qui encroûtaient la tête des côtes étaient détruits, et ces os étaient mobiles lorsqu'on les débarrassait des fausses membranes qui les enveloppaient. Les extrémités postérieures des quatrième et cinquième côtes, qui circonscrivaient l'orifice principal dont nous avons parlé, présentaient une dépression, ce qui fit penser qu'en raison de la constitution scrofuleuse du sujet, une petite tumeur ganglionnaire s'était abcédée en ce point, avait déterminé l'altération des os, et que le pus, fusant sous le périoste, avait consécutivement causé tous ces désordres.

Cette observation m'a paru digne d'être enregistrée, en raison de la marche insidieuse de la maladie et des trompeuses inductions thérapeutiques qui semblaient découler de l'ensemble des troubles fonctionnels, mais surtout par la constatation d'un signe diagnostique d'une certaine importance dans les paralysies dues à la compression de la moelle, je veux parler de *l'aggravation des douleurs et de la production des crampes dans les membres inférieurs à chaque effort de toux*, signe diagnostique que je ne vois mentionner nulle part, qui a son importance réelle, et qui pourra faire soupçonner à l'avenir l'existence d'un épanchement thoracique communiquant avec la cavité rachidienne ; on comprend, en effet, comment chaque effort de toux devait faire refluer le pus du médiastin dans la cavité arachnoïdienne, causer des compressions passagères, c'est-à-dire les douleurs suraiguës et les crampes que nous avons signalées. »

Autoplastie des paupières.

M. *Denonvilliers* présente à la Société deux malades, un homme et une jeune fille, chez lesquels il a pratiqué l'autoplastie des paupières. Cette opération, qu'il exécute d'après un procédé nouveau, dont il démontre tous les temps devant la Société, et des principes particuliers sur lesquels il a déjà appelé l'attention dans des séances

précédentes, donne pour résultat principal des lambeaux plats et non des lambeaux boursouflés, comme cela est arrivé jusqu'à présent en employant les procédés connus.

La séance est levée à cinq heures.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 2 OCTOBRE 1857.

Du panaris et du phlegmon des doigts, par M. *Bauchet*.

La discussion sur le mémoire de M. *Fauconneau-Dufresne* (Du diabète et de son traitement) est remise à la seconde séance d'octobre.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Maladies syphilitiques consécutives des voies lacrymales, par le docteur LAGNEAU fils.

Existe-t-il des maladies syphilitiques *consécutives* des voies lacrymales? C'est une question qui pourra paraître singulière à quelques personnes, et qu'autorise néanmoins l'état actuel de la science, si on le cherche uniquement dans le recueil des observations publiées. Un assez grand nombre d'auteurs, auxquels M. Lagneau emprunte des citations, ont signalé, parmi les causes de fistule ou de tumeur lacrymale, l'infection syphilitique portée sur les parties molles ou osseuses qui concourent à la formation du conduit des larmes, et c'est un fait que, pour notre compte, nous n'avons jamais mis en doute ; mais il est juste de reconnaître que les annales de la syphilographie n'en ont enregistré qu'un très petit nombre d'exemples concluants. Après les avoir rappelés (ils sont au nombre de six, et appartiennent à Janin, Fabre, Bierchen, Demours, et MM. Bourguignon et Richet), M. Lagneau rapporte quatre observations nouvelles, dont une lui a été communiquée par M. Desportes. Nous publions ci-après les deux plus importantes.

OBS. I. — M. ***, d'un bon tempérament, menant joyeuse vie, par suite d'une syphilis constitutionnelle s'affaiblit et devient pâle et décoloré ; l'odorat se perd ; une maladie des os de la face se manifeste du côté gauche du nez, au niveau de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, où bientôt se développe une tumeur lacrymale ; tandis que les cornets et la cloison moyenne des fosses nasales, attaqués également, deviennent le siége de l'exfoliation de quelques petits fragments osseux. L'affection s'étendant du côté droit, une tumeur lacrymale commence aussi à paraître de ce côté : traitement par le sublimé, suivi très irrégulièrement, comme les traitements antérieurs, le malade prétendant ne pouvoir supporter l'usage interne des mercuriaux. Le 26 novembre 1836, MM. les docteurs J. Cloquet, Dronsart et Kanstadt, qui avaient déjà vu le malade auparavant, sont appelés en consultation, ainsi que mon père, par le docteur Sichel, dont M. *** était venu demander les conseils pour prévenir les progrès d'une amaurose qui, après avoir aboli la vision du côté gauche (à tel point que le malade, ne pouvant distinguer de cet œil les fenêtres de sa chambre, considérait cet organe comme perdu), paraissait le menacer d'une perte complète de la vue, l'œil droit s'affaiblissant également de plus en plus. Pour combattre cette cécité, vraisemblablement déterminée par la compression exercée sur les nerfs optiques par une inflammation périostique ou un gonflement osseux, on prescrit : frictions avec onguent napolitain, à la dose de 4 grammes par jour ; tisane sudorifique. Le 18 février 1837, la vue est revenue assez pour permettre au malade de lire les petits caractères d'un journal ; en trois mois, 180 grammes d'onguent napolitain ont été employés. Cesser le traitement, à cause d'un commencement de salivation avec tuméfaction de la muqueuse buccale et irritation gastro-intestinale accompagnée de petitesse et de fréquence du pouls ; purgation légère. Le 11 mars, le malade allant mieux, et l'odeur d'ozène annonçant quelque exfoliation future ; reprendre le traitement par les frictions, d'abord à la dose de 2 grammes, puis, après quelques jours, à celle de 4. Le 13 avril, depuis la dernière consultation, il s'est détaché des fosses nasales un énorme fragment osseux, comprenant une partie du vomer et de l'ethmoïde ; amélioration ; la pupille se contracte : continuer le traitement. Le 13 mai, guérison ; cependant encore un peu de faiblesse dans la vue. Cesser le traitement ; suivre un régime fortifiant. Dans la suite, le sujet vit parfaitement de l'œil droit et même de l'œil gauche. Six ou sept années après, mon père le rencontra dans un [illegible] il allait parfaitement, et jouissait d'une bonne et vigoureuse santé. [illegible] vingt ans après, il mourut d'une affection nullement syphilitique, [illegible] suite, m'a-t-on dit, d'une angine couenneuse.

OBS. II. — M. ***, d'environ quarante ans, d'une constitution [illegible] forte, de petite taille, cheveux et barbe noirs, à la suite d'une [illegible]rhagie contractée à Bordeaux, en 1837, et plusieurs fois renouvelée, dit-il, sans aucun autre accident consécutif intermédiaire, ni sy[illegible] ni autres, une exostose au-dessous de la tubérosité antérieure du [illegible] la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de [illegible] 1840, il contracta, à Moscou, plusieurs chancres à la verge, à la [illegible] desquels il eut l'alopécie. Il suivit, dans un hôpital de cette ville, [illegible]tement mercuriel. De retour en France en 1847, comme il avait [illegible] beaucoup de syphilides sur le front et les côtés de la face, mon p[illegible] conseilla un traitement par les pilules de proto-iodure de mercure [illegible] décoction de gaïac. Plus tard, voulant se marier, il alla consulter [illegible]fesseur Royer-Collard, qui, voyant encore des syphilides, l'a[illegible] M. le docteur ***, qui ne regarda pas l'affection cutanée comme sp[illegible]. Néanmoins, le malade se mit à prendre de l'iodure de potassium, abandonna au bout de peu de temps. Marié, il eut quelques légères [illegible]dives de blennorrhagie, qu'il attribua aux flueurs blanches de sa [illegible] Étant resté couché auprès d'une fenêtre ouverte pendant quelques [illegible] le lendemain sa paupière inférieure droite se tuméfia beaucoup : l'in[illegible]mation se propagea aussi à la supérieure, surtout vers l'angle interne [illegible] l'œil. Le 12 juillet 1852, le malade semblait avoir un érysipèle de la [illegible] supérieure de la moitié droite de la face ; il éprouvait des douleurs [illegible] tête ; la peau, d'un rouge violacé, tuméfiée, présentait, au niveau [illegible] paupière inférieure, quelques petites phlyctènes ou vésicules. — Lo[illegible] avec de l'infusion de fleurs de sureau, bains de pieds, sangsues à l'a[illegible]

Le 27 août, le revoyant par hasard, je remarquai que la paupière [illegible] toujours rouge, tuméfiée, quoique peu douloureuse, et qu'au-dessous [illegible] en dedans de la commissure interne des paupières se trouvait une [illegible]seur assez considérable, que je regardai comme une tumeur lacrymale (opinion conforme d'ailleurs à celle d'un oculiste distingué, q[illegible] que je l'appris depuis, proposa au malade de l'opérer de cette tumeur. L'ayant questionné avec soin sur les commémoratifs précédemment [illegible]posés, guidé aussi par l'état inégal, gaufré, de la peau du visage, [illegible] de celle du front et des parties voisines des favoris, présentant [illegible]cules syphilitiques diversement colorées, et des traces de syphilides an[illegible]térieures plus profondes, quoiqu'il n'y eût pas d'ozène et que la [illegible] correspondante fût aussi humide que l'autre, je lui dis que son affection me paraissait dépendre de sa maladie générale, et qu'il ferait bien [illegible] revenir à un traitement antisyphilitique.

Le 18 septembre, une sorte de croûte allongée brunâtre, se [illegible] au-dessous de la paupière, s'étend sur le côté du nez, de haut en bas [illegible] de dedans en dehors ; sa paupière est moins enflammée. Le malade [illegible]tribue cette légère amélioration à l'application sur la partie d'un [illegible] d'huile et de blanc d'œuf.

Le 20, sa paupière étant plus malade, il revient nous voir ; il a [illegible] depuis quelque temps des vomissements bilieux et de la diarrhée.

Le 23, malgré la cessation de la recrudescence de l'affection palpébrale, le malade se décide à suivre un traitement antisyphilitique, que [illegible] lui prescrit ainsi : Liqueur de Van Swieten progressivement d'une [illegible] à 1 cuillerée à bouche ; 3 verres de tisane de salsepareille [illegible] avec du sirop de Cuisinier ; deux bains par semaine.

Le 18 octobre, la peau du front redevient blanche et plus [illegible] croûte brune de la paupière inférieure existe toujours, ainsi qu'une [illegible]taine rougeur des parties voisines ; mais la tuméfaction se [illegible] niveau du sac lacrymal est à peu près nulle.

Le 3 février 1853, la paupière est aussi blanche et mince que l'autre ; il ne subsiste plus sur la face que quelques légères traces d'anciennes syphilides ; rien ailleurs. Le malade a cependant un peu d'embarras gastrique ; aussi doit-il se purger. Il est enchanté de ne s'être pas laissé opérer de sa tumeur lacrymale. Depuis cette époque, je l'ai vu plusieurs fois et j'ai souvent eu occasion d'avoir de ses nouvelles, et je n'ai [illegible] appris qu'il y ait eu récidive.

A l'aide de ces quatre observations, réunies à celles qui avaient été antérieurement publiées, l'auteur essaye de tracer une [illegible] histoire des affections syphilitiques constitutionnelles des voies lacrymales, et il résume cette histoire dans le passage qui suit :

« La nature syphilitique de certaines affections des voies lacrymales paraît démontrée.

» Ces affections résultent de la plus ou moins complète oblitération [illegible] des points des voies lacrymales.

» Cette oblitération est déterminée le plus souvent par une lésion [illegible]

ose (périostose, exostose, carie, nécrose) siégeant sur l'unguis et l'apophyse montante du maxillaire supérieur, quelquefois sur l'apophyse angulaire du coronal.

» Parfois elle paraît tenir au gonflement de la muqueuse enflammée la suite d'une blépharite chronique ; d'autres fois encore, à une lésion alogue, ulcérative ou autre, accompagnant des accidents syphilitiques aso-palatins.

» Cette oblitération, suivant qu'elle siége au-dessous ou au-dessus du c, peut déterminer, dans le premier cas, la tumeur et par suite la fistule crymale ; dans le second, simplement l'épiphora, les points lacrymaux étant plus perméables.

» Les symptômes permettant de diagnostiquer la nature syphilitique une affection des voies lacrymales sont :

» La présence d'un gonflement dur, résistant, enfin osseux, constaté it par le doigt, à la partie interne ou inférieure du bord de l'orbite, It au moyen du cathétérisme, dans l'intérieur du canal nasal ;

» L'aspect syphilitique ou chancreux de l'orifice cutané de la fistule du c lacrymal ;

» La coexistence d'accidents syphilitiques de la muqueuse et des os de voûte palatine et des fosses nasales ;

» La présence de syphilides sur la peau du visage ;

» La céphalée et les exostoses sus-orbitaires du coronal ;

» Enfin, l'existence antérieure ou simultanée, sur les diverses parties corps, de tous autres accidents syphilitiques, révélés à l'observateur t par les commémoratifs fournis par le malade, soit par la simple inspection directe.

» La marche de ces affections est ordinairement lente, chronique et dolente, quoique parfois avec une certaine apparence inflammatoire, ysipélateuse.

» Les maladies syphilitiques des voies lacrymales et parties voisines nchilops, ægilops) présentent un pronostic moins grave que celles, alogues, qui ne sont pas déterminées par cette cause spécifique, car les sont ordinairement curables par un traitement antisyphilitique convenable, quand toutefois il est employé à temps.

» Lorsque l'oblitération des voies lacrymales tient, non pas à une affection osseuse, mais à une lésion des parties molles (inflammation de la muqueuse, bride cicatricielle), comme traitement palliatif, il est possible fois de rétablir le cours des larmes, soit par le cathétérisme, soit par introduction d'un fil, d'une canule, etc., dans le canal nasal.

» Quant au traitement curatif, nous avons vu que la plupart des cas pportés ont été heureusement traités par les préparations mercurielles ; pendant, avec M. Tavignot, je pense que l'iodure de potassium peut ssi être avantageusement employé contre les lésions purement osseuses, servant surtout les mercuriaux, et principalement le sublimé, pour les portant sur les parties molles. » (*Archives générales de médecine*, i 1857.)

Kyste avec épithélium vibratile dans le foie, par N FRIEDREICH.

Obs. — Le cadavre était celui d'un journalier âgé de vingt-huit ans, avait succombé à la tuberculisation pulmonaire. Presque toute la itié supérieure du poumon droit était occupée par une caverne énorme, pourtour de laquelle le tissu était épaissi, rougeâtre, demi-transparent, enfermait de nombreuses agglomérations de granulations tuberculeuses ses et de noyaux caséeux ; mêmes altérations à gauche, mais moins noncées. En outre, phthisie ulcéreuse du larynx et de la trachée ; des ulcères tuberculeux de l'intestin, notamment du côlon ascendant. hrite parenchymateuse récente, au degré de l'engorgement anémi-. Ascite médiocre. Le foie présentait sur la face antérieure du lobe it plusieurs plaques pseudo-membraneuses étoilées ; il était très réduit volume, anémique, de couleur brune à la section ; le centre des lobuétait plus foncé que la périphérie. Ces colorations étaient produites la présence de granulations pigmentaires brunes ou d'un brun jaure dans la plupart des cellules hépatiques. C'est le volume et le nom de ces granulations qui semblaient déterminer les différences de ration que nous venons de mentionner. Malgré l'atrophie générale du , le stroma intermédiaire aux lobules était considérablement épaissi, l'on pouvait en extraire des cellules de forme variable, à prolongeants et ramifiées. Sur la face convexe du foie, près du ligament suspen-r, on voyait, à travers la capsule de Glisson un peu épaissie, une lie qu'à l'incision on trouva être un kyste du volume d'une forte noile, et dont la paroi était constituée par une membrane dense, grisâ, unie au parenchyme voisin par un tissu cellulaire lâche. Le kyste tenait une masse très visqueuse, gris jaunâtre, presque gélatineuse, on put enlever d'une pièce sans qu'il en restât rien attaché aux parois kyste.

Examiné au microscope, le kyste présenta un tissu conjonctif serré, renfermant de petits corpuscules de tissu conjonctif et un réseau très fin de fibres élastiques. Il était traversé par de nombreux vaisseaux et par un réseau de canaux légèrement variqueux, que l'auteur considère comme des lymphatiques. A la face interne du kyste se montraient des couches de petites cellules arrondies, à peine du volume des corpuscules du pus, dont le noyau devenait surtout apparent par l'acide acétique. Ces éléments s'enlevaient en plaques, et présentaient vers la cavité de la poche toutes les transitions par lesquelles passe l'épithélium vibratile le mieux caractérisé, celui de la muqueuse bronchique, par exemple. Les cellules vibratiles, très abondantes, contenaient çà et là quelques granulations pigmentaires ; nulle part elles ne présentaient de dégénérescence graisseuse.

Le contenu du kyste était formé principalement de mucus très visqueux, coagulable en stries sous l'influence de l'acide acétique. Dans cette substance étaient disséminés une multitude innombrable d'éléments spéciaux, qui tantôt conservaient encore leur forme conique et quelques cils vibratiles et semblaient n'être que des cellules vibratiles altérées, et tantôt représentaient des corpuscules ovalaires ou un peu irréguliers, qu'il eût été difficile de rapporter à leur véritable nature, n'eussent été les formes transitoires qu'on avait sous les yeux. Il était évident, dès lors, que c'étaient les cellules éliminées successivement et mêlées au liquide du contenu. Cependant il fut impossible de démontrer l'existence d'une membrane de cellule distincte.

Il y avait en outre, dans le contenu, d'autres éléments beaucoup moins nombreux : c'étaient des cellules assez grosses, sphériques, variant en diamètre entre $0^{mm},15$ et $0^{mm},1$, et renfermant une substance grenue insoluble dans l'acide acétique et dans la soude. Les plus grosses présentaient plusieurs noyaux.

Quant à l'origine de ce kyste, il est assez difficile de la déterminer. Le foie ne renferme point de cellules vibratiles chez les animaux supérieurs et chez l'homme, du moins pendant la vie extra-utérine. Il n'en est pas de même des animaux inférieurs, dont plusieurs présentent des voies biliaires tapissées d'un épithélium vibratile, soit pendant la période fœtale seulement, soit pendant toute la durée de la vie. L'auteur, cependant, dit avoir observé les mêmes éléments chez des animaux supérieurs, à une période peu avancée de leur développement : ainsi, chez un embryon de bœuf de trois mois et demi, la vésicule biliaire et les gros canaux biliaires étaient garnis de cellules cylindriques, présentant à leur face libre, soit des appendices libres, soit des épaississements dans lesquels on voyait des stries évidentes, comme si c'étaient des cils accolés ou en voie de développement. Il ne vit rien de semblable chez un fœtus de bœuf de cinq mois ni chez un autre de sept mois ; un fœtus humain de trois à quatre mois environ, au contraire, montra des formations tout à fait analogues.

Sur un kyste de l'ovaire du volume du poing, le professeur Luschka a trouvé, à la face interne de la membrane, de nombreuses excroissances papillaires avec épithélium vibratile. M. Virchow a observé un cas analogue : outre l'épithélium vibratile, il y avait dans l'ovaire d'autres tissus normaux de nouvelle formation, entre autres du tissu nerveux. (*Archives de Virchow*, mai 1857.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Sur les altérations des tissus déterminées par la gangrène, par H. DEMME. — Brochure in-8 de 102 pages, et 2 planches gravées sur acier. Meidinger fils et comp. — Francfort-sur-Mein, 1857.

Sous le nom de *gangrène*, on désigne l'extinction de la vie dans une portion quelconque de l'organisme. Les parties mortifiées, depuis le moment où elles cessent de participer à la vie organique, jusqu'à celui de leur élimination définitive, subissent, dans leur texture et dans leur constitution chimique, des modifications qu'il peut être utile de connaître : l'étude de ces modifications, en tant qu'elle peut être faite à l'aide du microscope, fait l'objet du mémoire dont nous allons présenter une analyse.

Le microscope, appliqué à l'étude des parties mortifiées, y découvre trois genres d'éléments :

1° Des éléments de nouvelle formation, qu'on ne rencontre jamais dans les tissus vivants;

2° Des parties qui ont conservé plus ou moins distinctement leur structure physiologique, mais qui ont subi des modifications dans leur consistance, leur élasticité, leur densité, etc.;

3° Des substances dont le microscope ne peut servir à déterminer la véritable nature, et qui sont du ressort de la chimie organique. Ces substances ne sont point examinées par l'auteur.

Eléments de nouvelle formation ne se montrant point dans les tissus normaux. — Ces éléments sont constitués par de la graisse, du pigment, des cristaux, ou des êtres vivants de nature végétale ou animale.

1° *Graisse.* Un fait des plus constants, qu'on observe dans tous les cas de gangrène, c'est la grande quantité de graisse que présentent les parties mortifiées, et qui, sous forme de globules, infiltrent les tissus, et constituent un des principaux éléments de la sanie gangréneuse. Cette graisse ne provient pas exclusivement, comme on pourrait le croire, de celle qui, contenue dans les cellules adipeuses, est mise en liberté par la destruction des membranes d'enveloppe; elle doit en partie son origine à une véritable transformation des substances protéiques en graisse, transformation analogue à celle que Virchow a décrite le premier dans l'atrophie, mais que la chimie a été impuissante jusqu'ici à expliquer. A l'exception des os, tous les tissus normaux ou pathologiques peuvent subir la métamorphose graisseuse, pourvu que leur dissolution putride ne soit pas trop rapide. C'est dans les tissus qui sont formés de cellules qu'elle peut être étudiée le plus facilement. On y voit d'abord, autour du noyau, des granulations moléculaires qui deviennent peu à peu des globules brillants, et dont il est facile de démontrer la nature graisseuse. Les phénomènes sont moins faciles à suivre dans les fibres; mais le fait n'en est pas moins certain : l'observation microscopique et l'analyse chimique ne laissent pas de doute à cet égard.

Il est probable que, dans cette formation de graisse, les caractères chimiques des produits nouveaux ne sont pas toujours les mêmes : c'est à la chimie de nous renseigner sur ce sujet.

2° Les *dépôts pigmentaires* que l'on rencontre dans les parties gangrenées sont de nature très diverse. En première ligne, il faut placer les *corpuscules gangréneux*, observés pour la première fois par Valentin, et constituant un élément essentiel dans la gangrène humide. A un grossissement de 75 diamètres, ils se montrent sous forme d'innombrables petits points; à un grossissement plus fort, on y reconnaît des sphères, des corps triangulaires, etc., mais jamais on n'y trouve de véritables cristaux. Les corpuscules gangréneux ne sont point renfermés dans une membrane de cellule; la plupart des acides, la potasse, la soude ne peuvent les altérer; l'acide chlorhydrique les rend un peu plus pâles. L'alcool et l'éther ne les modifient nullement.

On rencontre ces corpuscules en suspension dans la sanie, ou disséminés dans les tissus, surtout dans le tissu adipeux, le derme cutané, le tissu conjonctif lâche; rarement ils se montrent dans les tendons, les aponévroses, les cartilages, les ligaments; jamais dans les os. L'auteur les regarde comme résultant de la décomposition de l'hématosine, et leur assigne une grande analogie avec ce que les chimistes désignent sous le nom de *mélanine*.

Après les corpuscules gangréneux, le pigment qu'on observe le plus fréquemment, c'est le pigment rouge; il se montre dans tous les tissus riches en vaisseaux : l'auteur l'a rencontré dans la gangrène des corps caverneux, celle du poumon, de la muqueuse utérine, des muscles, de la partie réticulaire du derme. Le pigment rouge affecte la forme de granulations, dont le volume, bien que variable, l'emporte cependant de beaucoup sur celui des corpuscules gangréneux. Il est soluble dans la potasse et l'ammoniaque concentrés; sous l'influence de l'acide sulfurique, les grosses granulations subissent les changements de couleur que Virchow a observés sur les cristaux d'hématoïdine. Ce pigment correspond à l'hématosine de M. Robin.

Les cristaux d'hématoïdine, qui se sont présentés dans un grand nombre de cas pathologiques, sont de beaucoup moins communs, dans la gangrène, que les éléments précédents; on peut en [illegible] autant des granulations de sulfure de fer et des cristaux de pigment noir. Ces derniers ont été vus par l'auteur dans la gangrène [illegible] poumon et dans celle de la verge; ils affectaient trois formes distinctes : celle de tablettes rhomboïdales, de colonnettes prismatiques, et celles de prismes rhomboïdaux. Leurs caractères chimiques les rapprochent des corpuscules gangréneux.

Il nous reste à signaler, pour terminer cette énumération, [illegible] granulations moléculaires animées d'un mouvement brownien [illegible] observe généralement dans les cas de gangrène : la nature [illegible] granulations est très variable. Dans la gangrène sèche, enfin, [illegible] forme une matière noire sur la production de laquelle nous n'avons encore que peu de notions.

3° Les *cristaux* se forment surtout dans les circonstances [illegible] plus favorables à la décomposition putride des parties mortifiées et à une époque avancée de cette décomposition, par conséquent dans la gangrène humide. M. Demme a rencontré des cristaux [illegible] phosphate ammoniaco-magnésien, de margarine et d'acide margarique, de stéarine et d'acide stéarique, de cholestérine, [illegible] fate et de carbonate de chaux, de carbonate d'ammoniaque, [illegible] chlorure ammonique, sodique, d'acide urique, d'urate d'ammoniaque. Il nous est impossible de nous étendre ici sur les caractères différentiels de ces diverses cristallisations, non plus [illegible] les circonstances dans lesquelles elles ont été observées.

4° *Des êtres vivants*, de nature végétale ou animale, se [illegible] dans la gangrène beaucoup plus souvent qu'on ne l'avait [illegible] autrefois. Ce sont des algues de diverses espèces, des champignons microscopiques et des infusoires. Ces êtres jouent-ils [illegible] certain rôle dans la propagation de certaines gangrènes [illegible] gieuses? C'est ce qui n'a pas encore été étudié.

Modifications que la gangrène fait subir aux éléments [illegible] de l'organisme. — Dans cette seconde partie de son travail, M. Demme passe successivement en revue les modifications qu[e] présentent les divers tissus, depuis l'époque où ils sont encore parfaitement distincts dans leurs éléments et n'ont subi que d[es] altérations de consistance, de densité, etc., jusqu'au moment [illegible] ils ne forment plus qu'une masse amorphe, soit dure et charbonneuse, soit pulpeuse et sanieuse.

Tous les tissus ne subissent pas ces transformations [illegible] même rapidité; ceux qui sont abreuvés de liquides, qui sont [illegible] en albumine, l'emportent, sous ce rapport, sur ceux qui [illegible] constitution sèche et renferment beaucoup d'éléments [illegible] faut tenir compte aussi de la position des organes et des [illegible] qu'ils ont subies avant d'être frappés de gangrène.

En tête des substances qui s'altèrent rapidement, il faut [illegible] sang, qui, dans un grand nombre de cas, paraît être le point de départ de la destruction gangréneuse. Bientôt il s'échappe [illegible] canaux qui le contiennent, soit par transsudation, soit [illegible] de la destruction des petits vaisseaux, et c'est lui qui constitue [illegible] ment principal de la sanie gangréneuse.

Souvent le premier phénomène appréciable de l'altération gangréneuse du sang consiste dans une *augmentation des [illegible] du sang*; en même temps les globules laissent échapper leur hématosine, qui se dissout dans le sérum. Bientôt la matière [illegible] du sang se change en pigment, et c'est là un des caractères [illegible] tiels de la gangrène; car bien qu'on ait signalé souvent [illegible] sence de pigment dans le sang de certains malades, jamais [illegible] duit n'y existe en aussi grande abondance que dans la gangrène. La fibrine, encore contenue dans les vaisseaux [illegible] chée dans les tissus voisins, subit quelquefois la transformation graisseuse ou colloïde; mais le plus souvent elle se décompose [illegible] détritus jaunâtres ou brun chocolat, dans lesquels le [illegible] décèle des granulations de matières protéiques et graisseuses, [illegible] des résidus des éléments blancs du sang.

Ordinairement on trouve les vaisseaux oblitérés par des [illegible] dans le voisinage ou même à une certaine distance de la [illegible] mortifiée, sans que l'on soit en droit de prétendre que cette [illegible] lation du sang soit la cause de la gangrène. Loin de là, M. [illegible] a démontré que la mortification des tuniques vasculaires [illegible]

ɹur déterminer la coagulation du sang, même dans les vaisseaux 'un certain volume, et que la viciation du sang par des produits : la gangrène peut donner lieu au même résultat.

Les *produits exsudés* à la suite d'une inflammation antécédente :décomposent très rapidement, quand ils sont frappés de gangrène; après Valentin, le *pus*, dans ces circonstances, devient plus riche ı sérum et perd de ses corpuscules; souvent il dégage de bonne ɪure de l'hydrogène sulfuré. Les corpuscules purulents se gon-:nt, éclatent et ne tendent pas à disparaître, de sorte qu'à une ɪrtaine période, il est impossible de trouver dans la sanie gangré-ɪuse le moindre corpuscule.

En général, le pus qui est arrivé à un degré de décomposition ıt acide, bien qu'il laisse dégager de l'ammoniaque. Une odeur : fromage pourri indique souvent la présence d'acides gras.

Les *parois des capillaires* sont détruites de très bonne heure, : laissant le plus souvent d'autres traces que des traînées de gra-ılations pigmentaires.

Quand le *tissu adipeux* se mortifie, une infinité de gouttelettes ıileuses sont mises en liberté, et donnent à l'ichor l'aspect d'une ɪnulsion. Dans les cellules adipeuses non détruites, il se fait une :composition du contenu, et l'on voit apparaître des aiguilles acide margarique et de margarine. C'est dans ces tissus surtout ɪe se montrent des myriades de corpuscules gangréneux.

Les altérations produites par la gangrène dans le *tissu glandu-ɪire* ont été peu étudiées jusqu'ici : M. Demme rapporte avec uelques détails deux observations très intéressantes de gangrène u *poumon*, dont nous regrettons de ne pouvoir donner une ana-ɪse. Dans un de ces cas, l'examen des crachats avait pu faire dia-nostiquer la gangrène de très bonne heure.

L'*épithélium* des parties gangrenées se détruit de bonne heure; ɪrement il se détache en plaques, comme l'épiderme. A peine ıt-il soulevé en petites vésicules, qui ne tardent pas à disparaître; : sont les éléments de l'épithélium pavimenteux qui se conservent ıcore le plus longtemps. L'épithélium cylindrique, et surtout l'épi-élium à cils vibratiles, ne se rencontrent point dans la sanie gan-ɪéneuse.

Le *tissu musculaire* est très altérable; dans les muscles de la vie ganique, les noyaux disparaissent, et les fibres prennent un aspect ɪnuleux, puis tombent en détritus muqueux et onctueux. Les mus-:s de la vie animale perdent d'abord leur couleur rouge; leur hésion diminue par suite de la destruction de leurs faisceaux mitifs, et ensuite de leurs fibres. Peu à peu les stries transver-es disparaissent complétement. Le sarcolemme se conserve par-;. La grande vascularité des muscles explique la quantité de ;ment rouge que l'on y rencontre.

Le *tissu conjonctif* commence souvent par se gonfler, mais sans ɪenir transparent, comme sous l'influence de l'acide acétique. ɪntôt ses faisceaux se désagrégent; il s'amasse entre les fibres ; granulations graisseuses et pigmentaires, des cristaux; puis les ɪtours des fibres s'obscurcissent, et il ne reste enfin qu'une sub-ɪce jaune sale. Souvent cependant, au milieu des masses détruites, rencontre des parties admirablement conservées. Les organes for-s de tissu conjonctif résistent d'autant mieux à la décomposi-ı putride qu'ils ont une structure plus serrée : les tendons se ɪservent très longtemps. Les altérations sont d'ailleurs à peu près mêmes partout. Le tissu élastique jouit d'une grande inaltéra-té.

L'étude de la gangrène dans le *tissu nerveux* offre un vif inté-, car elle peut jeter un grand jour sur la véritable nature de tains ramollissements des organes centraux. Dans deux cas de ɪgrène du cerveau, M. Demme trouva une matière amorphe, ɪnuleuse, de couleur verdâtre ou brunâtre, mêlée à des gru-ɪux de fibrine coagulée; des masses de pigment de toutes ɪnces, depuis le rouge brun jusqu'au noir, des globules de ɪsse, et enfin des cristaux, parmi lesquels ceux de cholestérine, margarine, d'hématoïdine, furent reconnus avec certitude.

Il n'est pas vrai que les *nerfs* qui traversent les foyers gangré-ɪx conservent leur intégrité, comme on le dit partout; les pe-s branches disparaissent rapidement; les gros troncs, entourés de sanie putride, présentent les altérations suivantes : la moelle nerveuse se coagule; elle devient trouble, grumeleuse; bientôt le névrilème s'altère, se gonfle : la gaîne de la fibre nerveuse devient confuse, le cylindre de l'axe disparaît. Quand le nerf n'est point plongé dans la sanie gangréneuse, il subit la transformation grais-seuse.

Les *cartilages* se conservent longtemps intacts au milieu des substances décomposées qui les entourent; mis à nu, ils brunissent, se ratatinent, deviennent cassants; plongés dans les liquides putri-lagineux, ils se gonflent souvent notablement, s'imbibent de ma-tière colorante ou prennent une couleur jaune sale. Les corpus-cules du cartilage se remplissent de graisse, la substance intercellulaire devient granuleuse. Plus tard, les cavités du carti-lage disparaissent ou se remplissent de pigment.

L'*épiderme* ne subit que très peu de changements par suite de la gangrène : il est détaché des parties sous-jacentes par les li-quides qui s'accumulent au-dessous de lui, et s'enlève en larges plaques qui peuvent se diviser un grand nombre de fois, sans que leurs éléments constitutifs soient modifiés en rien. Dans la gan-grène sèche, l'épiderme reste souvent adhérent au derme et se momifie avec lui : ce qui est vrai de l'épiderme s'applique égale-ment aux ongles et aux poils, qu'on retrouve intacts au bout d'un temps fort long.

Dans la majorité des cas, un fragment d'*os* nécrosé n'offre au-cune modification dans sa structure et ne se distingue de l'os vi-vant que par sa couleur blanche, jaunâtre ou brunâtre, ou même noire. Les parties molles enfermées dans l'os nécrosé ou disposées autour de lui sont toujours détruites; le séquestre semble avoir diminué de volume, il est d'une grande légèreté; sur des coupes transversales les canalicules de Havers et les lacunes sont rétrécis. Dans les cas de gangrène des membres, on trouve parfois dans les os des traînées rayonnées de pigment; contrairement à ce qui a lieu dans la carie, il ne paraît jamais se faire de dépôts de graisse dans les os nécrosés.

MARC SÉE.

VII.

VARIÉTÉS.

Question de l'Association générale des médecins.

(Suite et fin. — Voir le numéro 37.)

Après ce que nous avons exposé dans nos deux premiers articles, il nous paraît inutile de répondre en forme à l'objection tirée des « *répugnances* que soulève, dans un grand nombre d'esprits, l'ab-sorbante centralisation dont Paris est le siége. » Les adversaires de l'Association générale ont dû faire la découverte de ces répu-gnances sous la même latitude où ils ont déjà découvert les *anta-gonismes* de la famille médicale. Ils n'entendent pas que les dépar-tements, « abdiquant toute virilité, sacrifiant leur indépendance, » se déclarent « incapables de se gérer eux-mêmes » et se placent « avec un docile entrain sous la tutelle parisienne. » Toute cette éloquence, et c'est vraiment regrettable, est placée à fonds perdus. Personne ne pense à commettre contre nos confrères des départe-ments l'odieux attentat que semblent craindre nos opposants, et il n'est pas présumable qu'on rencontre beaucoup d'Origènes parmi eux. Cette ardeur girondine contre Paris n'a donc aucune raison d'être, car, ainsi que nos opposants, nous voulons tous que le corps médical des départements conserve toute son indépendance et sa liberté d'action. Les opposants oublient sans cesse, et nous sommes sans cesse obligé de leur rappeler, qu'il ne s'agit d'Asso-ciation générale que sur un seul point, que dans un seul but : la caisse de bienfaisance et de prévoyance. Quelle incapacité virile entraînerait, pour nos confrères de la province, l'institution d'une seule caisse bien fournie, à la place de plusieurs centaines de caisses très maigrement approvisionnées? En quoi donc leur indépendance

serait-elle atteinte de pouvoir accorder de plus larges secours à leurs frères infortunés, et en quoi leur dignité pourrait-elle être molestée d'être plus facilement secourables aux veuves et aux enfants de leurs amis morts dans la détresse? Nous ne craignons pas de l'affirmer, cet appel contre Paris à des sentiments d'un *localisme* étroit ne sera pas entendu. Paris a beaucoup moins à gagner que les départements à la transformation que nous souhaitons; et nous ferons voir tout à l'heure que si l'Association de la Seine vient à accepter cette transformation, que si seulement elle reste neutre dans la question, elle fera un grand acte de dévouement et de désintéressement en faveur de la famille médicale française. Ce n'est pas Paris, ne l'oublions pas, qui demande l'Association générale; Paris écoute, attend, observe; il n'a pas eu à se prononcer, il ne se prononcera qu'à bon escient, et nous ne saurions qu'approuver cette prudente réserve. La question est entrée dans le domaine de la discussion; nous la discutons ici à nos risques et périls, spontanément et sans solidarité aucune avec l'Association de la Seine; et comme notre sympathie, notre respect et notre reconnaissance pour ses œuvres ne peuvent être suspectés, nous pouvons dès lors discuter en toute liberté une question d'intérêt général.

Or, et pour répondre tout de suite à l'objection tirée d'une opposition éventuelle de la part de l'Association de la Seine aux idées que nous soutenons, nous demanderons sur quelles données on a pu parler de cette éventualité. Nous qui nous croyons mieux placé que les opposants pour connaître les sentiments de l'Association à cet égard, nous dirons que, n'ayant pas encore été saisie de la question, elle n'a pas eu à en délibérer. Dans le sein de la commission générale, il pourra y avoir, comme dans toutes les assemblées possibles, des approbations et des oppositions Nul ne peut dire aujourd'hui quel serait l'avis de cette commission. Ce que nous savons, c'est que nous y avons des adhérents; ce que nous savons, c'est que l'Association est animée d'un trop généreux esprit confraternel pour se laisser influencer par de petites objections de détail, pour se laisser égarer par des semblants de motifs dont le plus simple examen lui ferait voir toute la futilité. L'Association de la Seine ne peut avoir en ce moment et ne doit émettre aucune opinion, ni pour, ni contre: ni pour, parce que la question n'est pas encore assez avancée pour qu'il y ait urgence à ce qu'elle se prononce; ni contre, parce qu'elle n'a aucun intérêt à entraver le mouvement qui peut se prononcer dans les départements en faveur de l'Association générale. Tout ce que nous pouvons demander à l'Association de la Seine, c'est sa neutralité. En l'observant, elle rendra service à la cause que nous défendons. Car, il faut bien le dire, puisque c'est la vérité, l'Association de la Seine peut se passer de l'Association générale: ses ressources augmentent tous les ans; dans un avenir peu éloigné elle sera en mesure de distribuer avec plus de largesse les secours à ses associés malheureux; elle sait aujourd'hui ce qu'elle fait, où elle va, et jusqu'où elle peut aller; elle possède des antécédents, des traditions, une jurisprudence; tout changement peut lui faire craindre une perturbation, et les institutions, comme les hommes, aiment peu à être dérangées dans leurs habitudes. De sorte que, comme nous le disions tout à l'heure, la neutralité actuelle de l'Association de la Seine, surtout si le mouvement dans les départements prenait un certain caractère d'ensemble et de généralité, cette neutralité est pour nous un acte de bon vouloir. Nous ne nous dissimulons pas, en effet, que l'opposition nette et décidée de l'Association de la Seine serait chose grave et d'une grande importance; elle ralentirait, à coup sûr, les aspirations qui se sont déjà produites.

Certes on ne nous reprochera pas de chercher à amoindrir l'objection tirée du rôle inconnu que l'Association de la Seine peut être appelée à jouer dans la question de l'Association générale. Nous reconnaissons, sans hésiter, que ce rôle peut être considérable. Mais est-ce une raison de penser, avec nos opposants, qu'il eût fallu s'enquérir de son sentiment avant toute manifestation en faveur de l'Association générale? Faut-il croire, avec eux, que l'opposition de l'Association de la Seine constituerait un cas d'impossibilité radicale?

Avec la même franchise et la même liberté nous répondons négativement à ces deux questions. Ici c'est nous qui sommes obligé de prendre la défense de l'indépendance et de la dignité [illegible] médical des départements. Quoi! opposants si chatouil[illegible] endroit, c'est vous qui blâmez, dans vos confrères, un act[illegible] et spontané! c'est vous qui réclamez des lisières, et qui [illegible] ne pouvoir marcher si Paris ne vous permet le mouvement [illegible] vous qui invoquez de chimériques répugnances contre l'ab[illegible] centralisation de Paris, et qui...! Mais il nous suffit de [illegible] cette grave inconséquence, il serait peu généreux d'y ins[illegible] vantage.

L'opposition de l'Association de la Seine serait, nous le [illegible] un embarras sérieux et considérable; mais nous ne pou[illegible] sentir à la considérer comme une impossibilité. D'abord, dans l'ordre des choses possibles que cette Association ne [illegible] même consultée. L'a-t-elle été quand le Conseil d'État l'a [illegible] mée, d'Association purement parisienne qu'elle était, en Ass[illegible] du département de la Seine? Si l'idée est essentiellement [illegible] utile et praticable, aucune opposition, si respectable fût-[illegible] rendrait cette idée mauvaise, inutile et irréalisable. Si cet[illegible] était chaudement poussée par la province médicale tout [illegible] l'opposition de Paris pourrait peser beaucoup moins dans [illegible] lance. Voilà quelques conditions, — et elles ne sont pas les [illegible] mais nous ne voulons ni ne pouvons tout dire, — qui [illegible] beaucoup les impossibilités dont on parle, en tant que prov[illegible] l'Association de la Seine.

Il serait singulier, au demeurant, que cette Associat[illegible] déploie, et avec raison, un zèle de propagande des plus act[illegible] recruter des associés dans son département, ne man[illegible] tiédeur ou hostilité quand il s'agirait de lui en donner dans [illegible] France. Quoi! lui dirions-nous, vous regrettez tous les [illegible] votre regret est bien légitime, que l'esprit d'association, [illegible] bienfaisance et de prévoyance, ne soient pas plus généralement [illegible] pandus; vous vous plaignez que, sur les 1,500 docteurs en [illegible] cine du département de la Seine, 600 à peine aient en[illegible] à vos statuts, et lorsqu'on vous propose une combinaison qui pourra peut-être décupler ce nombre et au delà, vous vous m[illegible] trez indifférente ou opposante!... Mais, assurément, nous n'a[illegible] besoin d'adresser aucune apostrophe de ce genre à l'Associ[illegible] la Seine. Elle comprendra parfaitement qu'il n'est pas vra[illegible] adoptant le principe et l'application de l'Association géné[illegible] s'expose « à lâcher la proie pour l'ombre, à sacrifier les [illegible] réalités du présent aux utopiques espérances de l'aven[illegible] statuts, dont on paraît ignorer les dispositions chez nos op[illegible] et auxquels il n'y aurait qu'un seul mot à changer pour [illegible] tion restreinte la changer en Association générale, ses [illegible] garantissent contre les chances malheureuses dont on [illegible] l'effrayer. Quelques mots suffiront pour faire comprendre [illegible] de sa sécurité.

Supposons que demain nous apportions une liste de [illegible] veaux adhérents à l'Association de la Seine, adhérents pr[illegible] entendu, dans le département; que ferait l'Association? [illegible] réjouirait, elle nous en féliciterait, elle nous en remercierait [illegible] quoi? Parce que ses statuts sont formels, et qu'ils exigent [illegible] cotisation pendant quatre ans consécutifs pour avoir dr[illegible] secours. Il a fallu, et c'était justice, établir une sorte d[illegible] entre les participants anciens, ceux de la fondation, et les [illegible] pants nouveaux. Il ne serait pas équitable que celui qu[illegible] aujourd'hui à l'Association, et qui la trouve en possess[illegible] fonds de réserve considérable, eût les mêmes droits imm[illegible] secours que celui qui a contribué à fonder cette réserve de[illegible] temps plus ou moins long. Le droit d'admission de l'adhérent [illegible] veau et la moitié de ses cotisations annuelles, pendant quat[illegible] servent à accroître le fond de réserve, de sorte qu'au bout d[illegible] période, si le malheur vient le frapper, comme il a payé son t[illegible] à la prévoyance, la prévoyance peut venir à son secours

Eh bien, quelle serait la situation des adhérents des [illegible] ments? Absolument la même que celle des adhérents de l[illegible] Qu'ils viennent à l'Association par unités, par centaines [illegible] milliers, la caisse de l'Association n'a pas plus à craindre de [illegible] invasion départementale que d'une invasion de Parisiens Elle [illegible] qu'à s'en réjouir, au contraire; et plus il y en aura, plus elle s'[illegible]

réjouira, puisque son fonds de réserve va démesurément grossir, et son fonds de secours suivre la même progression. C'est dans ce sens que, dans un entretien que nous avions l'honneur d'avoir avec Orfila sur ce sujet, quelques jours avant sa mort, l'illustre fondateur de l'Association parisienne, dans un langage familier mais expressif, nous disait : « Si l'Association de la Seine porte à dîner, il faut que les Associations des départements portent à souper. » Nous avouons n'avoir rien trouvé à répondre à cette condition de tout mariage raisonnable, condition très prudemment remplie par les quatre ans de cotisation exigée par les statuts.

En quoi donc et par quels motifs l'adjonction des départements à l'Association de la Seine pourrait-elle devenir pour celle-ci « une cause de dissociation ? » Nous cherchons vainement ces causes que les opposants, au demeurant, n'ont fait que prévoir, mais sans les indiquer autrement. C'est un mot jeté là comme un épouvantail, une petite manœuvre de polémique à laquelle le bon sens de l'Association ne se laissera pas prendre.

Nous avons un peu longuement insisté sur cette objection parce qu'elle nous a paru habile et au moins spécieuse, propre surtout à fournir un prétexte aux tièdes pour s'abstenir, aux peureux pour trembler plus fort, au mauvais vouloir pour se mettre en travers de toute initiative. Nous croyons l'avoir combattue par des considérations de quelque valeur, par des faits incontestables, par des résultats connus de tous. Il nous paraît démontré que l'Association de la Seine n'a rien à craindre de l'Association générale ; et, plein de confiance dans ses sentiments généreux comme dans son amour du bien général, nous osons conclure que ni dans le présent, ni dans l'avenir, aucune opposition ne partira de son sein.

Abordons maintenant une objection plus sérieuse, la seule sérieuse de toute cette argumentation girondine, à savoir : l'intervention nécessaire du Gouvernement dans l'Association générale.

— C'est avec une certaine hésitation que nous abordons la dernière objection à laquelle nous avons promis de répondre. La nature très délicate de cette objection, la forme très hardie sous laquelle elle s'est produite, susciteraient en nous quelques préoccupations, si nous avions besoin de suivre nos opposants sur le terrain dangereux où ils nous appellent. Reproduisons d'abord la formule même de cette objection :

« Enfin, supposant tous les obstacles vaincus et l'institution prête à se constituer sur les bases les plus solides et avec les plus brillantes perspectives d'avenir qu'aient pu désirer pour elle ses promoteurs, doit-on se flatter qu'elle pourra fonctionner en dehors de l'action gouvernementale, et que le pouvoir, saisissant de prime saut les avantages que peut lui procurer, les dangers que peut lui faire courir une Association s'étendant à tout le territoire, et formée par des hommes que leur rôle dans la société investit d'une grande influence morale, ne prendra pas ses précautions à ce double point de vue, et avec d'autant plus de soin qu'il lui reconnaîtra plus de forces virtuelles? Or, ce besoin légitime de garanties et de précautions de la part du pouvoir doit amener, ou le comprend, une réglementation négative d'une organisation solide et riche d'avenir, ou incompatible avec l'indépendance et l'esprit de liberté d'un grand nombre, peut-être même un refus absolu d'autorisation. »

Avec toutes les précautions que comporte la matière, essayons d'apprécier cette argumentation.

Dans son ensemble, cet argument nous blesserait et nous irriterait presque, si nous n'y trouvions une excuse. Ce serait un médecin qui placerait le corps médical en suspicion vis-à-vis du pouvoir, qui signalerait au gouvernement les *dangers* qu'une Association de médecins peut lui faire courir ; et ces dangers il les tirerait précisément de ce qui fait leur dignité, de la grande influence morale dont sont investis les médecins dans la société ; enfin ce serait un médecin qui indiquerait au pouvoir un besoin *légitime* de garanties et de précautions contre ses confrères ! Tout cela serait fort grave et digne de blâme, si évidemment la plume ici n'avait été plus loin que l'intention. L'auteur, à coup sûr, n'aura voulu faire qu'une supposition. Il a admis hypothétiquement le doute, l'étonnement et les appréhensions du pouvoir ; et se plaçant à ce point de vue, il a prêté au pouvoir un raisonnement et des actes qui seraient légitimes, si le point de vue était juste. Heureusement il n'est pas juste.

Le principe de l'Association et les principales dispositions de son fonctionnement sont réglés par des lois et décrets. L'Association médicale, comme toute autre Association, doit se soumettre à la loi ; aussi n'a-t-il pu venir à l'idée de personne, et personne n'a pu se flatter que l'Association pourra s'instituer et fonctionner en dehors de l'action gouvernementale. Cette action gouvernementale est-elle bien inquiétante et bien embarrassante pour les Sociétés de secours et de prévoyance, les seules dont il soit ici question? Cette action se borne à une demande d'autorisation, avec envoi des statuts, au ministre de l'intérieur, qui les adresse au conseil d'État, à la nomination par l'Empereur du président, et à l'envoi annuel au ministre compétent des opérations et de la situation de la Société. Voilà, si nous sommes bien renseigné, à quoi se borne l'intervention du pouvoir dans les Sociétés de secours et de prévoyance. Nous ne voyons pas trop ce que cette intervention peut avoir « d'incompatible avec l'indépendance et l'esprit » des médecins, et surtout en quoi elle peut être « négative d'une organisation solide et riche d'avenir. » L'Association de la Seine est instituée et fonctionne sur ces errements, et personne, que nous sachions, n'y trouve à redire. Les médecins de Paris nous paraissent tout aussi jaloux de leur indépendance que nos confrères des départements, et nous n'avons jamais appris qu'aucun d'eux se soit jamais plaint du fonctionnement de cette Association.

On ne voit pas, en effet, parmi nos opposants, que cette action gouvernementale sur les Sociétés de secours est purement administrative et financière, ne constitue qu'une surveillance paternelle et intelligente de l'emploi des fonds des sociétaires, qu'un contrôle nécessaire d'une gestion qui, quoique toujours honnête, peut dévier des sains principes économiques. Nous ne sommes pas assez fort en économie sociale pour assurer que tout cela est parfait et ne pourrait pas être remplacé par une organisation meilleure ; mais avec les simples lumières de notre bon sens, nous trouvons ce fonctionnement fort acceptable, et, en tant qu'appliqué à l'Association médicale, nous n'y voyons rien qui puisse offusquer ou blesser le corps médical.

Si l'action gouvernementale ne présente rien d'embarrassant pour l'Association, l'Association elle-même peut-elle être une cause d'embarras ou de danger pour le gouvernement? Cela ne peut être si l'on veut bien n'oublier jamais qu'il ne s'agit pas de reconstituer par l'Association une *corporation* dans le sens ancien du mot, de ce mot que la révolution a rayé du vocabulaire, de ce mot qui représente une chose impossible à revenir ; et qu'il ne s'agit que de l'institution d'une Société de secours parmi les membres d'une même profession, Société limitée aujourd'hui à un seul département et qu'il s'agirait d'étendre à tous. Or, qui a rédigé les statuts de cette Association, statuts auxquels il n'y a qu'un seul mot à changer, nous le répétons? Le gouvernement lui-même par l'intermédiaire du conseil d'État. C'est encore le conseil d'État qui a exigé l'extension de l'Association parisienne à tout le département de la Seine, et le gouvernement a-t-il jamais eu à se repentir de cette mesure ; l'Association lui a-t-elle jamais donné le moindre embarras, la moindre inquiétude? Pour répondre à cette question, il n'y a qu'à se souvenir que l'Empereur a compris l'Association de la Seine dans le petit nombre de celles qu'il a généreusement dotées de sommes importantes.

Il est donc très raisonnable et très consolant d'espérer que le gouvernement, qui favorise partout les idées d'association, ne se montrera pas hostile à l'extension de l'Association médicale. Et en effet, le gouvernement comprend que l'Association c'est la moralisation par le bien-être, c'est le respect de soi et des autres, c'est de chimériques passions et de turbulentes inquiétudes calmées par la prévoyance. Est-ce parce que l'Association produit ces résultats que le pouvoir la verrait avec appréhension? Sans doute il est permis d'espérer que l'Association généralisée n'aura pas pour unique résultat la bienfaisance confraternelle et la pré-

voyance, et alors même que, par sa légitime influence, les abus et les illégalités dont souffre la profession trouveraient par elle une répression plus efficace, ce résultat est-il de nature à inquiéter les pouvoirs publics? Avec les lois générales et professionnelles qui régissent la société française, quelle usurpation, quelle immixtion illégitime est donc à craindre?

Ne demandons aux pouvoirs publics que ce qu'ils peuvent raisonnablement et légalement nous accorder; l'Association médicale généralisée ne peut être demandée qu'au point de vue de la bienfaisance et de la prévoyance. Si le corps médical ne sort pas de cette limite, il obtiendra ce qu'il demande, parce que le gouvernement ne peut pas voir plus d'inconvénients à associer dans ce but mille, dix mille médecins que six cents; parce que des agglomérations de médecins réunies par le lien commun de la bienfaisance ne lui donneraient pas plus d'embarras et d'inquiétude, que ces agglomérations soient situées en Bourgogne ou en Champagne, dans la Gironde ou dans la Seine; parce que ce n'est ni une institution nouvelle, ni des statuts nouveaux que nous lui demanderons, mais une simple extension d'une institution qu'il connaît et qu'il protége, et de statuts qu'il a faits lui-même.

En résumé, nous croyons avoir prouvé :

1° Que l'Association générale, dont l'idée est ancienne et n'a jamais été abandonnée, est parfaitement compatible avec l'existence des Associations locales et disséminées;

2° Que l'Association ne peut et ne doit être généralisée qu'au point de vue de la bienfaisance et de la prévoyance, et que, dans ces limites, elle est praticable et réalisable;

3° Que les difficultés de détails que l'institution de l'Association générale peut rencontrer ne sont rien moins qu'insurmontables;

4° Que cette institution ne nuirait en rien à l'indépendance des médecins des départements et ne mettrait aucun obstacle à la surveillance et à la défense de leurs intérêts locaux;

5° Que l'Association médicale du département de la Seine n'a aucun intérêt à s'opposer à l'extension de ses statuts aux médecins des autres départements;

6° Qu'il n'existe aucun motif sérieux pour que le gouvernement refuse son approbation à la fondation de l'Association générale.

Quoique nous soyons loin d'avoir épuisé ce sujet, nous bornerons ici ces considérations, quitte à les reprendre si besoin est. L'idée de l'Association générale est entrée dans le domaine de la discussion; elle doit passer par cette période critique. Soumise en ce moment aux réflexions du corps médical, c'est le corps médical qui doit lui donner sa solution. Dans les limites de nos lumières, nous ferons tout ce qui dépendra de nous pour éclairer la question, heureux si nous pouvions convertir nos confrères à la foi qui nous anime et les ramener à nos vieilles convictions.

(Extrait de l'Union médicale.) A. Latour.

Nous sommes prié d'insérer le document suivant :

Circulaire adressée au corps médical de France, dans le but de savoir, par une sorte d'enquête, si les médecins des départements sont disposés à former une Association générale d'assistance mutuelle dont l'Association des médecins de la Seine deviendrait le centre.

Des associations de bienfaisance étendues au territoire entier de la France unissent déjà les savants, les artistes et les gens de lettres. Les chemins de fer en favorisant les communications, la réforme postale en facilitant les correspondances, ont rendu possible l'organisation de ces grandes associations qui réalisent la solidarité des hommes d'une même profession, et qui semblent resserrer le faisceau national.

Le médecin est dans la société l'agent indispensable et en même temps l'agent le plus actif de la bienfaisance. Dans tous les hôpitaux, dans tous les asiles de la douleur, le médecin est le premier dispensateur de la miséricorde publique, et pourtant le corps médical, dans son ensemble, n'a pas encore fondé pour lui-même des institutions de bienfaisance qui ne sauraient exister nulle part sans la participation de ses lumières et de son dévouement.

Arrêté dans sa carrière par la maladie ou par les infirmités, le médecin est voué trop souvent au sort des pauvres honteux; et s'il meurt dans la force de l'âge, il laisse trop souvent après lui sa veuve et des enfants dans le plus cruel dénûment.

Il existe des associations parmi les médecins de quelques départements, mais elles sont encore trop peu nombreuses, et leur dissémination, leur isolement, ne sauraient être considérés comme des éléments de force et de vitalité. Reliées au corps médical tout entier par une simple modification de statuts qui n'ôteraient rien à leurs attributions locales, elles entreraient dans une ère nouvelle de prospérité.

L'Association des médecins de la Seine, fondée il y a vingt-quatre ans, jouit d'une prospérité exceptionnelle qui démontre l'excellence des bases sur lesquelles elle est fondée. Nous avons pensé que le moyen le plus prompt et le plus pratique de réaliser au profit du corps médical tout entier les bienfaits d'une association confraternelle, gage assuré d'assistance mutuelle, serait d'obtenir l'extension pure et simple à tous les départements de l'institution qui fonctionne avec un si beau succès dans le département de la Seine et que vivifie la mémoire d'Orfila. L'un de nos premiers soins a été de réclamer les conseils de ceux qui administrent cette grande œuvre, et qui continuent de nos jours la pensée de l'illustre fondateur......

La commission qui a rédigé la circulaire, et qui est composée de MM. Froin, Cazenave, Piffon, Héricé, Ardusset, Denucé, Levieux, Moussous, Reimonenq, Jeannel, *rend compte d'une démarche faite auprès de M. Cabanellas, secrétaire général de l'Association générale du département de la Seine, et de la réponse de ce dernier, puis propose à la signature de tous les médecins de France la déclaration suivante, à laquelle on est prié d'adhérer.*

Les soussignés, considérant :

1° Que la bienfaisance confraternelle et l'amélioration morale et matérielle de la profession médicale intéressent tous les médecins, et doivent déterminer le concours de leurs efforts;

2° Que les associations locales, dont la formation est ordinairement entravée par beaucoup de difficultés, n'offrent pas des éléments de durée indéfinie, en raison du petit nombre de leurs membres;

3° Qu'il serait difficile aux associations locales créées dans les départements de réaliser, avant de longues années, le bien qu'amènerait immédiatement une association générale des médecins de France;

4° Que dans la grande manifestation scientifique dont le retentissement émeut encore tous les membres de la famille médicale (l'inauguration de la statue de Bichat), il est impossible de ne pas voir une heureuse tendance vers le but généreux et confraternel que nous désirons tous atteindre;

5° Que l'Association des médecins de la Seine est une institution dont les services et la prospérité démontrent l'excellente organisation, et qu'il n'existe pas d'obstacles matériels à l'extension de cette association au corps médical de toute la France;

Déclarent adhérer au vœu des médecins du département de la Gironde qui demandent l'adjonction des médecins des départements à l'Association des médecins de la Seine, afin de former une Association générale des médecins de France.

Signatures.

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la *Gazette hebdomadaire* expirait le 30 septembre 1857, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 10 de ce mois, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 octobre courant.

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. | PARIS, 9 OCTOBRE 1857. | N° 41.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 8 octobre 1857.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE : ANÉVRYSMES POPLITÉS GUÉRIS PAR LA COMPRESSION A L'AIDE DES DOIGTS. — AMPUTATION DU PIED PAR LES PROCÉDÉS SYME ET PIROGOFF. — RUPTURE DE L'URÈTHRE. — INCISION COURBE DU PÉRINÉE. — CATHÉTÉRISME RÉTROGRADE. — REMARQUES SUR LA PUSTULE MALIGNE. — CAISSE DE RETRAITE DES PHARMACIENS. — ORGANISATION DE LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — RÉPRESSION DE L'EXERCICE ILLÉGAL.

La Société de chirurgie a entendu, dans ses dernières séances, diverses communications intéressantes de deux chirurgiens étrangers, MM. Vanzetti et Fabrizi. Le premier a présenté deux cas très remarquables de guérison d'anévrysmes poplités par la compression, dans lesquels le cours du sang a été interrompu dans l'artère fémorale par la simple pression des doigts, exécutée par six aides se relayant sans relâche. M. Fabrizi, de son côté, a rapporté de son dernier voyage en Angleterre des documents précieux sur l'amputation tibio-tarsienne (procédé de M. Syme), et sur une opération encore peu connue en France, et décrite par M. Pirogoff sous le nom d'*amputation tibio-tarsienne à lambeau ostéo-plastique*. Ces travaux sont renvoyés à l'examen de commissions. Nous les ferons connaître à nos lecteurs en temps opportun.

— Il y a quelques semaines, une discussion s'était élevée dans le sein de la Société relativement à l'hypospadias et aux fistules uréthrales. M. Demarquay, à ce propos, a montré un jeune homme dont l'urèthre avait été rompu à la suite d'une chute sur le périnée, et il a exposé sommairement une opération nouvelle qu'il a jugé à propos de pratiquer pour arriver à conduire une sonde à travers l'urèthre jusque dans la vessie.

Quatre jours après l'accident, qui avait lieu le 6 avril, le périnée était gonflé, et présentait d'une manière non équivoque les signes de l'infiltration d'urine. Plusieurs inci-

FEUILLETON.

LETTRE A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

Question de l'Association générale des médecins.

Mon cher confrère,

Le vent souffle aux associations médicales. Qu'il soit permis au plus humble de vos collaborateurs de revendiquer une place parmi les promoteurs d'une réforme qui, convenablement opérée, est susceptible de devenir féconde. Le premier peut-être, en 1843 et en 1846, j'en ai indiqué les bases ; mais songe-t-on à remonter aux antécédents, à rendre à César ce qui lui est dû, et à substituer à de vagues considérations une démonstration positive?

Chacun dit son mot sur la question ; combien peuvent se flatter de la comprendre ? D'où vient cette stérilité ? L'expression paraîtra rude et triviale, mais elle reflète toute ma pensée : « *On patauge dans l'impraticable.* » La difficulté tient encore au funeste usage de confondre les choses les plus disparates et de ne rien définir.

On a les yeux fixés sur l'association des médecins de Paris ; mais quelle est-elle? Un moyen de prévoyance mutuelle, pas davantage. Dans son mode actuel, son organisation est rationnelle et complète, son fonctionnement régulier. Pour qu'elle atteigne son summum d'action, il ne faut qu'indéfiniment accroître, avec le nombre des adhérents et des bienfaiteurs, la quotité des ressources. De Paris est venu l'exemple. Aux départements de l'imiter dans la plénitude de leur indépendance.

Relier entre elles ces fondations particulières serait une complication inutile ; on les dénaturerait surtout en étendant leur destination au-delà de la sphère nécessiteuse.

Plusieurs caressent l'illusion d'appuyer les associations sur les intérêts professionnels. A ceux-là, votre ironie fait un procès légitime. Leur plan va irrésistiblement aboutir, soit aux conseils médicaux, soit aux conseils de discipline, c'est-à-dire, ainsi que le prouvent mes écrits, à l'insuffisance ou au péril. Ne se trouvant ja-

sions furent pratiquées, et amenèrent du soulagement; mais lorsque le troisième jour on voulut changer la sonde, qui était depuis trois jours dans le canal, il fut impossible de retrouver le bout vésical de l'urèthre. On constatait, en mettant le doigt dans une des fistules du périnée, que l'urèthre avait été complétement divisé en travers, et que les deux bouts étaient distants de deux travers de doigt au moins. Les essais d'introduction de la sonde jusque dans la vessie ayant été maintes fois réitérés sans succès, M. Demarquay se décida, vingt-cinq jours (1er mai) après l'accident, à pratiquer l'opération suivante. Il fit une incision courbe au-devant de l'anus, comme s'il voulait pratiquer la taille latérale, en exagérant même cette incision, puis incisa couche par couche pour arriver sûrement dans le point où il espérait retrouver le bout profond de l'urèthre; cela fait, il exerça une traction sur la paroi antérieure du rectum, baissa de la sorte le col vésical, et fit uriner le malade. Il put alors introduire dans la vessie une sonde mince et flexible, qu'il fit sortir ensuite, sans peine, par le méat urinaire. La sonde à demeure fut renouvelée tous les huit jours, et au bout de quatre mois le jeune homme fut guéri. Pour prévenir le rétrécissement consécutif de l'urèthre, le malade ne doit uriner qu'avec le secours d'une sonde de gros calibre. Cette opération a paru assez insolite à certains membres de la Société, et quelques explications ont été demandées à M. Demarquay. L'interruption complète de l'urèthre dans l'étendue de 3 centimètres a paru tout d'abord fort extraordinaire, mais les affirmations de l'opérateur ont été formelles sur ce point. Puis on a demandé s'il n'était pas indiqué d'aller à la recherche du bout postérieur de l'urèthre en incisant le périnée sur la ligne médiane, sauf à diviser le bord antérieur de la prostate. M. Richet s'est conduit d'une manière analogue dans un cas, et il a réussi; il avait vu Lisfranc opérer plusieurs fois de cette façon, avec succès. Cette section médiane du périnée derrière le point rompu était fort en usage parmi les chirurgiens du siècle dernier; sans contredit, elle présente des difficultés, mais en revanche elle garantit mieux la réussite que l'incision courbe de M. Demarquay.

M. Michon a bien reconnu que l'opération était indispensable, puisqu'elle a été pratiquée; mais, a-t-il ajouté, il faudrait bien se garder d'ériger en règle une pareille conduite. Dans l'immense majorité des cas, avec du temps et des tâtonnements, on doit arriver dans la vessie sans être obligé d'opérer.

Nous avons nous-même pris part à cette discussion, et nous avons pensé que, en l'absence de toute rétention d'u... et de tout accident pressant, on aurait pu temporiser d... tage; car, en résumé, il y avait vingt jours à peine q... fistules étaient établies. Le tissu inodulaire aurait rapp... l'un de l'autre les deux bouts écartés du canal, et plus ... il eût été possible, sans doute, d'arriver dans le bout p... rieur en suivant le trajet d'une des fistules, devenu plus ... et plus direct. On aurait imité alors la conduite suivi... J.-L. Petit, Ledran et d'autres dans des cas sembl... c'est-à-dire qu'on aurait fait une sorte d'uréthrotomie m... Puisque M. Demarquay a réussi, disions-nous, nous ... félicitons, et nous considérons son opération comme u... source applicable en certains cas; mais avant de natur... en chirurgie, une innovation incertaine, il faut savoir ... procédés connus n'auraient pas été suffisants.

M. Demarquay ne nous paraît pas avoir détruit toutes ... objections qui lui ont été adressées par ses collègues.

— Les rétrécissements traumatiques étaient à l'or... jour. M. Voillemier a présenté, dans la séance suivante ... jeune homme qui, lui aussi, avait eu une déchirure de l'ur... après une chute sur le périnée. La rétention d'urine fit r... rir à la ponction hypogastrique, et c'est par cette voie ... ficielle que l'urine coula pendant deux mois et demi. A ... époque, le malade entra dans le service de M. Voillemier, qui essaya vainement d'arriver dans la vessie au moyen d... fine bougie, et se décida alors à employer le procédé ... vant : Le patient étant placé sur une table, comme pour ... ration de la taille, une sonde d'argent fut introduite par ... verture fistuleuse de l'hypogastre et engagée dans le ... la vessie, puis dans la portion postérieure de l'ur... jusqu'au point rétréci. Une incision fut pratiquée sur le ... périnéal, depuis la rainure des bourses jusqu'à 3 centi... de l'anus. Les tissus étaient indurés et criaient sous le ... pel comme du tissu de cicatrice. A une profondeur de 3 c... timètres et demi on rencontra la sonde métallique. Aussi... une sonde élastique n° 10, passée par le méat, fut ... jusque dans la vessie sans difficulté. La cicatrisation fut ... donnée à elle-même; elle s'effectua complétement, m... une fièvre typhoïde grave qui survint plus d'un mois ... l'opération, et qui suspendit pendant plus de deux mois ... marche de la plaie. Tant que dura cette complication, l'ur... sortait à la fois par le canal, par l'hypogastre ou par le p... rinée.

Nous avons beaucoup abrégé cette observation, qui rel... un point intéressant de médecine opératoire, c'est-à-dire ...

---

mais qu'en face de deux ou trois sujets de discussion toujours identiques, les réunions périraient bientôt faute d'aliment. Contre qui, d'ailleurs, seraient dressées ces batteries hostiles? L'État laisserait il, pour la répression de l'exercice illégal ou du charlatanisme, usurper les droits de la magistrature? Et sinon, croit-on que les juges, fauteurs eux-mêmes des abus médicaux, montreraient plus qu'aujourd'hui d'ardeur et de décision pour les détruire?

Une coalition contre les clients ne serait ni plus favorable, ni vraisemblablement plus tolérée. Les compagnies disciplinaires ont souvent opprimé leurs membres, sans jamais les enrichir, les améliorer ou les protéger. De même, on recueillerait des associations médicales juridiquement constituées plus de tracasseries que d'avantages.

L'égoïsme est un triste mobile d'édification. On s'afflige de ces appels incessants aux plus bas instincts, qui, dans les familles, objet de nos soins, tendent à nous montrer des rémunérateurs sans conscience ou des ingrats sans vergogne. Ces types, heureusement, sont exceptionnels, et il n'y aurait pas, de notre part, plus de justice à faire peser sur la masse, à cause d'eux, une outra... picion, qu'il n'y en aurait au public de réclamer contre ... poration des garanties spéciales, parce que quelques m... transforment un sacerdoce en industrie, et la plus noble des p... fessions en exploitation scandaleuse.

Nos maux accusent un vice d'organisation que n'extirperait ... cune répression. S'ensuit il que les associations doivent être a... données? Nullement; mais, sans leur demander des résu... ne peuvent naître que d'un changement essentiel dans nos ... tions médicales, il faut, approfondissant leur rôle, les étab... façon à en obtenir les bénéfices d'avance prévus.

Or, quelles assises leur donner? La logique nous a con... qu'il n'y en a pas de meilleures que celles de la science. ... terrain dominent, avec une précieuse égalité, les sentimen... vés, les impulsions généreuses, les rivalités bienfaisantes. Le ... esprit de confraternité, ascendant moral, découlerait par sui... comme d'une source naturelle.

En 1848, dans les conférences de l'École, on agita vivement ...

uréthrotomie pratiquée sur conducteur, dans une circonstance où d'ordinaire on en est tout à fait privé. En effet, lorsque le rétrécissement est infranchissable, lorsqu'aucun trajet fistuleux n'y conduit et qu'on se décide à fendre l'urèthre, on peut bien inciser ce canal *au-devant de l'obstacle*, en se guidant sur l'extrémité d'une sonde; mais, pour retrouver le *bout postérieur en arrière du rétrécissement*, il faut se résoudre à marcher à l'aventure, en se fiant à ses connaissances anatomiques, à son bonheur et à son sang-froid. Lorsqu'il y a rétention d'urine, la chose est singulièrement facilitée par la distension assez prononcée du bout postérieur de l'urèthre; mais si cette distension n'existe pas, la difficulté est grande, et nous avons vu, dans un cas semblable, un chirurgien de Paris renvoyer à son lit, après plus d'une demi-heure de recherches infructueuses, un jeune homme qui avait eu l'urèthre rompu au périnée quelques mois auparavant. Dans des cas de ce genre, qui ne sont pas très rares, et dont tous les chirurgiens, depuis Fr. Colot, ont reconnu les difficultés, le cathétérisme rétrograde, tel que l'a exécuté M. Voillemier, peut rendre des services signalés, et nous félicitons notre collègue d'y avoir pensé, et surtout d'avoir réussi. Deux questions accessoires restent à vider, celle de l'efficacité et celle de priorité. Jusqu'à quel point peut-on compter sur le succès de cette manœuvre? Et si la ponction hypogastrique n'avait été préalablement pratiquée d'urgence, comme c'était le cas dans l'observation précédente, serait-on autorisé à la faire dans le but unique de retrouver d'arrière en avant le bout postérieur? Nous ne le pensons pas. En effet, les renseignements que nous avons recueillis à cet égard, les tentatives de M. Sédillot dans un cas analogue, l'insuccès de ceux rappelé par M. Giraldès, démontrent que la réussite du cathétérisme rétrograde est extrêmement problématique. Placé dans les mêmes circonstances que M. Voillemier, nous agirions certainement comme lui, mais sans compter beaucoup sur le même bonheur.

Quant à la question de priorité, que nous ne voulons point discuter à fond, il y a à considérer l'*idée* du cathétérisme rétrograde et le *but* qu'on se proposait en l'employant. Sans remonter à Verduc, comme M. Sédillot semble le faire, la pensée d'entrer dans le canal par sa porte vésicale est ancienne. M. Voillemier l'a reconnu tout d'abord. Les observations de M. Chassaignac sont là, d'ailleurs, pour démontrer que, depuis plus de douze ans (1844), ce dernier chirurgien a mené à bien cette entreprise. Pour ce qui est du *but* particulier, c'est-à-dire l'uréthrotomie du bout postérieur sur conducteur, il faut reconnaître que M. Sédillot y avait songé. Seulement, il n'a pas réussi. Notre collègue M. Voillemier a été plus heureux; et s'il ne peut revendiquer l'invention, il aura contribué néanmoins à vulgariser une ressource qui n'est pas à dédaigner dans cette chirurgie difficile.

On trouvera d'ailleurs, dans l'observation de M. Voillemier, le moyen de faire parvenir sûrement dans la vessie, et de renouveler aisément les sondes qu'on laisse à demeure après la section du périnée. Nous n'y insistons pas, parce que chaque chirurgien adroit peut résoudre ce petit problème, sans décorer sa manœuvre du nom pompeux de *procédé nouveau*. Notre collègue a encore insisté sur un point intéressant de physiologie pathologique. Il a prouvé que, dans certaines opérations pratiquées sur la vessie par l'hypogastre, il s'établissait des adhérences entre la paroi abdominale et le réservoir urinaire, adhérences qui empêchaient ce dernier de se vider complétement dans la miction. Ce point nous paraît tout à fait nouveau.

AR. VERNEUIL.

Au sujet de la communication de M. Nélaton, relative au traitement de la pustule maligne par l'application de feuilles de noyer, le MONITEUR DES HÔPITAUX publie une lettre de M. le docteur Mougeot (de Bar sur-Aube), dans laquelle ce praticien, qui est fort au courant de la question pratique, invoque, contre les quatre cas allégués de guérison, la difficulté dont le diagnostic de cette maladie est souvent entouré, *même à la deuxième période*. Notre confrère pense qu'il a pu s'agir, dans ces cas, ou d'œdème charbonneux à forme bénigne, ou « d'un de ces œdèmes qui se développent.... après la piqûre de certaines mouches sur une partie du visage, piqûre souvent inaperçue, et qui, soit disposition particulière à la personne atteinte ou à la mouche elle-même, détermine avec une violence extrême *tous les accidents dont M. Raphaël a tracé le tableau, moins toutefois les plaques de gangrène humide.* » Selon lui, il n'y a qu'un moyen absolument certain de reconnaître la nature du mal: c'est d'inciser dans son plus grand diamètre le bouton suspect, pour reconnaître directement la nature des tissus traversés. Sur 11 cas où il avait cru pouvoir, sur le vu du bouton, affirmer l'existence d'une pustule maligne, six fois seulement son diagnostic fut confirmé par l'incision.

De notre côté, nous avons reçu de M. le docteur Bour-

---

question de l'association générale des médecins de France. Il ne s'agissait alors, comme aujourd'hui, que de former une sorte de ligue offensive et défensive. En vain, comme membre de la commission qui fut nommée à cet effet, m'efforçai-je de faire prévaloir le système contraire. Mon opinion resta sans écho; mais ce que je prédis advint, et le rapide avortement de l'entreprise montre assez le sort réservé à la nouvelle agitation, si l'on persiste à marcher dans la même ornière.

Outre une société de prévoyance, institution à part et facultative, chaque département, selon nous, devrait avoir sa société médicale exclusivement scientifique, dont, en vertu du diplôme, tout médecin serait tenu de faire partie. Sa tâche serait celle des corps savants: elle consisterait surtout, par la participation commune aux travaux, discussions et rapports, à vulgariser le savoir théorique et pratique. Un recueil, largement doté, servirait à la propagande complète des œuvres. Pas un fait, pas une idée ne passeraient inaperçus. Leur rayonnement même deviendrait également universel, en raison de l'échange respectif des bulletins entre les diverses associations: communion spontanée, cent fois supérieure aux relations qu'on voudrait cimenter par des prescriptions réglementaires.

La moralité monterait au niveau de la science. En s'habituant à se voir et à se lire, on apprendrait à se connaître et à s'estimer. Le besoin d'approbation, frein pour les écarts, excitant pour le zèle, atteindrait dans sa racine le charlatanisme intrinsèque à notre corporation. Il frapperait encore, quoique insensiblement, celui du dehors; car les services incessamment rendus aux malades par la guérison d'une foule de petits maux trop souvent négligés, et la fixation plus constante d'une confiance irrésolue, enlèveraient aux rebouteurs et aux médicastres le plus fort contingent de leur clientèle. Il appartient aux praticiens de se sauvegarder eux-mêmes. Durant un exercice de neuf années en province, grâce à un ferme vouloir, je n'avais pas tardé à refouler hors de mes limites les trafiquants de recettes dont la circonscription était infestée. Ainsi, sans coaction, sans lutte, serait dépassé pour chacun le but le plus élevé de nos désirs.

geois (d'Étampes), dont le nom a été si souvent prononcé dans la discussion académique, une communication importante dont nous publions ci-après la première partie. On verra que ce praticien distingué, qui a vu des centaines de pustules malignes, ne paraît pas mettre en doute l'existence de cette affection dans les cas rapportés par M. Raphaël, mais que, à ses yeux, l'apparente efficacité des applications de feuilles de noyer tient uniquement à ce que la pustule dite maligne est loin d'être aussi constamment grave qu'on le croit généralement. Nous avions nous-même fait entrer cette considération dans nos motifs de réserve.

Voici le travail de M. Bourgeois: A. D.

« A la suite de l'observation de pustule maligne guérie par l'application de feuilles fraîches de noyer, publiée par M. le docteur Raphaël, de Provins, dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, une polémique s'est élevée dans ce journal, et j'ai cru devoir y prendre part pour discuter, non pas la véracité du diagnostic porté par notre honorable confrère (il est d'ailleurs bien difficile de méconnaître la pustule maligne lorsqu'elle a pris le développement qu'elle offrait chez le premier malade de M. Raphaël), mais sur la confiance qu'on doit accorder, suivant moi, à l'efficacité d'un moyen fort innocent, je pense, mais qui pourrait devenir terrible par sa nullité.

Aujourd'hui la question a été présentée sur un théâtre plus élevé. M. le professeur Nélaton, avec son imposante autorité, est venu exposer devant l'Académie l'histoire de quatre nouveaux cas de charbon guéris de la même manière, qui me paraissent bien authentiques, bien que M. Robert n'y ait pas trouvé tous les caractères que présente ce genre de mal, les traînées d'angioleucite, par exemple, qui sont, il faut le dire, bien fréquentes, mais qui manquent souvent aussi. Le savant professeur, sans encore être entièrement convaincu, paraît fort disposé à croire à l'efficacité de ce singulier remède, qui aurait d'ailleurs réussi quarante fois entre les mains de M. Pomayrol, qui pratique dans le midi de la France. Il faut avouer que voilà des faits capables de faire une certaine impression; et pourtant je persiste à ne voir dans les exemples cités — je ne parle pas de ceux de notre confrère méridional, qui ne sont probablement pas d'une nature tout à fait identique, — je persiste, dis-je, à ne voir dans les quatre faits du médecin de Provins qu'une simple guérison spontanée; d'autant mieux qu'ils ont été observés dans un laps de temps très court, et qu'il en est des maladies charbonneuses comme de beaucoup d'autres, qui présentent, qu'on me passe cette expression, des veines bonnes ou mauvaises. J'ajoute [illegible] que le charbon, que j'ai, ainsi que mes confrères, [illegible] en assez grand nombre cet été, a fait cette année be[illegible] moins de victimes, toutes choses égales d'ailleurs.

Dans le mémoire que j'ai publié en 1843 dans les ARCHIVES DE MÉDECINE, je disais, à propos du pronostic : « L'opini[on] vulgaire, dans les pays où règne la pustule maligne, est [illegible] cette affection non soignée entraîne nécessairement la [illegible]. Cette opinion n'est pas généralement exacte, comme [illegible] l'avons vu; mais on doit reconnaître qu'elle est mortelle [illegible] l'immense majorité des cas. Le pronostic de la pustule ma[-]ligne doit être considéré comme généralement grave. » L'expérience ultérieure n'a fait que corroborer en moi cette manière de voir. J'ai depuis cette époque constaté bien [illegible] qu'un certain nombre de malades étaient arrivés à la pér[iode] réactive ou à celle de déclin sans avoir fait autre ch[ose] [illegible] des applications émollientes ou résolutives pouvant [illegible] de pair avec les feuilles de noyer, et auxquelles on p[ourrait] tout aussi bien attribuer la guérison qu'à ces dernières [illegible] suis convaincu que, si la crainte de la maladie n'éta[it] [illegible] aussi grande dans nos contrées, on verrait beaucoup plus [illegible] ces guérisons spontanées. Sans doute, en réfléchissant q[ue] [illegible] pustule maligne, comme je le dirai plus bas, procède d'[une] affection charbonneuse générale des herbivores, pr[es]sant toujours mortelle, on serait disposé, *à priori*, à penser que l'empoisonnement communiqué doit être également [fa]tal; mais les choses se passent autrement chez l'homme : c'est du dehors en dedans que le toxique agit, et l'organisme a toute sa force pour lutter contre lui, tandis que, dans le premier cas, il est tout de suite, si je puis parler ainsi, maître de la place.

Il y a en thérapeutique deux voies à suivre, celle de la raison et celle de l'expérience, expérience qui est presque toujours le fait du pur hasard. Cette dernière doit assurément être le plus souvent consultée; mais le bon sens a également ses droits. Ainsi, de ce qu'un malade guérira du tétanos en [a]vant quelque chose équivalant à de l'eau claire, — ce [qui] s'est vu, — dira-t-on que c'est le remède qui l'a guéri d'une [si] terrible affection? Tous ceux qui ont eu la patience de [lire] les anciens traités de médecine, ou mieux de pharmacie, savent quel ridicule fatras de remèdes on y rencontre : [l'eau] distillée du cerveau d'un pauvre pendu, la corne râpée [illegible] corne, la râpure de crâne humain, et tant d'autres substances de cette espèce. On guérissait cependant un certain nombre de malades à l'aide de ces soi disant agents médicaux. En

---

Ces données sont si palpables, qu'on s'étonne de leur trouver des contradicteurs. Tiendrait-on pour attentatoire l'obligation d'être membre? Mais cette contrainte n'aurait rien que d'honorable, la fin étant de grandir le sociétaire au profit de l'humanité. Elle est d'ailleurs la condition *sine qua non* de la formation et du maintien des associations. Il faut ou l'admettre, ou renoncer au projet dont on s'occupe.

Si les sociétés d'arrondissement ont à Paris tant de peine à s'établir, à quels obstacles se heurteraient celles des départements, où les praticiens, éloignés pour la plupart des centres populeux, et peu habitués au commerce scientifique, consument leur vie dans des courses continuelles! Parvînt-on à en fonder quelques-unes, que le relâchement, par des motifs plus ou moins spécieux, ferait promptement le vide des séances! Seule, l'autorité d'un devoir impérieux est capable de neutraliser les oppositions et de conjurer l'indolence.

Peut-être se récriera-t-on, mon cher confrère, sur l'indignité de certains médecins. Ce cas, prévu par les statuts, constitue une cause d'exclusion dans la plupart des sociétés. Nous ne pen[-]sons pas, néanmoins, qu'une telle considération doive ici [pré]valoir. A nos yeux, le personnel médical ne motive point ce [pu]ritanisme. Puis, ne vaudrait-il pas mieux attirer que proscrire? Combien qu'une sage indulgence ramènerait ou retiendrait [illegible] les voies du respect, et qui, bravant un rigorisme imprudent, [se] feraient un refuge de leur honte même! Enfin, n'aurait-on pas à craindre de grossir le nombre des dissidents par des enquêtes [in]jurieuses; ce qui, en scindant la famille médicale, ajouterait [sur]tout aux réalités du mal le scandale de la désunion? En fait [de] moralité, d'ailleurs, les susceptibilités sont chatouilleuses : [la pas]sion se substitue souvent à l'équité. Tendons plutôt à la [illegible] une main propice. L'improbité et l'audace trouveront une [illegible] sante expiation dans un isolement significatif.

Jésus rapportait la brebis égarée; ne lui fermons pas l'entrée du bercail.

Toutefois, je ne m'affole point de mon idée. Un philosophe prouvait le mouvement en marchant. Si, en dépit de mes prévisions

bien, je crains fort, malgré le haut patronage dont elle vient d'être honorée, que la feuille de noyer ne vaille guère mieux.

Un de nos confrères, écrivain distingué, le docteur Amédée Joux, qui a pratiqué en Beauce et habite maintenant la Brie, a, dans la polémique dont j'ai parlé en commençant, prétendu que la pustule maligne était une maladie peu connue. Cette assertion est vraie, si elle regarde les médecins des grandes villes, et surtout de Paris, qui n'ont guère étudié que le mémoire d'Énault et Chaussier, où la description de la pustule maligne était, pour le temps, un progrès, mais donnait plutôt le *roman historique*, qu'on me pardonne cette expression, que l'histoire vraie de la maladie.

Aujourd'hui la connaissance de cette insidieuse affection est aussi avancée que celle de la plupart des autres espèces morbides; mais, il faut le dire, elle n'est bien connue que de ceux qui vivent dans les localités où on la rencontre fréquemment; ailleurs on ne se rappelle guère que son nom, et on la méconnaîtrait à coup sûr, absolument comme les affections originaires des climats lointains dont le nom parvient quelquefois à nos oreilles, mais dont la symptomatologie s'efface de notre esprit, faute de l'avoir observée directement; car les sens ont bien plus de mémoire que l'intelligence.

La pustule maligne reconnaît évidemment pour origine une cause *géologique*: c'est dans le sol qu'elle naît, mais elle ne nous est transmise qu'indirectement; il faut que son principe ait été élaboré par l'organisme des animaux herbivores, ruminants, solipèdes, rongeurs. Ainsi que je l'ai, je crois, le premier signalé, le sol qui paraît le plus propre à la développer est celui de nature calcaire; ce n'est cependant pas la cause unique, puisqu'il y a beaucoup de contrées de terrain calcaire où elle est inconnue; mais enfin cette circonstance joue un rôle important. Aussi notre Beauce à sol et à sous-sol tout calcaire est-elle, des pays voisins de Paris, celui où on l'observe en plus grande quantité. On la voit aussi en Brie, quoique bien moins communément; pourtant le sol en est presque partout argileux; mais on y marne beaucoup, et de plus un très grand nombre de ses moutons viennent de nos pays avec le germe de la maladie.

Le marnage est une cause si évidente de la maladie charbonneuse, que, depuis qu'on commence à marner beaucoup en Sologne, l'affection charbonneuse gagne les animaux, l'espèce ovine notamment.

Les années sèches, comme celles dans laquelle nous sommes, sont bien plus fécondes en *maladie de sang* que celles qui sont humides, contrairement à l'assertion d'Énault et Chaussier, qui prétendaient que dans les pays marécageux et dans les saisons humides le charbon était beaucoup plus commun. Cette assertion est tellement éloignée de la vérité, que nos cultivateurs, pour éviter la perte des bestiaux par le *sang* (perte qui est la ruine d'un certain nombre d'entre eux, et qui dépréciera même la valeur locative des fermes de Beauce, tant qu'on n'aura pas trouvé le remède préservatif); que nos cultivateurs, dis-je, envoient leurs troupeaux paître au loin dans les prairies naturelles, et que ceux qui habitent nos petites vallées en perdent beaucoup moins que ceux des plaines, lorsque cette sorte de migration a lieu d'assez bonne heure. Si la migration est trop tardive, bien que les bêtes ne paraissent pas malades, il en succombe beaucoup encore, parce que *le sang* était en incubation.

Si on laissait par trop longtemps ces animaux sur les prés, ils prendraient bientôt une affection qui en est l'antipode, si je puis parler ainsi : je veux dire la cachexie aqueuse, que nous ne connaissons guère chez nous, mais qui est extrêmement connue dans les contrées à sol argileux et argilo-siliceux, comme la Brie et la Sologne.

Toutes les parties des animaux malades peuvent transmettre à l'homme le principe de la pustule maligne, et toujours après la mort de celui-ci : ainsi le sang, les chairs, la graisse, les crins, le poil, etc. Ce sont quelquefois des insectes qui en sont l'agent de transmission; spécialement les mouches, non pas ordinairement en piquant, comme on l'a pensé, mais en apportant sur la peau une certaine quantité de virus septique. Il est cependant quelques mouches qui l'inoculent par piqûre. Je l'ai vue produite par ce qu'on appelle la *tique*, ou ricin. L'inoculation peut avoir lieu sans que l'épiderme soit enlevé, contrairement à l'assertion de M. Renault; seulement, elle est facilitée par cette circonstance. Sans doute, on peut manier bien longtemps des débris d'animaux morts du *sang* sans contracter le charbon, mais il arrive presque toujours qu'au bout d'un certain temps le venin finit par pénétrer. Sur plus de sept cents cas de pustules malignes que j'ai été à même d'observer, je ne pense pas en avoir vu plus d'une centaine où l'érosion de l'épiderme ait eu lieu.

Chose singulière, il n'est pas toujours nécessaire que l'animal qui donne la pustule maligne soit malade, au moins en apparence. J'ai vu très souvent des personnes qui n'avaient pu la contracter que chez eux en être atteintes pour avoir pansé des plaies simples chez des animaux sains

---

Grâce à un entraînement inattendu, la France se couvre d'un réseau d'associations médicales libres et prospères, je ne serai pas un des derniers à saluer la réussite. Malheureusement, depuis nombre d'années nous assistons au prologue, sans voir commencer la pièce.

Quelque aide d'en haut ne serait pas, du moins, nuisible. Une simple création, émanée du pouvoir, a plus fait pour nos associations que tous nos discours. Il existait dans plusieurs départements des comités de salubrité parfaitement stériles. Les trois ou quatre membres qui les composaient, sans aptitude spéciale, se contentaient du titre et délaissaient des fonctions indéfinies. A ces institutions débiles l'État a substitué des germes plus vivaces, par l'organisation, dans chaque arrondissement, de conseils d'hygiène où sont convoqués sans distinction tous les médecins, vétérinaires et pharmaciens de bonne volonté.

Dans un compte rendu des premiers travaux accomplis par ceux de l'Eure, nous avons dit l'avenir auquel ces conseils pouvaient prétendre, s'ils étaient sérieusement protégés. Que faudrait il pour les métamorphoser en sociétés complètes? Étendre leurs attributions, fixer leurs programmes, rapprocher les réunions, et surtout encourager les efforts par des jetons de présence, des fondations de prix et une publication assurée. Le nerf de la guerre est aussi le nerf de la science....

La solution tient à un fil. Dès à présent les associations médicales sont toutes formées, et l'autorité peut à son gré leur donner vie par un patronage officieux et de légers sacrifices, que compenseraient au centuple de multiples avantages.

Quant à attendre de nos confrères un assentiment spontané, l'expérience a fait de cet espoir une utopie. On compte environ dix-huit cents médecins à Paris : cinq cents à peine font partie de l'association. L'excitation, pourtant, n'a pas manqué : interventions puissantes, larges libéralités, appui actif de la presse, tout a fortement concouru à la propagande d'une institution notoirement digne de sympathies, et qui, en échange de bienfaits positifs, n'oblige, sauf une cotisation minime, qu'à la simple formalité de se faire inscrire. Mais tel est l'homme, rebelle aux plus salutaires in-

en apparence; il faut dire que ce sont des cas exceptionnels.

L'usage de la chair des animaux atteints de maladies de sang peut-il donner lieu à des pustules malignes? C'est peu probable, bien qu'on ait dit qu'il se développe alors des pustules internes. Ces dernières lésions sont très probablement de toute autre nature. J'ai vu bien souvent des peaux de lièvre, de lapin, donner le charbon à ceux qui les maniaient, sans avoir jamais entendu dire que la chair de ces animaux eût occasionné d'accidents; il en est de même des juments que l'improbité de certains bouchers fait consommer par les habitants, alors qu'eux-mêmes, en les dépeçant, ont contracté la pustule maligne, ainsi que je l'ai observé plusieurs fois.

On a dit encore que l'inoculation de l'affection charbonneuse pouvait avoir lieu sur les muqueuses : je ne le nie pas absolument, mais je ne l'ai jamais vu. »

(La suite à un prochain numéro.)

Docteur Bourgeois (d'Étampes).

Le corps des pharmaciens est fortement préoccupé en ce moment de la création d'une *caisse de retraite*, qu'il ne faut pas confondre avec une *caisse de secours*, et qui rencontre ici des chances particulières de réussite. En effet, la *Pharmacie centrale de France*, dont la gestion est confiée à M. Dorvault et à laquelle serait reliée la nouvelle institution, serait tout à la fois une garantie pour les fonds versés et un moyen de les faire fructifier.

Cette question de la caisse de retraite avait été mise au concours il y a trois ans. Dans l'assemblée générale du 14 août dernier, présidée par M. Schaeuffele, le rapport sur les mémoires envoyés a été fait par M. Viguier au nom du conseil de surveillance : deux mémoires ont été couronnés. Dans l'un, il est proposé de baser l'*assurance* sur une prise d'actions de la pharmacie centrale en nombre suffisant *pour représenter la valeur du capital nécessaire à l'assurance*. L'autre projet n'admet pas de *retraite fixe*, n'oblige pas à une souscription d'actions, et laisse chacun libre de déterminer l'importance de ses versements. Le conseil conclut que *personne n'a encore atteint le but proposé*, mais que la question est aujourd'hui *assez élucidée pour qu'une commission puisse arrêter les statuts de l'institution*. Les auteurs récompensés sont MM. Sarrazin et Favrot.

— On parle aussi d'un *projet d'organisation* de la *médecine vétérinaire en France*. Cette nouveauté a fait sa première apparition dans le Constitutionnel; mais, comme on ne sait encore d'où vient ce projet, malgré les hautes accointances qu'il essaie de se donner, nous nous contentons de le mentionner, en invitant ceux qui voudraient en connaître les défauts à consulter l'article dont a été l'objet de la part de M. H. Boulley dans le Recueil de médecine vétérinaire.

— Disons enfin que l'*Association du Rhône* a reçu réponse circulaire par laquelle elle engageait toutes les associations de France à tenter, comme elle, la répression de l'exercice illégal de la médecine par les poursuites judiciaires. Huit associations ont adopté et se proposent d'appliquer, ou même avaient appliqué avant l'*Association du Rhône*, le principe de la répression. Une association, après avoir essayé du système, y a renoncé; trois autres ont déclaré ne pouvoir l'adopter (l'Association de la Seine s'est fondée, comme nous l'avions prévu, sur ses statuts).

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Des applications de l'électricité a la médecine, par M. A. Masson, professeur de physique au lycée Louis-le-Grand, et agrégé de la faculté des sciences.

Deuxième article. — Voir le numéro 37.

Première période.

Dans son *Traité complet d'électricité*, publié en 1785, Tibère Cavallo donne un résumé de son essai sur l'électricité médicale. Il expose tous les modes en usage alors pour traiter les malades par l'électricité.

1° *Électrisation par la machine électrique ordinaire.* — Le malade est mis en communication directe avec la machine, et le courant électrique le traverse pour se rendre dans le sol. On réussit mieux en isolant le malade sur un tabouret à pieds de verre. Dans le premier cas, le corps étant le conducteur de l'électricité, la tension du courant est trop faible pour produire des effets sensibles. Dans le second, le malade fait partie du conducteur de la machine, et il se charge d'électricité qui s'échappe par diverses parties du corps. Cet état électrique particulier peut exercer sur l'économie animale quelque action mal étudiée et mal définie jusqu'à présent. Peut-être augmente-t-il la transpiration, comme on l'a supposé. Ce moyen mérite certainement l'attention des médecins qui devront employer des machines électriques puissantes.

2° *Électrisation par des pointes.* — Par une pointe me...

---

novations, si l'assujettissement ne triomphe de ses préjugés. Est-il mesure plus sage que la pension de retraite? Elle serait encore à établir, s'il eût fallu l'adhésion des fonctionnaires intéressés. Combien murmurent contre ces retenues prévoyantes et pieuses destinées à garantir le pain de leur vieillesse !

Donc, qui veut la fin doit vouloir aussi les moyens. Accident d'un ordre social imparfait, la misère appelle comme contre-poids l'assurance mutuelle. Mais là n'est pas tout l'horizon pour les gens de cœur. On use d'un droit en se garantissant d'un mal ; il y a devoir et raison à s'associer pour le progrès. Que le cultivateur assure son champ contre la grêle et l'incendie , c'est une louable prudence. Sera-t-il moins bien avisé , si , s'agrégeant à un institut agricole, il demande à des notions expérimentales et théoriques le développement rationnel de ses ressources, la multiplication de ses produits? Pourquoi ce qui se pratique utilement en vue des pertes possibles ne se ferait-il pas à l'égard du gain à réaliser? On commence à entrevoir l'aurore de cette révolution. Le perfectionnement scientifique, fruit du rapprochement des personnes, du contact des idées, de la confraternité des aspirations, représente également pour le médecin ornement, profit, richesse. Ce but doit être l'idéal suprême. Seulement , je le répète, une organisation vraiment conforme à ce besoin supérieur exige certaines conditions en dehors desquelles les édificateurs de programmes subiront à perpétuité le rôle de Sisyphe.

Delasiauve.

Un médecin , autrefois agrégé à l'une des Facultés de médecine de France, et qui s'était voué à l'homœopathie, vient de se donner la mort par suspension. On a trouvé ouverte sur sa table de nuit une lettre qui lui avait été adressée, en 1854, par M. Manec jeune, auteur d'une brochure contre l'homœopathie. Singulière coïncidence !

tallique et quelquefois de bois, fixée sur une machine électrique, on dirige le courant sur la partie qu'on veut électriser. Ce courant, plus intense que précédemment, peut être appliqué de deux manières. A l'extrémité de la pointe, on aperçoit une aigrette lumineuse formée par une série de petites étincelles, garnie d'une partie obscure fortement électrisée. On peut placer le malade dans l'aigrette ou en dehors. L'air électrisé est repoussé par la pointe et forme un courant qui peut encore favoriser l'évaporation cutanée.

3° *Électrisation par étincelles isolées et multiples.* — L'individu soumis à l'électrisation communique au sol et reçoit directement sur la partie malade les étincelles qui jaillissent de la machine électrique. A chaque décharge il éprouve des commotions plus ou moins fortes qui se font principalement sentir aux parties extrêmes, c'est-à-dire aux pieds qui touchent le sol et aux points qui reçoivent l'étincelle, la tension étant toujours plus forte au niveau des changements de conducteur qu'en tout autre point.

L'étincelle électrique n'excite pas seulement des commotions; elle agit très probablement aussi par sa chaleur propre, et provoque une inflammation locale et cutanée ; elle rubéfie la peau et engendre même des eschares (1).

Les brosses électriques métalliques donnent naissance à une multitude de petites étincelles qui constituent un excitant local assez énergique.

Le malade étant placé sur un tabouret isolant, et mis en communication directe avec la machine électrique, on peut encore l'électriser en tirant des étincelles de toutes les parties du corps, ou seulement des parties malades.

J'ai guéri par ce moyen, il y a vingt-cinq ans, une paralysie déjà ancienne de la main droite survenue par compression du bras.

4° *Électrisation par la bouteille de Leyde.* — On peut décharger une bouteille de Leyde en faisant passer le courant par tout le corps ou seulement par une partie; ce qui constitue l'électrisation localisée, aussi ancienne que les applications de l'électricité.

Le meilleur appareil qu'on puisse disposer pour électriser par la bouteille de Leyde est, sans contredit, l'électromètre de Lane, ou un appareil analogue.

Voici celui que je proposerai, parce qu'il permet de modifier à volonté les dimensions du condensateur.

On trouvera le dessin de cet appareil dans mon cinquième mémoire sur la photométrie électrique (*Ann. de phys. et de chim.*, 3e série, t. XXXI).

Il se compose d'un électromètre vertical et d'une bouteille de Leyde posée sur un support métallique. Les dimensions de cette bouteille peuvent varier à la volonté de l'expérimentateur. La partie qu'on veut électriser est placée dans la portion du circuit qui va de l'armure extérieure de la bouteille au pied de l'électro-micromètre.

Lorsque le condensateur électrique sera assez chargé pour que l'explosion se fasse dans la couche d'air qui sépare les deux boules polaires de l'électro-micromètre, il y aura décharge à travers et par la partie malade, et l'on obtiendra tous les effets des courants internes et à haute tension. Voici ces effets :

Chaque étincelle ou décharge du condensateur donne une commotion et fait naître une contraction musculaire qui peut animer tout le muscle placé dans le circuit.

Généralement la secousse ne se manifestera qu'à une petite distance des points de contact du muscle et des conducteurs. La décharge d'une bouteille de Leyde, à cause de son instantanéité, n'occasionnera aucun des phénomènes dangereux qui sont propres aux courants continus.

On n'aura pas à craindre les décompositions chimiques, les inflammations des points touchés par les conducteurs, et l'échauffement des tissus. Mais le courant, quoique instantané, peut, en raison de sa tension, affecter les surfaces au delà des points choisis comme limites et exciter des muscles réservés.

L'intensité du courant et sa force impulsive peuvent énerver promptement le système nerveux, et, dans ce cas, l'électricité devient nuisible. Avec l'appareil de Lane, les chocs ne se succèdent pas assez rapidement pour produire des contractions ménagées, assimilables aux contractions naturelles.

Malgré ses imperfections, le procédé que je viens de décrire me paraît le meilleur lorsqu'on veut employer l'électricité des machines, et je prouverai plus loin qu'avec les appareils d'induction, tels qu'ils sont généralement construits, on ne produit souvent pas d'autres effets qu'avec l'électromètre.

L'insuccès de ces appareils tient donc, dans la plupart des cas, à la manière de s'en servir.

Deuxième période. — *Des courants voltaïques.*

La tension des courants voltaïques est toujours très faible, et leur action se concentre sur les parties mises en contact avec les conducteurs; pour obtenir quelques effets, il faut augmenter la surface des pôles. Si vous prenez avec deux doigts de chaque main les extrémités des fils qui forment le circuit d'une pile de Volta, vous obtiendrez de très faibles commotions aux points de contact, au moment où vous établirez et au moment où vous romprez le courant; mais les effets seront bien plus énergiques si vous placez les deux mains dans deux vases pleins d'eau salée dans lesquels plongeront les pôles de la pile. Dans tous les cas, les effets seront nuls pendant le passage du courant; cela tient à ce que l'électricité arrive à son maximum de tension quand on ferme ou quand on ouvre le circuit. Quand le courant est fermé par une partie conductrice, telle que le corps humain, la pile parvient seulement à la tension nécessaire, toujours très faible, pour vaincre la résistance du circuit, et le courant ne provoque aucune contraction. Avec des piles puissantes, on obtient bien des effets pendant le passage du courant, mais ces effets sont très redoutables; ce que j'ai appris par une expérience malheureuse. C'est alors qu'on voit, avec des secousses insoutenables, les brûlures de la peau, l'échauffement des tissus, la décomposition chimique, etc. Dans ces conditions, l'électricité n'est pas applicable.

Les piles voltaïques agissent par la quantité d'électricité qu'elles engendrent ou par sa tension, souvent par les deux. En médecine, il faut plutôt rechercher la tension que la quantité. Les piles de Volta, celles qu'on nomme à *couronne de tasses*, les piles à auges, ont été principalement employées; elles ont l'inconvénient de ne fonctionner que pendant un temps assez court.

Les piles à courant constant produisent beaucoup d'électricité ; on pourrait augmenter le nombre des éléments et diminuer les dimensions des couples, mais alors leur usage deviendrait fort difficile. Avec des piles à grande surface, des piles à effet constant formées de nombreux éléments à

(1) Roslan, *Dictionnaire de médecine*, t. X, p. 25, ann. 1824, art. Galvanisme.

petites dimensions, on peut avoir beaucoup de tension et peu de quantité dans l'électricité du courant, et l'on parviendrait peut-être à obtenir de bons effets au moyen d'un interrupteur convenable. Je dois dire cependant que malgré la succession rapide des commotions, chaque décharge partielle ne serait pas assez instantanée, et l'on pourrait craindre les effets des courants continus des piles.

L'usage de l'électro-puncture ne me paraît pas heureux. Les contractions musculaires, dans ce procédé, sont très faibles, et les tissus ou les liquides souvent désorganisés. On ne peut vraiment rien conclure des expériences faites avec des piles à effet variable, et l'électro-puncture et les procédés anciens sont, à mon avis, préférables aux procédés de cette seconde période.

Troisième période. — *Des appareils d'induction.*

Quelques notions sur l'induction me paraissent nécessaires, et doivent précéder l'examen des divers appareils qui ont été proposés pour le traitement électrique des malades.

La nature et le mode d'action des courants induits ont été mal compris par beaucoup de constructeurs dont le but principal était tout mercantile.

1° *Induction par les courants.* — Je prends deux fils de cuivre de même longueur, 40 ou 50 mètres, et d'un demi millimètre de diamètre. Ces fils sont enveloppés de soie pour éviter tout contact métallique. Je les enroule parallèlement sur un cylindre de bois creux de 15 centimètres de long sur 5 à 6 centimètres de diamètre intérieur. Deux cercles de bois terminent ce cylindre et maintiennent le fil qui forme alors une bobine cylindrique.

Les deux extrémités d'un des fils, que je désignerai par A et que je nommerai *fil inducteur*, sont mises en communication avec une pile composée de deux ou trois éléments de Bunsen. Les deux extrémités du second fil indiqué par B, et appelé *fil induit*, sont reliées à un galvanomètre avec le fil duquel il forme un circuit fermé. Voici maintenant en quoi consiste le phénomène d'induction. A l'instant où l'on ferme le circuit de la pile pour former un courant dans le fil inducteur A, on produit un courant dans le fil induit B, et l'aiguille du galvanomètre est d'abord fortement déviée. Peu à peu elle revient dans sa position d'équilibre, malgré l'existence du courant dans le fil A. Ce mouvement de l'aiguille et sa direction indiquent qu'un courant, que nous appellerons *courant induit*, a été engendré dans le fil B; que ce courant est instantané, et qu'il va en sens contraire à celui du courant de la pile ou courant inducteur. Si maintenant nous supprimons le courant de la pile, en interrompant son circuit en un point quelconque, nous produirons dans B un nouveau courant induit instantané et de signe contraire au premier.

Toute variation dans l'intensité du courant inducteur produira un courant induit de même signe que le courant de la pile, si l'intensité diminue, et de signe contraire, si l'intensité augmente.

Supprimons maintenant le galvanomètre; saisissons dans les mains les deux extrémités du courant induit, dont nous augmenterons les surfaces par des cylindres de métal; nous n'obtiendrons aucune commotion, parce que, dans les conditions où se trouve l'appareil, le courant induit a trop peu de tension; mais si au corps humain nous substituons une grenouille convenablement préparée, on verra cet animal fortement secoué à chaque interruption ou fermeture du circuit de la pile.

2° *Induction par les aimants.* — Le fil induit B est réuni au rhéomètre et le fil inducteur A a ses deux extrémités libres, et par conséquent il est sans utilité dans l'expérience actuelle. Plongeons rapidement un barreau aimanté dans l'intérieur de la bobine, nous voyons à l'instant qu'un courant induit est produit dans le fil B. L'aiguille aimantée fortement déviée revient à sa position d'équilibre, malgré la présence de l'aimant dans la bobine. Retirons vivement l'aimant, nous aurons un nouveau courant induit instantané de signe contraire au premier. Le barreau aimanté doit être assez long pour que le tiers de sa longueur seulement plonge dans l'hélice.

Conformément à la théorie d'Ampère, les aimants agissent comme des systèmes de courants fermés circulant autour des molécules magnétiques et sont à peu près tous perpendiculaires à l'axe du barreau.

L'induction magnétique n'est donc, à l'aide de cette hypothèse, qu'un cas particulier de l'induction voltaïque. Pour reconnaître le sens que doit avoir le courant induit, il faut retenir les principes suivants :

On admet qu'un courant voltaïque marche extérieurement à la pile, du pôle positif ou zinc au pôle négatif ou cuivre.

Plaçons la main droite dans le courant de la pile de manière qu'il entre par la paume de la main et sorte par les doigts en suivant la direction du méridien magnétique : toute aiguille aimantée, mobile sur un axe vertical, et vue par la paume de la main, se déviera de manière que son pôle austral, c'est-à-dire celui qui se tourne naturellement vers le nord, vienne vers le pouce. La déviation changera donc de signe suivant que le courant électrique sera au-dessus ou au-dessous de l'aiguille aimantée. Si nous saisissons un barreau aimanté dans la main droite en plaçant le pôle austral vers le pouce, les courants de ce barreau entreront par la paume de la main et sortiront par les doigts. Ces courants agissant comme ceux de l'hélice dans l'expérience du paragraphe précédent, il est facile de reconnaître le sens des courants induits.

Comme cas particuliers de l'induction magnétique, je citerai les suivants :

Je place dans l'hélice un cylindre de fer doux, qui ne produit aucune action ; mais si je l'aimante en approchant le pôle d'un aimant, je produis un courant induit; si je le désaimante en supprimant l'action de l'aimant, je produis un courant induit inverse du précédent.

Dans le premier cas, je fais naître dans le fer doux des courants parallèles aux spires de l'hélice ; dans le second cas, je les supprime, et les effets doivent être identiques avec ceux que j'obtiens par les courants des piles.

Voici un second cas d'induction magnétique. Je prends un fort aimant en fer à cheval; ses deux pôles sont entourés d'un fil disposé de telle sorte que, si l'aimant était redressé, ce fil tournerait toujours dans le même sens. Les deux extrémités de ce fil sont réunies à un galvanomètre. Si des pôles de l'aimant j'approche un contact en fer doux, je produis un courant induit, inverse de celui qui prend naissance quand on éloigne le contact.

On obtient les mêmes effets si l'on place le contact près des pôles de l'aimant et si on le fait tourner autour d'un axe parallèle aux branches du fer à cheval.

L'action du fer doux sur l'aimant au moment où il s'approche de ses pôles diminue celle que les courants de cet aimant exercent sur le fil qui l'entoure, ce qui produit un courant induit de même signe que ceux de l'aimant. Quant

le contact s'éloigne, l'aimant agit avec toute sa puissance sur le fil induit, et nous voyons apparaître un courant induit inverse du premier.

L'appareil de Pixii a pour principe le premier des deux faits que je viens d'exposer. Il est formé d'un électro-aimant en fer à cheval, près duquel tourne un fort aimant disposé aussi en fer à cheval. Ces deux aimants sont placés sur un même axe et leurs pôles sont en regard. Si nous mettons en mouvement l'aimant permanent, il produira un courant induit dans le fil de l'électro-aimant chaque fois que par sa présence il aimantera le fer doux de celui-ci, et un courant inverse prendra naissance quand le fer doux cessera d'être magnétique par l'éloignement des pôles de l'aimant. La même extrémité de l'électro-aimant se trouvera successivement en contact avec les deux pôles contraires de l'aimant mobile; de là deux courants de signe contraire par l'aimantation du fer doux, et deux autres par la désaimantation.

Pour une révolution de l'aimant nous aurons donc quatre courants induits, qui seront deux à deux de même signe.

Plusieurs fabricants d'instruments ont construit des appareils sur le même principe. Je citerai Saxton et Clarke, qui ont rendu l'aimant fixe et font tourner l'électro-aimant autour d'un axe perpendiculaire à celui de l'aimant.

Le dernier fait que j'ai indiqué a servi de base à plusieurs appareils électro-médicaux. A tous ces appareils électro-magnétiques que j'ai essayés, je préfère, par des raisons que je développerai, l'appareil de Clarke perfectionné par M. Rhumkoff.

Il est nécessaire de faire observer que dans tous ces appareils le courant induit direct ne produit que peu ou pas de commotion en traversant le corps humain.

(La fin au prochain numéro.)

III.

REVUE CLINIQUE.

HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE. — Observations et considérations; travail lu à la Société anatomique, par M. GALLARD.

OBS. — Une dame de vingt-cinq à vingt-six ans, ayant eu déjà deux grossesses, la première terminée à six mois par une fausse couche, la seconde menée à terme et sans accident il y a deux ans, vint vers le 15 avril dernier consulter M. Huguier, parce que, croyant être enceinte de deux mois, elle perdait pourtant depuis quelques jours un peu de sang par les parties génitales. Nous ne devons pas omettre ici un renseignement important que nous aurons occasion d'utiliser plus tard : c'est que depuis son accouchement cette jeune dame, d'accord avec son mari, avait toujours fait en sorte de ne pas devenir enceinte jusqu'à il y a quelques mois seulement, depuis lesquels, ayant perdu son premier enfant, elle désirait vivement en avoir un autre. Les premiers accidents qu'elle éprouvait ne se calmant pas, elle continua à perdre du sang, eut un peu de courbature, de fatigue, quelques tranchées utérines, et enfin, vers le 30 avril, expulsa, au milieu de caillots sanguinolents, une pseudo-membrane que M. Dubois, appelé en consultation avec M. Huguier le 1er mai, déclara être une caduque imparfaite, une muqueuse utérine tuméfiée, puis exfoliée, comme cela se rencontre dans certains cas, que M. Coste a cru pouvoir expliquer par une congestion sanguine trop grande, par une sorte d'apoplexie de la muqueuse survenue sous l'influence du molimen menstruel, et dans lesquels M. Cazeaux a cru que cette congestion exagérée pouvait être quelquefois la conséquence d'une fécondation avortée. (*Traité théor. et prat. des accouchements*, 3e édit., p. 79.)

Le même jour, en examinant la malade, on trouva dans le cul-de-sac vaginal postérieur une tumeur arrondie, douloureuse à la pression, qui n'était pas encore fluctuante, mais qui ne tarda pas à le devenir, si bien que le 6 mai on constatait une fluctuation très évidente, mais surtout sensible par le toucher rectal. Elle était si manifeste, que, dans une étendue de 5 à 6 centimètres, le doigt du chirurgien semblait être séparé du liquide seulement par la muqueuse intestinale. Il était évident alors que le liquide épanché entre le rectum et l'utérus (quelle que fût sa nature, sang ou pus) ne pouvait plus être résorbé, et qu'en abandonnant la maladie à son cours naturel, il allait inévitablement s'ouvrir une issue par le rectum. Il s'agissait donc de décider s'il valait mieux attendre des efforts seuls de la nature cette ouverture spontanée, ou s'il était préférable de la prévenir en en pratiquant une par le vagin. C'est à ce dernier avis que l'on se rangea, et une ponction fut faite à l'aide d'un trocart courbe sur le point le plus saillant et le plus fluctuant du cul-de-sac vaginal postérieur. Cette ponction donna issue à un verre environ de sang liquide, mais non altéré, qui présentait une odeur de matières fécales très accusée. On se demanda si cette odeur ne pouvait pas être la conséquence de phénomènes d'endosmose et d'exosmose établis entre la collection sanguine et la cavité intestinale, que séparait seulement une mince membrane constituée par une portion des tuniques du rectum.

Après cette première ponction, il n'y eut qu'un soulagement très momentané; l'ouverture du trocart se ferma très promptement, la tumeur augmenta de volume, le ventre devint plus douloureux, et l'on sentit du côté de l'hypogastre la tumeur située en arrière de l'utérus remonter jusque près de l'ombilic. Il y avait des vomissements, le face était légèrement grippée, le pouls plus petit et très vif. La fluctuation était encore plus manifeste et se sentait dans une plus grande étendue. Une deuxième ponction était devenue d'une nécessité absolue. M. Huguier la pratiqua le 10 mai, en se servant encore d'un trocart courbe à très grosse canule, et en essayant autant que possible de se rapprocher du point vers lequel il avait dirigé son instrument la première fois. Il sortit alors une grande quantité, plus d'un litre, de liquide brunâtre ayant l'aspect de chocolat mal délayé dans l'eau, présentant une odeur d'une fétidité excessive (c'est ce liquide que je montre à la Société).

Pour faciliter son écoulement, on laissa la canule à demeure; mais il était à craindre que son bec ne vînt heurter les parois du kyste, de façon à les contusionner ou même à les perforer. M. Huguier obvia à cet inconvénient en introduisant dans la canule une sonde de gomme élastique dont l'extrémité interne dépassait à l'intérieur d'un centimètre à un centimètre et demi celle du tube métallique. Grâce à cet artifice, la canule fut très bien supportée, des injections légèrement chlorurées furent poussées dans le kyste, qui fournit encore pendant plusieurs jours un liquide infect; mais ce liquide ne tarda pas à prendre un meilleur aspect, en même temps que les forces de la malade se relevaient et que l'état général s'améliorait. Aux injections chlorurées on fit rapidement succéder des injections de teinture d'iode d'abord additionnée d'un tiers d'eau, puis tout à fait pure; et enfin, le 4 juin, la malade était complétement guérie; le sac, tout à fait oblitéré, était remplacé par une légère tuméfaction avec empâtement en arrière de l'utérus; mais il n'y avait plus d'écoulement d'aucune sorte, plus de douleurs; la femme pouvait aller, venir et vaquer à toutes ses occupations sans fatigue.

Les questions que soulève l'étude attentive de ce fait sont multiples; mais je veux surtout insister sur quelques-unes de celles que j'ai agitées lorsque je fus chargé par la Société anatomique de lui faire un rapport sur différents cas d'hématocèles péri-utérines qui lui avaient été présentés en 1855 (voir le t. XXX des *Bulletins*, numéros de septembre et d'octobre). L'analyse rapide des principaux faits connus et de toutes les opinions professées jusqu'alors sur ce sujet m'avait porté à penser que, le plus souvent, la production de l'hématocèle péri-utérine est un phénomène morbide dépendant de l'exercice irrégulier d'une fonction physiologique : l'évolution d'une vésicule ovarique, soit au moment de la ponte spontanée qui accompagne chaque période menstruelle, soit au

moment de la migration d'un ovule fécondé, si bien que l'hématocèle péri-utérine ne serait, à proprement parler, qu'une grossesse extra-utérine, moins le produit de la conception, qui peut ou être absent ou se retrouver quelquefois au milieu des caillots sanguins.

L'observation que nous venons de rapporter ne fait nullement exception à cette règle, non pas absolue, mais générale. Ainsi, nous voyons la malade ne présenter une collection sanguine bien évidente que postérieurement à l'apparition de certains signes auxquels elle avait cru reconnaître le début d'une grossesse. Nous ne pouvons savoir si, chez elle, la fécondation a eu réellement lieu, car on n'a trouvé aucun débris d'embryon dans les matières expulsées ; mais cette hypothèse peut parfaitement être admise, surtout si l'on rapproche ce fait de ceux que nous avons déjà cités (voir *Bulletins de la Société anatomique*, t. XXIX et XXX) et dans lesquels les portions de fœtus qui ont permis de reconnaître l'existence de la grossesse extra-utérine n'ont été retrouvées *à l'autopsie qu'à la suite d'une dissection longue et minutieuse*. Dans ces cas même, l'embryon n'a été reconnu que parce qu'il a pu se développer jusqu'à un certain âge, six semaines ou deux mois ; mais, s'il était mort dès la première semaine, il est plus que probable qu'on ne l'aurait pas retrouvé au milieu des caillots sanguins qui l'enveloppent. Dans le fait que nous rapportons ici, il y a donc lieu, en se rappelant surtout la particularité relative à l'expulsion par l'utérus d'une pseudo-membrane ressemblant à une caduque, d'admettre que la maladie a été déterminée par la migration incomplète d'un ovule probablement fécondé.

Resterait à parler du traitement employé. Nous sommes, comme on le sait, partisan déclaré de l'expectation (voir l'*Union médicale*, n° du 10 novembre 1855) ; mais nous convenons que, dans certains cas, elle peut être nuisible, et qu'il faut de toute nécessité opérer le plus promptement possible, sans quoi on s'exposerait à voir survenir des accidents très graves, qu'on ne serait plus ensuite maître de combattre d'une façon convenable. Toutes ces indications d'opérer se trouvaient parfaitement réunies dans ce cas lorsqu'on a pratiqué la deuxième ponction, celle qui a permis d'évacuer le liquide que nous avons présenté à la Société. La tumeur avait très rapidement augmenté de volume, elle était aussi fluctuante que possible ; il y avait beaucoup de fièvre, une grande débilitation des forces ; enfin, la malade était menacée d'une rupture du kyste dans le péritoine ou d'une infection putride, et, dans les deux cas, exposée à une mort inévitable. En faisant ressortir l'urgence de l'opération lorsqu'elle a été pratiquée la seconde fois, je ne prétends pas dire que la première ponction n'était pas nécessaire. Mais il y avait moins de danger à attendre encore quelques jours, le seul accident dont on fût menacé alors étant l'ouverture du kyste dans le rectum, et M. Nélaton nous ayant appris que deux fois cette ouverture spontanée avait été sous ses yeux suivie d'une guérison rapide. Il reste donc à se demander s'il n'en aurait pas été ainsi dans ce cas. Cependant, en opposition aux faits favorables à notre manière de voir et qui démontrent l'influence heureuse d'une expectation bien dirigée, nous ne devons pas négliger de citer ceux dans lesquels elle a été funeste ; et, à cette occasion, il est de notre devoir de rappeler une observation de la thèse de M. le docteur Engelhard (de Strasbourg), dans laquelle l'ouverture spontanée de la collection sanguine dans le rectum a été l'occasion d'une diarrhée colliquative et de symptômes d'infection putride qui ont amené la mort au bout de douze jours ; car ce fait peut être un puissant argument en faveur des chirurgiens qui conseillent d'opérer le plus promptement possible. Quant à nous, nous croyons qu'il n'y a pas de règles absolues à tracer à cet égard ; et, tout en conseillant l'expectation d'une façon générale, nous pensons que la plus grande latitude doit être laissée à l'initiative du chirurgien dans le traitement des hématocèles péri-utérines, car son intervention active est quelquefois indispensable.

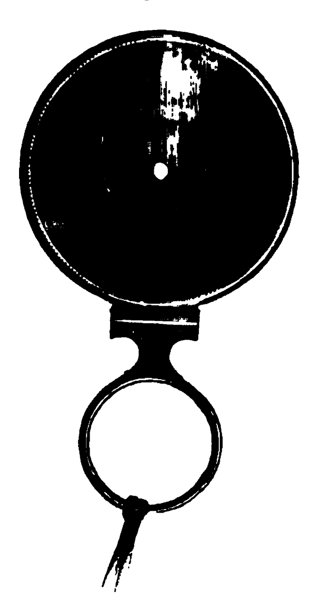
IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

La popularité que mon ophthalmoscope (1) a obtenue m[illegible] à lui donner une forme encore plus commode pour l'usage [illegible] lier des praticiens ; d'autant plus qu'il peut leur servir, [illegible] ment pour l'exploration de l'œil, mais aussi pour celle de [illegible] vité ouverte du corps humain, telle que le conduit auditif [illegible] les fosses nasales, le fond du vagin, le rectum, etc.



La figure ci-jointe représente cet instrument ainsi mod[illegible] grandeur naturelle : c'est un petit miroir concave percé [illegible] centre, suspendu à un cordon à la manière d'un *lorgnon*, et [illegible] M. Soleil vient de donner une élégance telle qu'on peut le [illegible] toujours avec soi.

Agréez, etc. Docteur ANAGNOSTAKI[illegible]

(1) Cet instrument a donné lieu, dans quelques publications, à un [illegible] M. le docteur Liebreich, professeur d'ophthalmoscopie à la clinique [illegible] M. de Graefe, a eu l'obligeance de rectifier dans la dernière traduction française [illegible] *des maladies de l'œil*, récemment publiée par MM. Warlomont et Testelin.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 28 SEPTEMBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. I[illegible] GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

L'Académie n'a reçu aucune communication relative aux sc[illegible] médicales.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 6 OCTOBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉV[illegible]

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté ap[illegible] une courte observation de M. Moreau.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Meuse en 1856. (*Commission des épidémies*.) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Nivet* sur le service médical des eaux minérales de Royat (Puy-de-Dôme). (*Commission des eaux minérales*.) — *c*. Plusieurs recettes relatives à des remèdes secrets. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*.)

2° La correspondance non officielle comprend : *a*. Une note sur quatre cas de tétanos observés à Vannes par MM. Robert et Daguillon. (*Comm.* : MM. Bégin et Gimelle.) — *b*. Une lettre de M. le professeur *Piorry*, relative à une variété de gangrène dont la cause externe n'est autre que les liquides putrides qui s'échappent de l'intestin, et dont l'apparence, les symptômes, la marche, la terminaison, sont identiques avec ceux de la pustule maligne, causée aussi par une matière putride, mais alors provenue des cadavres. — *c*. Une lettre de M. le maire d'Étampes, président de la commission formée pour l'érection d'un monument à la mémoire de Geoffroy Saint-Hilaire, qui prie M. le président de l'Académie de désigner un de ses collègues pour la représenter à Étampes et porter la parole dans cette solennité.

M. *le Président* annonce à l'Académie la présence de M. Ehrmann (de Strasbourg) et de M. Haime (de Tours), membres correspondants.

DE LA TRANSMISSION DES IMPRESSIONS SENSITIVES.

M. le docteur *Brown-Séquard* donne lecture d'un mémoire dont l'objet principal est de démontrer que les théories qu'il a proposées relativement à la transmission des impressions sensitives sont fondées sur des faits qui lui semblent ne pas pouvoir être interprétés ainsi que M. Chauveau a essayé de le faire récemment. Il signale l'existence de très nombreuses analogies entre les résultats obtenus par M. Chauveau sur des chevaux, et ceux qu'il a lui-même publiés depuis longtemps, et qu'il avait obtenus sur de petits mammifères, animaux qu'il croit supérieurs aux solipèdes pour des expériences où il s'agit essentiellement du degré de la sensibilité. Il signale en outre ce fait, que les expériences de M. Chauveau concourent avec les siennes à démontrer le peu de fondement de la théorie d'après laquelle la transmission des impressions sensitives ne s'opérerait que par les cordons postérieurs.

Parmi de nombreuses expériences que M. Brown-Séquard mentionne en preuve de l'existence de l'entrecroisement des éléments conducteurs des impressions sensitives dans la moelle épinière, il insiste surtout sur les deux suivantes :

1° Si l'on coupe longitudinalement la moelle épinière dans toute l'étendue du renflement cervico-brachial, on trouve, dit l'auteur, que la sensibilité est perdue dans les membres antérieurs et conservée dans les membres postérieurs ; si alors on coupe transversalement la moitié latérale droite du renflement cervico-brachial, on trouve que la sensibilité disparaît du membre postérieur gauche, et qu'elle s'exagère dans le membre postérieur droit. Si M. Chauveau avait raison dans son interprétation, comme il n'y a plus alors que des mouvements très faibles dans les deux membres antérieurs et le membre postérieur gauche, lorsqu'on irrite le membre postérieur droit, il ne devrait plus y avoir de signe prononcé de douleur ; or, il y a encore des cris très violents et d'autres manifestations de douleur très vive lorsque ce membre postérieur est irrité.

2° Si l'on couvre les yeux d'un animal sur lequel on a coupé une moitié latérale de la moelle épinière dans la région dorsale, on trouve souvent, lorsqu'on irrite le membre postérieur du côté de la section, que l'animal porte la tête vers le côté irrité en essayant de mordre ; or, comme il ne peut pas avoir vu d'où l'irritation provenait, il faut qu'il l'ait sentie. Ce fait sera sans doute péremptoire pour démontrer l'existence de la sensibilité dans ce membre et pour faire voir aussi que ce n'est pas par suite d'action réflexe douloureuse ayant lieu dans les autres membres que l'animal manifeste de la douleur. Relativement aux expériences de M. Chauveau sur les pigeons, M. Brown-Séquard fait remarquer que l'entrecroisement des conducteurs des impressions sensitives se fait plus haut et d'une manière moins complète chez ces animaux que chez les mammifères.

M. *Brown-Séquard* ajoute qu'il aura bientôt l'honneur de faire connaître à l'Académie des faits pathologiques très nombreux qui concourent à démontrer l'exactitude des théories que les faits expérimentaux l'ont conduit à admettre. (*Comm.* : MM. Cruveilhier, Ségalas, Renault.)

SIROP IODO-TANNIQUE.

M. *Gaultier de Claubry* donne lecture d'un rapport sur un nouveau composé pharmaceutique, le *sirop iodo-tannique*, ayant pour base le produit obtenu par la réaction de l'iode sur le tannin sous l'influence de l'eau. Le rapporteur propose au nom de la commission d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments, et de déposer honorablement son travail dans les archives.

Discussion.

M. *Velpeau* ne veut rien dire sur la partie chimique du rapport, mais il trouve que M. le rapporteur conclut un peu vite à l'utilité du nouveau médicament.

M. *Gaultier de Claubry*. La phrase à laquelle M. Velpeau fait allusion est écrite tout entière de la main de M. Gibert dans une note que je dépose avec mon rapport sur le bureau de l'Académie. M. Gibert a employé la nouvelle préparation pendant plus d'une année, soit à l'hôpital, soit dans sa pratique particulière, et M. Bouchardat, l'un des membres de la commission, l'a administrée avec beaucoup de succès à de nombreux malades.

M. *Velpeau* ne trouve pas que la note de M. Gibert confirme pleinement la proposition émise par M. Gaultier de Claubry sur les propriétés thérapeutiques du sirop iodo-tannique, et il est d'avis de modifier les conclusions du rapport, dans la crainte de voir ce médicament figurer à la quatrième page des journaux avec approbation de l'Académie.

M. *Caventou* fait observer qu'il ne s'agit pas ici d'un composé chimique défini, et c'est là une considération importante en thérapeutique.

M. *Gaultier de Claubry*, répondant aux observations de M. Caventou, fait observer que la réaction de l'iode sur le tannin, sous l'influence de l'eau, donne lieu à un composé aussi bien défini que beaucoup de préparations d'iode : la dissolution alcoolique d'iode, par exemple, qui contient à la fois de l'iode et une quantité variable d'acide iodhydrique.

M. *Ricord*. On ne sait s'il s'agit, dans ce nouveau médicament, d'une préparation astringente ou d'une préparation iodée ; il y aurait de nouvelles recherches à faire au point de vue chimique, et des observations à recueillir au point de vue thérapeutique.

M. *Chatin* est également d'avis que ce composé n'est ni nouveau, ni utile, ni chimiquement défini.

M. *Robert* partage l'opinion de ses collègues. Il a expérimenté la solution iodo-tannique comparativement à la teinture d'iode et à la solution de M. Guibourt ; il n'en a retiré aucun effet particulier, et il a remarqué, d'ailleurs, qu'au bout d'un certain temps il se formait au fond des flacons un précipité assez abondant, de sorte qu'on n'est jamais assuré de l'identité du médicament.

M. *Dubois* (d'Amiens). La conclusion de la commission me paraît engager beaucoup l'Académie, et il y a dans le rapport une phrase qui l'engage plus encore, en déclarant que le sirop iodo-tannique est un médicament utile. L'auteur, en se fondant sur ce passage du rapport, pourrait demander le bénéfice du décret du 3 mai 1850, ainsi qu'on l'a déjà vu. M. Gibert a trouvé une amélioration assez marquée dans un cas de bronchite chronique en employant le sirop iodo-tannique ; mais il a échoué chez un tuberculeux. Je demande, en conséquence, l'ajournement du rapport jusqu'à ce qu'il y ait de nouvelles observations thérapeutiques.

M. *Velpeau* propose, au lieu de l'ajournement, de déclarer que le nouveau composé est mal défini au point de vue chimique, et que les observations recueillies jusqu'ici ne sont pas assez concluantes pour que ce médicament soit admis dans la thérapeutique.

M. *Gibert*. Je ne crois pas qu'on puisse déclarer ainsi qu'un médicament ne peut être admis dans la thérapeutique ; le médecin doit conserver toute liberté à cet égard.

L'ajournement est mis aux voix et rejeté.

M. *le Président* propose le renvoi à la commission pour formuler

de nouvelles conclusions dans le sens de l'amendement de M. Velpeau, et en tenant compte de l'observation de M. Gibert.

Le renvoi à la commission est mis aux voix et adopté.

M. *Heurteloup* commence la lecture d'un mémoire relatif à la lithotripsie.

La séance est levée à cinq heures.

Congrès de Bruxelles.

(Après la première séance de la section de physiologie, où les avantages de l'ophthalmoscope n'avaient été considérés qu'en termes généraux, on chargea MM. Heyman et de Graefe de présenter un rapport sur les applications particulières de ce moyen d'investigation. Voici le rapport de M. Heyman, avec la discussion qui l'a suivi.)

SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE.

Président : M. Van Roosbroeck. — *Secrétaire :* M. Crocq.

OPHTHALMOSCOPIE.

M. *Heyman* donne lecture des propositions suivantes sur l'*utilité de l'ophthalmoscope dans les différentes affections de l'œil:*

I. L'exploration du cristallin s'est perfectionnée, dans ces dernières années, de diverses manières. On a trouvé des moyens physiques très importants pour y reconnaître les premières opacités qui viennent de se former; spécialement l'examen de la lentille par l'éclairage oblique, qui pourrait rivaliser avec l'ophthalmoscope et qui est même à préférer dans quelques cas. Néanmoins, l'ophthalmoscope est encore très utile pour l'examen des cataractes. Il nous apprend à connaître les différentes formes et le siége des opacités dont l'étude exacte, au moyen de l'ophthalmoscope, a conduit à établir le pronostic, la marche et la durée plus rigoureusement qu'il n'était possible jusqu'à présent. Il nous apprend à constater, par exemple, les cataractes stationnaires, c'est-à-dire quelques formes d'opacités qui ne tendent qu'à un progrès très lent ou même à un arrêt complet.

II. Il fait reconnaître les cataractes produites par des maladies des parties entourant le cristallin et dont le progrès ne dépend que de ces maladies productrices. C'est le vrai moyen de connaître la vérité relativement à la guérison des cataractes. Il est absolument nécessaire d'avoir constaté la nature, le degré, la cause d'une cataracte avant de pouvoir déclarer l'avoir guérie ou même améliorée. On trouve des cas dans lesquels la guérison ou plutôt l'amélioration se fait par la guérison de la maladie voisine qui a donné lieu à la formation de la cataracte.

III. L'origine de l'ophthalmoscope, c'est l'origine de nos connaissances sur les maladies et même sur quelques propriétés physiques du corps vitré pendant la vie. Ainsi, on reconnaît que le sang se dissout dans le corps vitré; il est connu maintenant que rien ne donne plus souvent lieu à un obscurcissement momentané de la vue, même à une cécité complète qui se guérit en peu de semaines, que les hémorrhagies du corps vitré. Il faut citer ensuite les cristaux de cholestérine, dont le siége, la quantité, l'origine, ne pouvaient pas être reconnus pendant la vie avant l'invention de l'ophthalmoscope. Enfin, il ne faut pas omettre l'étude de la dépendance où les maladies du corps vitré sont de certaines lésions de la choroïde. Quoiqu'une altération du corps vitré n'existe jamais sans une altération de la choroïde, on ne trouve pas toujours une choroïdite, qui, en déterminant un épanchement, amènerait son opacité. Voilà des indications fort utiles pour la thérapeutique, qu'on n'aurait jamais reconnues sans l'emploi de l'ophthalmoscope.

IV. J'arrive à la rétine : c'est là que nous trouvons des lésions presque inconnues jusqu'à présent pendant la vie. L'hypérémie, l'hémorrhagie, les épanchements de la rétine, sont les principales. Toutes les trois donnent lieu à une amblyopie plus ou moins grande, sans que l'on eût pu jusqu'ici prouver qu'elle était liée à une maladie de la rétine. Les symptômes de la photopsie, des douleurs excessives le long du nerf sus-orbitaire, manquent plus souvent qu'ils n'existent; ceux de la photophobie, de la faiblesse de la vue, du manque d'une partie du champ visuel, existent également avec d'autres altérations. Enfin nous signalerons l'obturation des veines de la rétine.

Discussion.

M. *Von Graefe.* On reconnaît, au moyen de l'ophthalmoscope, qu'il y a des opacités stationnaires du cristallin qui ne méritent pas le nom de cataractes. Il y a des points opaques disséminés dans le cristallin, des segments de cercle parallèles à sa grande circonférence, qui sont essentiellement stationnaires. Il en est de même de beaucoup d'opacités en forme de stries, lorsque celles-ci sont en petit nombre (deux ou trois) et fort limitées, les parties intermédiaires étant parfaitement transparentes; dans ce cas, les progrès sont tellement lents qu'on peut regarder ces opacités comme stationnaires. L'ophthalmoscope démontre que, en général, la rapidité du développement de la cataracte est en raison directe de la largeur des stries. Il démontre aussi que le début des cataractes dures, de celles qui se développent en général dans la vieillesse, a lieu, non dans le noyau ni dans les couches corticales, mais dans les couches intermédiaires du cristallin. L'éclairage oblique donne des résultats aussi certains que l'ophthalmoscope pour le diagnostic; mais celui-ci en a mieux éclairé la marche. Il permet de mieux distinguer les formes lentes, sans permettre toutefois d'assigner rigoureusement leur durée. Il démontre que, parfois, la cataracte est secondaire, consécutive à des maladies de la choroïde et du corps vitré, et qu'alors elle peut guérir ou s'améliorer par la guérison de ces dernières, mais que jamais les stries opaques du cristallin ne disparaissent ni ne diminuent. Celles-ci peuvent seulement paraître diminuer par la contraction des couches qui les contiennent. Les seules opacités qui puissent se dissiper sont les opacités superficielles qui surviennent dans la capsule et immédiatement au-dessous, à la suite d'une inflammation de l'iris.

M. *Jaeger*. J'ai vu un obscurcissement chromatique du cristallin diminuer; cette diminution est d'ailleurs la règle pour ceux qui résultent de l'action d'un corps étranger arrivant sur la capsule. L'ophthalmoscope permet aussi de reconnaître les maladies du canal de Petit, les hémorrhagies, par exemple.

M. *Sichel*. A Paris, je vois en général la cataracte lenticulaire commencer par les couches corticales; on la voit mieux à l'œil nu ou à la loupe, qui permettent de distinguer la coloration, qu'à l'ophthalmoscope, qui ne montre que des taches noires moins bien caractérisées; c'est seulement dans quelques cas qu'elle débute par les couches intermédiaires.

Je crois cependant que l'ophthalmoscope rendra des services pour reconnaître des cataractes au début, qui ne sont pas visibles à l'œil nu et qui se manifestent à peine par des symptômes fonctionnels. On aperçoit alors dans le cristallin des fêlures semi-transparentes, des stries convergentes qui, d'abord peu nombreuses, le deviennent ensuite de plus en plus.

Comme M. Graefe, je suis convaincu que jamais une strie ne disparaît du cristallin ; dans certains cas elle peut devenir moins apparente; mais cela a lieu sans traitement aussi bien qu'avec un traitement. Les seules cataractes susceptibles d'amélioration sont celles qui sont accompagnées de congestion interne, de choroïdite, etc. Comme je l'ai dit depuis longtemps, souvent il y a amblyopie amaurotique en même temps que cataracte, et un traitement bien dirigé rendra dans ce cas de grands services.

M. *Jaeger*. J'ai vu aussi les stries commencer à une certaine distance de la capsule : c'est l'éclairage oblique qui montre le mieux cette particularité. On peut aussi la reconnaître à l'œil nu ou à la loupe, si l'iris a été excisé ou si la pupille est dilatée.

M. *Von Graefe*. L'éclairage oblique est, dans bien des cas, préférable à l'ophthalmoscope; il permet de reconnaître la consistance et la couleur des altérations; mais celui-ci l'emporte lorsqu'il s'agit

de constater leur profondeur. La plupart du temps elles résident dans les couches intermédiaires.

M. *Donders*. En Hollande aussi, ce n'est pas dans les couches superficielles, mais dans les couches intermédiaires, que débute la cataracte sénile. Ce n'est pas seulement par l'ophthalmoscope qu'on l'a constaté, mais aussi par la dissection. Il y a en outre souvent des stries périphériques circulaires qui ne se trouvent pas à la surface, mais à la périphérie des couches plus profondes du cristallin.

M. *Von Graefe*. Il ne faut pas oublier de mentionner les corps étrangers du corps vitré que l'ophthalmoscope fait reconnaître, et en particulier les cysticerques démontrés par M. Jaeger. On ne peut non plus trop insister sur ce point, que les épanchements de sang dans le corps vitré sont curables, tandis que ceux qui siégent entre la choroïde et la rétine ne le sont pas.

M. *Sichel*. L'ophthalmoscope a révélé réellement les maladies du corps vitré. Autrefois on connaissait un peu le synchysis, et rien d'autre; aujourd'hui nous savons combien les épanchements, qui parfois ne donnent pas lieu à d'autres phénomènes qu'à des mouches volantes, sont fréquents dans l'intérieur du corps vitré.

M. *Arlt*. Dans certaines iritis, on voit dans le corps vitré des corps obscurs qui prouvent que l'inflammation n'est pas bornée à l'iris. De là un affaiblissement de la vue qu'on n'expliquait pas autrefois.

M. *Borlée*. J'ai examiné à l'ophthalmoscope beaucoup d'individus atteints de mouches volantes : je n'ai jamais rien vu ; d'autre part, des individus dont le corps vitré renfermait des opacités n'avaient pas de mouches volantes.

M. *Sichel*. Les mouches volantes ordinaires ne sont pas visibles à l'ophthalmoscope ; mais, dans certains cas, on voit dans le corps vitré des filaments grisâtres, des flocons, des exsudations partielles qui se traduisent par des espèces de mouches volantes qui se meuvent devant les yeux du malade.

M. *Quadri*. Une jeune dame avait des oscillations dans la vue, qu'on avait rapportées à une maladie nerveuse. L'ophthalmoscope de Jaeger me permit, la pupille étant dilatée, de reconnaître un animal qui se mouvait dans le corps vitré, et que je reconnus être un *filaire*.

M. *Sichel*. J'ai vu souvent le *filaria* dans la chambre antérieure, mais jamais chez l'homme. Pendant la guerre de la Péninsule, il y en a eu une enzootie à Lisbonne chez les chevaux.

M. *Donders*. Les mouches volantes sont des corpuscules microscopiques qui flottent dans le corps vitré, et qu'on ne découvre pas à l'ophthalmoscope. Elles existent à l'état normal ; mais quelquefois l'ophthalmoscope montre des filaments ou des flocons : alors il s'agit de faits pathologiques. L'ophthalmoscope seul peut séparer ces deux ordres de faits.

M. *Sichel*. J'ai reconnu depuis longtemps que les mouches volantes n'ont absolument aucune importance et disparaissent facilement. Quand il y a des corpuscules flottants dans le corps vitré, le malade ne voit plus ces globules, ces serpenteaux que tout le monde connaît, mais une bande transversale qui descend lentement ou reste fixe, ou une plaque qui se montre dans le champ visuel ; l'ophthalmoscope découvre alors des flocons dont la forme répond à celle qui est indiquée par le malade.

M. *Bowman*. Les mouches volantes ne sont pas visibles à l'ophthalmoscope quand elles sont fort petites ; elles le deviennent quand elles sont plus grandes. Cependant, même des filaments et des flocons peuvent ne pas être vus par le malade s'ils sont près du cristallin. J'ai observé certaines opacités jaunâtres qui paraissent être dues à la résorption d'épanchements sanguins ; elles ne troublent la vue que lorsqu'elles viennent se placer dans le champ visuel. J'ai pu aussi reconnaître la cataracte au début au moyen de l'ophthalmoscope ; mais, dans ce cas, les malades se plaignaient beaucoup.

M *Donders*. Tout le monde a des mouches volantes : on les constate très bien par la méthode autoptique, qui permet de déterminer leur distance de la rétine, de reconnaître leur siége exact. En regardant deux lumières par un trou percé dans une carte, on les voit doubles, ce qui n'aurait pas lieu si elles n'étaient pas en avant de la rétine ; et les deux images sont d'autant plus rapprochées qu'elles sont plus près du cristallin.

M. *Von Graefe*. M. Bowman a dit qu'on voit les mouches volantes d'autant mieux qu'elles sont plus rapprochées de la rétine ; mais il faut aussi tenir compte de leur grandeur, et l'on peut voir celles qui sont voisines du cristallin, si elles sont assez grandes. L'ophthalmoscope a appris à reconnaître les opacités considérables; il nous a appris que les individus qui les portent lisent d'une manière interrompue, en jetant de temps en temps les yeux en haut, comme pour éloigner un objet qui les gênerait.

M. *Heyman*. L'ophthalmoscope seul permet de reconnaître les ramollissements partiels du corps vitré. Il doit aussi toujours être employé lorsqu'il y a faiblesse générale de la vue, parce que, dans ce cas, il fait souvent reconnaître une lésion partielle. Nous ne devons pas négliger non plus ces cas de rétinite dans lesquels il y a seulement un petit épanchement dans le centre du champ visuel ; les malades ont alors le champ visuel de forme ovale et ne voient pas bien eux-mêmes les limites de l'opacité. Ces taches ne disparaissent pas par le traitement, mais leur teinte devient plus claire, au point de permettre une vision distincte. On reconnaît aussi, au moyen de l'ophthalmoscope, l'obturation des vaisseaux de la rétine, dont certaines parties sont alors vides de sang.

M. *Von Graefe*. C'est aussi l'ophthalmoscope qui permet de reconnaître la sclérotico-choroïdite postérieure, dans laquelle l'opacité se trouve en dehors du nerf optique, et traverse parfois, sous forme de bande, tout le champ de la vision.

M. *Sichel*. Lorsque j'ai dit que l'ophthalmoscope ne donnait que des signes négatifs dans les amauroses cérébrales, j'ai seulement voulu dire qu'il ne suffit pas pour tout découvrir. Cela n'empêche pas qu'il ne puisse y avoir en même temps des altérations de la papille du nerf optique qu'il ne puisse faire découvrir.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

1° Nouvelle observation de hernie inguinale étranglée réduite spontanément sous l'influence de l'extrait de belladone à l'intérieur, par M. le docteur E. L'Hermier des Plantes.

2° Cas d'occlusion intestinale. Guérison par l'usage de la belladone, par M. le professeur Thibeaud (de Nantes).

Les deux faits que nous rapportons ici, empruntés l'un à la pratique médicale, l'autre à la pratique chirurgicale, doivent engager à insister sur l'emploi de la belladone dans des cas où l'on a coutume de désespérer des pures ressources thérapeutiques. Chez le premier malade, atteint d'une hernie inguinale étranglée, le taxis avait échoué, et une opération chirurgicale allait devenir indispensable. Chez le second, une occlusion intestinale des plus complètes était accompagnée des symptômes les plus graves : on avait déjà décidé, comme dernière chance de salut, l'opération de l'anus artificiel. Chez l'un comme chez l'autre malade, la belladone a fait disparaître tous les accidents.

Obs. I. — Le fait suivant, dit l'auteur, peut venir s'ajouter aux faits signalés dans la Revue thérapeutique du Midi, par les docteur de Larue, Rizzio-Rolland et Saurel, sur les bons effets de l'extrait de belladone administré à l'intérieur dans le traitement des hernies étranglées.

Il s'agit d'un homme de cinquante-sept ans, fort, d'un tempérament sanguin. Il est affecté de hernie inguinale droite depuis vingt ans, et, depuis lors, il a toujours porté un brayer. Il y a six mois, il enlève son bandage, se croit guéri ; mais, quelques jours après, sans qu'il ait fait

aucun effort, sa hernie reparaît, les parties situées derrière l'anneau inguinal interne le franchissent, et pénètrent, après avoir suivi le canal inguinal, dans le scrotum. Dès ce moment il y a des douleurs très vives qui amènent même quelques mouvements convulsifs ; il y a aussi des vomissements. Quoique abattu par de pareilles souffrances, il a le courage de monter à cheval pour aller consulter M. L'Hermier des Plantes.

Après avoir décrit la hernie, l'auteur ajoute que la respiration est pénible, anxieuse ; constriction douloureuse de l'abdomen ; hoquet fatigant, envies de vomir incessantes, soif très vive ; pouls petit, dur et fréquent ; peau froide, sueur visqueuse ; face grippée. On fait, à des reprises différentes, trois tentatives de taxis : douleurs intolérables ; la tumeur paraît irréductible. M. L'Hermier prescrit 30 centig. d'extrait de belladone dans une potion à prendre par cuillerée à bouche de demi-heure en demi-heure, et, de plus, un cataplasme de farine de lin, arrosé de 20 gouttes de teinture de belladone et 20 gouttes de teinture de jusquiame. Bain simple. Dès la première heure, le faciès redevint normal. Le hoquet, les nausées, le vomissement, les crampes disparurent. La tumeur devient moins rénitente, plus molle. L'anneau inguinal perd de sa rigidité. Bientôt le malade s'endort et est réveillé une heure après par la rentrée brusque et bruyante de la tumeur.

Il n'y a pas eu le plus léger symptôme de narcotisme, et même il n'y a pas eu la plus petite dilatation de la pupille. (*Revue thérapeutique du Midi*, t. XI, n° 16, p. 464 et suiv.)

Obs. II. — Un malade entre à l'hôpital le 22 janvier 1857, affecté depuis quelques jours d'un état morbide grave. Il est âgé de quarante ans, d'une constitution vigoureuse. Pas de constipation habituelle, pas de hernie. La nuit du 10 au 11 janvier, il est réveillé par de vives coliques. Boissons chaudes, cataplasmes, lavements. Aucun effet. Il survient des vomissements accompagnés d'un frisson intense. Les selles se suspendent tout à fait ; il y a de nouveau des vomissements et des frissons ; le ventre se ballonne, devient sensible à la moindre pression ; il y a des coliques exacerbantes. Le 14 janvier, le malade a commencé à vomir des matières jaunes, fétides (matières stercorales). Deux applications de dix sangsues ; purgatifs, qu'il a vomis, et lavements nombreux, qu'il a rendus immédiatement, sans effet.

Au moment de son entrée, il y a donc une constipation complète depuis douze jours, des vomissements stercoraux, des coliques intenses et exacerbantes. Lavement purgatif, cataplasme, glace comme boisson. Les phénomènes sont encore plus graves le lendemain. Face grippée, ventre tendu, assez dur ; anses intestinales formant un léger relief au travers des parois abdominales ; coliques avec contraction des intestins, suivies de vomissements de matières jaunâtres, infectes, très liquides. Trente vomissements dans les vingt-quatre heures. Météorisme considérable ; un peu de matité dans la fosse iliaque droite, profondément ; il y a un gargouillement assez manifeste dans cet endroit. Bain prolongé ; calomel à doses fractionnées, lavement purgatif, glace.

Le 23, même état. Pouls à 76, petit, misérable. 10 pilules purgatives à prendre dans la journée, et composées de gomme-gutte, de scammonée, d'aloès, d'huile de croton ; deux lavements purgatifs ; glace sur le ventre, bain de trois heures. Aucun effet. Le soir on prescrit dix pilules de 15 centigrammes d'extrait de belladone et de 20 centigrammes de poudre de racine, à prendre dans la nuit, et des frictions sur l'abdomen avec l'extrait de belladone.

Le 24, mêmes accidents. Masse dure dans la fosse iliaque. Pouls à 100, irrégulier, petit. Aucune amélioration. Une consultation de plusieurs médecins et chirurgiens de l'hôpital décide qu'on fera le lendemain l'opération de l'anus artificiel. Il n'y a pas d'amélioration. En attendant, on continue les frictions belladonées. On donne 10 pilules semblables à celles de la veille, 2 par heure ; lavements émollients à l'aide d'une sonde œsophagienne introduite profondément. Intoxication belladonique ; dilatation des pupilles, léger mal de gorge, démangeaisons et fourmillements aux extrémités. Le soir, le malade se sent mieux ; la boule qu'on a sentie la veille dans la fosse iliaque droite s'est rapprochée de l'ombilic. Ventre ballonné et douloureux.

Le 25, on ajourne l'opération. Même prescription à peu près. On pratique le massage de la boule abdominale. Pas de selles. Il n'y a plus de vomissements.

Le 26. Faciès meilleur. Même prescription. Le soir, l'intoxication est complète. Ni selles, ni vomissements.

Le 27. L'intoxication dure encore. Cécité presque complète, sécheresse de la gorge. Fourmillement sur toute la surface cutanée ; légères hallucinations. Deux lavements à l'huile de ricin. A dix heures du matin, il y a une première selle. Le soir, à la suite d'un bain et de deux lavements à l'eau de son, il y a une émission abondante de matières pultacées.

A partir de ce moment, le malade va de mieux en mieux. Il rend à plusieurs reprises dans ses selles des grains de plomb qu'il dit avoir avalés, avant son entrée à l'hôpital, pour enfoncer l'obstacle. La constipation fait place à de la diarrhée qu'on arrête au moyen de l'opium et du tannin, mais la constipation, les coliques, le ballonnement reparaissent. La belladone en triomphe de nouveau.

Le malade sort le 14 mars, parfaitement guéri en apparence. M. Thibeaud a eu malheureusement l'occasion de compléter l'observation ; car le malade est rentré à l'hôpital le 20 mars, avec des symptômes excessivement graves de péritonite. Le traitement le plus énergique et le plus rationnel est impuissant à maîtriser les accidents. Le malade meurt le 9 avril. A l'autopsie, on trouve les lésions de péritonite récente, des fausses membranes, du pus. De plus, on rencontre une bride solide et résistante qui maintient l'iléon accolé à une autre partie de l'intestin grêle. Dans ce point, l'iléon est un peu rétréci. Il n'y a pas de lésions de la membrane muqueuse. Cette bride et le rétrécissement qu'elle produisait constituaient évidemment une prédisposition aux accidents observés pendant la première maladie. Cette maladie, par les excitations de toute sorte dirigées sur le canal intestinal pendant plus de quinze jours, paraît aussi avoir singulièrement favorisé l'invasion de la péritonite sous des influences qui, dans toute autre condition, n'auraient point eu d'effet. (*Journal de la section de médecine de la Société anatomique du département de la Loire-Inférieure*, XXXIII[e] vol., 170[e] et 171[e] livr., p. 106 et suiv.)

Deux observations de plaies des doigts pour servir à l'histoire de la greffe animale, par M. le docteur Bitot.

La science possède aujourd'hui un assez grand nombre de faits authentiques qui démontrent que des parties plus ou moins complétement séparées du corps peuvent, si elles sont mises dans des conditions convenables, contracter de nouvelles adhérences et continuer à vivre. Ces faits, cependant, ne sont pas tellement nombreux, qu'il soit sans intérêt d'en enregistrer de nouveaux. Les deux observations suivantes présentent d'ailleurs chacune une circonstance particulière qui n'avait pas été notée jusqu'à présent : c'est là surtout ce qui nous a décidé à les reproduire ici en résumé :

Obs. I. — *Désarticulation traumatique presque complète de la phalangette de l'annulaire. — Rétablissement de l'état normal.*

Un enfant de huit ans, d'une bonne constitution, reçoit, en mars 18[illegible], un coup de ciseau de menuisier sur la partie dorsale de l'articulation phalangini-phalangettienne de l'annulaire gauche ; la phalangette est pendante et ne tient plus que par un pédicule étroit ; l'articulation est ouverte dans toute son étendue, les cartilages sont intacts ; une hémorrhagie abondante a lieu par les artères collatérales. Le sang arrêté, la plaie est lavée avec de l'eau tiède, et la phalangette remise en place et maintenue par des bandelettes agglutinatives ; le doigt du milieu sert d'attelle pour maintenir l'immobilité de l'annulaire, et la main tout entière est fixée sur une palette de bois et placée dans une position élevée.

Le troisième jour, le malade sent une aiguille qu'on promène sur la phalangette.

Le huitième jour, on renouvelle l'appareil ; le succès n'est plus [illegible]teux ; néanmoins la cicatrisation marche lentement. « Chaque jour, dit l'auteur, alors que déjà, suivant les circonstances ordinaires, la circonférence de la solution de continuité eût dû être parfaitement sèche, je trouvais les pièces à pansement imbibées d'un liquide qui, desséché, rendait le linge roussâtre et roide, comme si on l'eût humecté avec une solution sirupeuse. Le tissu cicatriciel était mou, grisâtre, en apparence d'une cohésion très faible. Il était continuellement le siége d'une transsudation séreuse, qu'on prenait pour ainsi dire sur le fait après qu'on avait eu soin d'étancher convenablement la partie au moyen d'un linge fin. Ce phénomène s'est produit pendant plus de deux mois, nonobstant l'emploi du diachylon, du cérat de Goulard, de l'eau blanche. Il paraît avoir cédé à l'emploi du tannin en solution. »

Faut-il admettre, avec l'auteur, que cette exsudation séreuse provenait de ce que *la synovie, sécrétée en plus grande abondance qu'à l'état normal, forçait le tissu de nouvelle formation, trop faible encore pour la contenir dans sa loge, et par sa présence incessante mettait obstacle à l'agglutination parfaite de ses molécules*, ou ne doit-on pas penser plutôt que l'état mou, fongueux, des bourgeons charnus a été la seule cause de ce flux de sérosité ? Quoi qu'il en soit de cette explication, il est remarquable que la phalangette ait recouvré, non-seulement toute sa sensibilité, mais encore tous ses mouvements, ainsi que M. Bitot a pu s'en assurer à diverses reprises.

Obs. II. — *Amputation traumatique d'une grande partie de la phalangette du pouce. — Guérison* avec allongement notable *de la phalangette.*

Un jeune homme de seize ans, bien constitué, entre à l'hospice des Enfants trouvés, le 24 novembre 1856, pour une plaie du pouce. Il prétend que l'extrémité de son doigt, saisie par une roue d'engrenage, est tombée à terre, qu'il l'a immédiatement ramassée et remise en place, où elle a été maintenue au moyen de bandelettes agglutinatives appliquées par un pharmacien.

Le lendemain, absence de douleur; l'appareil, convenablement appliqué, est laissé en place. L'enfant persiste dans son dire ; mais le 2 décembre, l'examen du doigt prouve qu'il avait menti, et qu'il était resté à la face palmaire une portion non divisée large d'environ 2 millimètres. L'ongle est noirâtre; nouvelles bandelettes.

6 décembre. — Chute presque spontanée de l'ongle. Pansement simple.

8 décembre. — A la place de l'ongle s'élève un bourrelet noirâtre, gros comme la moitié d'une petite cerise, très mou, saignant facilement. Pansement avec un linge imbibé de glycérine.

12 décembre. — Les premiers rudiments de l'ongle reparaissent.

10 février. — L'ongle n'est pas encore complet. Le pourtour de la plaie, qui primitivement contournait toute la partie dorsale de la phalangette au-dessus de l'ongle, a subi une espèce de déplacement. On dirait que la solution de continuité devait partir du milieu de l'ongle à droite et à gauche.

20 mars. — La ligne cicatricielle a changé encore de position; elle est au niveau du sommet de l'ongle; on dirait que la solution de continuité s'est faite obliquement du sommet de l'ongle au pli palmaire de l'articulation phalangini-phalangettienne, de manière à séparer nettement la pulpe de la portion onguéale. *La phalangette paraît sensiblement allongée; elle présente au moins 1 centimètre de plus que celle du côté opposé.* Ses mouvements sont faciles, sa sensibilité obtuse.

Cet allongement d'une phalange à la suite d'une blessure est un fait extrêmement remarquable, et dont il nous paraît difficile de donner une explication satisfaisante. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1857, n° 4.)

Cas d'hermaphrodisme latéral, par le professeur Hermann Meyer (de Zürich).

La pièce dont la description va suivre fait partie du musée de Zürich, et comprend les organes génitaux externes et internes.

1° *Organes génitaux externes.* — Ils figurent un hypospadias très développé. En place du scrotum, en effet, on y trouve deux parties ressemblant aux grandes lèvres : l'une et l'autre offrent les rides qui se voient sur la peau des bourses ; celle du côté gauche est plus considérable, plus lâche et plus plissée que l'autre.

La moitié postérieure de ces parties est réunie par un raphé nettement dessiné ; entre les deux moitiés antérieures se voit un pénis rudimentaire.

Le gland, qui fait saillie au dehors sous le prépuce fortement ridé, présente une fente correspondant, quant à la forme et à la situation, au méat urinaire. Cette fente conduit dans un canal de 4-5 millimètres seulement de longueur, et terminé en cul-de-sac. Au-dessous de cette fente commence une gouttière étroite, dirigée d'avant en arrière, bordée de deux crêtes saillantes, terminée en avant par une extrémité arrondie, et se continuant en arrière dans une ouverture placée à l'extrémité antérieure du raphé.

2° *Urèthre et vessie.* — Cette ouverture est l'extrémité antérieure bien conformée de la portion de l'urèthre dont la fente, placée en avant, représente le reste. En la suivant d'avant en arrière, on arrive bientôt dans une partie qui ressemble parfaitement à la portion prostatique de l'urèthre de l'homme. Elle est, en effet, entourée d'une petite prostate, et à son intérieur se voient distinctement un verumontanum, et, sur les côtés de ce dernier, une série de petites ouvertures dans lesquelles on reconnaît les orifices des canaux excréteurs de la prostate.

Au sommet du verumontanum sont deux orifices plus grands dont la disposition rappelle immédiatement celle des canaux éjaculateurs ; celui de gauche, un peu plus rapproché de la ligne médiane que l'autre, conduit dans le vagin. C'est en vain que l'on essaye de faire pénétrer une soie dans une cavité quelconque par celui de droite : ce n'est qu'en dirigeant la soie en bas qu'on la fait pénétrer à environ 1-2 millimètres de profondeur. Les uretères s'ouvrent dans la vessie, comme ordinairement.

3° *Organes génitaux internes.* — En arrière de la vessie existent un utérus et un vagin. On pénètre dans ce dernier par l'ouverture que nous avons signalée sur le verumontanum. Cette ouverture, vue par le vagin, paraît plus grande que du côté de l'urèthre. Dans ce dernier organe elle est punctiforme et arrondie ; dans le vagin elle forme une fente de 3 millimètres de longueur. Le canal utéro-vaginal tout entier présente, à peu près entre les deux points où les uretères pénètrent dans la vessie, un pli très saillant regardant en bas, qui divise ce canal en deux portions, l'une supérieure, l'autre inférieure. Cette dernière a tous les caractères du vagin : des parois relativement minces, des colonnes rugueuses très évidentes, l'une antérieure, l'autre postérieure. La portion supérieure est évidemment l'utérus : ses parois sont plus épaisses ; elle a des *plis palmés* très distincts, se continuant dans le corps de l'utérus sous forme de plis longitudinaux. A droite elles sont plus nombreuses, à gauche plus proéminentes. Le pli transversal doit donc être considéré comme représentant le museau de tanche.

Les deux angles supérieurs de l'utérus donnent attache chacun à une trompe qui, à droite, mesure 61 millimètres en ligne droite, et ne présente pas d'hydatide terminale, tandis qu'à gauche elle a 106 millimètres de longueur et est pourvue d'une hydatide.

Au-dessous de la trompe droite se trouve, fixé à un ligament de l'ovaire de 13 millimètres de longueur, un ovaire un peu aplati d'avant en arrière, de 30 millimètres de longueur sur 3 millimètres de largeur. Entre l'ovaire et la trompe se voit l'organe de Rosenmüller avec une hydatide.

Au-dessous de l'extrémité externe de la trompe gauche, il y a un testicule de 15 millimètres de longueur, 11 millimètres de largeur et 7 millimètres d'épaisseur. Il donne naissance à un cordon qui, vu sa situation, doit être considéré comme le canal déférent. Au voisinage du testicule il est, en effet, canaliculé ; mais il n'admet une soie de sanglier que dans l'étendue d'environ 30 millimètres, et vers l'utérus ce cordon aboutit à l'angle supérieur gauche de la matrice ; mais dans cette portion de son trajet il ne présente point de cavité.

Près du point où le canal excréteur qui vient d'être décrit, émerge du testicule, se trouve un corps un peu séparé appartenant au testicule : on peut y suivre un faisceau de cordons dans lesquels on reconnaît les vaisseaux du testicule coupés. Au même point se dirigent aussi les canaux serpentins de l'organe de Rosenmüller, lequel est très développé et porte une hydatide terminale.

Le testicule était situé dans un prolongement vaginal du péritoine très large, enfoncé dans la grande lèvre gauche: c'est ce qui explique pourquoi cette lèvre était plus grosse et plus lâche que l'autre et avait tout à fait l'apparence d'un demi-scrotum.

De l'angle supérieur gauche de l'utérus part un cordon qui gagne le prolongement vaginal, et dont la disposition correspond à celle du ligament rond droit. Ce cordon doit être considéré comme le ligament rond du côté gauche.

Du prolongement vaginal part un autre cordon qui s'insère sur le testicule entre le point d'émergence du canal excréteur rudimentaire et le corps séparé du testicule. Sa position et son aspect doivent le faire considérer comme représentant le *gubernaculum testis.*

D'après cette description, le professeur Meyer est d'avis qu'il s'agit là d'un cas d'hermaphrodisme latéral, car les deux sexes y sont réunis chez le même individu. C'est cependant le type masculin qui l'emporte sur l'autre. Les organes génitaux externes sont évidemment ceux d'un hypospade : ils montrent un scrotum réuni dans sa moitié postérieure par un raphé, et dont la moitié antérieure seulement, de même que l'urèthre, est restée divisée. Le pénis rudimentaire, avec son gland et son prépuce, est également un organe mâle, et ressemble complétement à celui d'un hypospade très développé. Dans la portion fermée de l'urèthre, la présence d'une prostate et d'un verumontanum accuse nettement le sexe masculin.

Il existe, il est vrai, un utérus, un vagin et une trompe ; mais l'utérus et le vagin correspondent évidemment à la vésicule prostatique : la seule circonstance remarquable, c'est le développement qu'a acquis cette dernière. Une vésicule prostatique développée en utérus n'altère pas le type masculin : cela est démontré par l'anatomie comparée et par quelques observations faites sur l'homme. Le bel exemple d'utérus mâle décrit par Langer (*Zeitschr. der k. k. Gesellsch.*, XI, p. 122) appartient à ce genre de faits. Les trompes n'appartiennent pas à la vésicule prostatique ; leur existence dépend du défaut d'oblitération du canal de Müller ; de même, chez les femelles, il y a parfois un canal déférent, par suite de la persistance du canal de Gærtner, sans que le type féminin en soit modifié.

Ainsi, c'est le type masculin qui domine dans cette pièce, et

toutes les modifications qu'il présente ne s'éloignent guère de celles qu'on observe fréquemment.

La présence d'un *ovaire* est la seule circonstance importante qui contrarie le type masculin.

Il s'agit donc là d'une monstruosité du sexe masculin, avec un ovaire à la place d'un des testicules.

Des cas semblables ont été décrits par Sue (1746), Varole (1754), Rudolphi (1825) et Berthold (1844) (voy. Berthold, *Mémoire sur l'hermaphrodisme latéral chez l'homme*, in *Abhandl. der k. Gesellsch. d. Wissensch.* zu Göttingen, t. II). (*Archiv von Virchow*, mai 1854.)

VII.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Septembre. Sur l'ophthalmie diphthéritique, par *J. Gibert*. — Variété de typhus en Orient, par *Doumic*.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 30 août. Des cachexies, par *Forget*. — Méthode opératoire exploratrice, par *Alquié*. — Traitement de la blennorrhagie par le porte-caustique modifié, par *Demarquay*. — Application de la sonde dans l'asphyxie par submersion, par *Pâris*.

ÉCHO MÉDICAL DE PARIS. — Tome Ier, n° 30. Relation chirurgicale, etc. (suite). — Fièvres en Algérie (suite).

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — N° 30. Étude sur l'albuminurie, par *Luton*. — Sur les paralysies dynamiques, par *Macario*. — Recherches toxicologiques sur l'arsenic, par *B. Delisle*. — 37. Épidémies de la Martinique (suite). — Diagnostic des maladies de matrice (suite).

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE. — 1857. Septembre. Eau sulfureuse de Gazost. — Examen du lait d'une femme atteinte de galactorrhée, par *Vigier*. — Nouveau persulfate de fer, par *Monsel*.

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — 1857. Juillet. Sur le tournis des bêtes ovines, par *Reynal*. — Squirrhe du cordon testiculaire, par *Schutt*. — Contagion de la fièvre aphtheuse, par *Lemaire*. — Empoisonnement par la saumure, par *E Marie*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 31 août. Révulsion et dérivation. — Fièvre typhoïde, par *Renouard*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 16. Sur la teigne faveuse, par *Rollet*. — Malignité dans les maladies, par *Teissier*. — Immobilité prolongée, redressement gradué dans le mal de Pott, par *Gillebert d'Hercourt*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — 1857. Août. Luxation de la cuisse datant de trois mois, réduction, par *Laforgue*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 16. Sur les épulies, par *L. Saurel*. — Hernie étranglée, extrait de belladone à l'intérieur, réduction, par *L'Hermier des Plantes*. — Paralysies dynamiques, par *Macario*.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — 1856-57, n° 7. Influence des établissements industriels sur les plantes et les animaux : rapport par *Martens*. — Croup et trachéotomie : rapport par *François*. — Sur l'uroscopie : rapport par *Fallot*. — Vaccine et revaccination, par *Marinus*. — Sur l'ablation de l'omoplate, par *Heyfelder*.

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE (Bruxelles). — Septembre. Agents contre les accidents suite d'éthérisation, par *Plouviez*. — Constitution du mois de juillet (cholériforme), par *Liégey*. — Bronchite intermittente, par *Bougard*. — Plaie de tête, perte de substance cérébrale, guérison, par *Delstanche*. — Traitement des fractures (suite), par *Uytterhoeven*.

ALLGEMEINE MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG. — Nos 53 à 62. — 53. Sur la mort et les lésions produites par la foudre, par *Jack*. — 58. Sur la chorée électrique, d'après les recherches du professeur *Pignacca*.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT F. PSYCHIATRIE. — 16 mai 1857. Contributions à la craniométrie, par *H. Voppel*. — Sur le mécanisme du tact, par *Brosius*.

ARCHIV F. PATHOLOGISCHE ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE, de Virchow. — Juillet 1857. Sur un névrome ulcéré de la paume de la main, du volume du poing, par *R. Volkmann*. — Nouveau cas de leucémie, par le professeur *Friedreich*. — Cas d'embolie capillaire, par *O. Beckmann*. — Sur la cause de la coagulation du sang, par *E. Brücke*. — Sur les moyens de reconnaître la cholestérine, par *R. Virchow*. — Sur un cas de névromes multiples, avec tendance extraordinaire à la récidive sur place, par *R. Virchow*.

DEUTSCHE KLINIK. — Nos 30 à 32. — 30. Deux autopsies de maladie d'Addison, par *Brehme*. — Hépatite suppurée, par *Grossmann*. — Fibroïde de l'utérus du poids de 62 livres, par le professeur *Naumann*. — 31. Expériences sur les effets de l'alcool à divers degrés de concentration, par *Jacobi* (suite). — Sur l'opération du phimosis, par *B. Beck*. — Section du nerf sus-orbitaire gauche dans un cas de névralgie violente de la cinquième paire, qui durait depuis plusieurs années, par *B. Beck*. — 32. Rétrécissement de l'urèthre et fistule du pénis, boutonnière, guérison, par *Jütte*. — Mort par le chloroforme, par *Peschek*.

BRITISH MEDICAL JOURNAL. — 1857. N° 32. Suites d'une ponction abdominale pour obstruction des intestins, par *H. Cooper*. — Développement des amygdales et de la luette dans ses rapports avec la surdité, par *Williamson*. — 33. Occlusion du col utérin chez une femme en travail, par *J. Hatton*. — Ancienne tumeur du [illegible] *Collyns*. — 34. Accidents cérébraux, suite d'exercice violent par un temps [illegible], soulagement par la quinine, par *Bowles*. — Anévrysme par anastomose, [illegible], par *D. Mackinder*. — Excrétion urinaire dans la fièvre, par *Hansfield J* [illegible] — 35. Nœuds du cordon ombilical, par *West*. — Convulsions puerpérales, par *[illegible] niell*. — Rétroversion utérine guérie par un nouveau pessaire, par *N.* [illegible] — Névralgie ischiatique guérie par les opiacés appliqués *loco dolenti*, par *G.* [illegible] *Bonnar*.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL. — Août. Anévrysme traumatique de la carotide [illegible] tive, par *Symes*. — Urines dans la goutte et le rhumatisme, par *Laycock*. — [illegible] servations de fistule gastro-colique, par *C. Murchison*. — Choléra de [illegible] 1854, par *Mackay*. — Ulcération de la peau suite d'application d'une [illegible] nicale, par *N. Brown*. — Sur la diarrhée graisseuse, par *G. Ridie*. — [illegible] ophthalmologique, par *R. Hamilton*.

Livres.

ÉBAUCHE D'UN PLAN DE MÉTÉOROLOGIE MÉDICALE, par le docteur *Henry* [illegible] In-8 de 168 pages. Montpellier, Pitrat.

ÉLÉMENTS DE MÉDECINE CLINIQUE, par le docteur *A. Trumet de Fontarce*. 2 [illegible] ensemble viij-1540 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. [illegible]

LA MÉDECINE DANS SES RAPPORTS AVEC LA RELIGION, ou Réfutation du [illegible] théorique et pratique, par le docteur *Vitteaut*. Dijon, 1857. 1 vol [illegible] 439 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 5 [illegible]

LEÇONS SUR LE CHANCRE, professées par le docteur *Ricord*, rédigées et publiées par *A. Fournier*, suivies de notes et pièces justificatives, etc. In-8 de 3[illegible] Paris, A. Delahaye. 5 fr.

LES APPAREILS OUATÉS, ou Nouveau système de déligation pour les fractures [illegible] docteur *Burggraeve*. 1er fascicule. In-folio. L'ouvrage paraîtra en 10 fas[illegible] prix de 10 fr. chacun. Bruxelles. Paris, Victor Masson.

MÉMOIRE SUR UNE VARIÉTÉ DE TUMEUR SANGUINE OU GRENOUILLETTE SANGUINE [illegible] le docteur *Dolbeau*. In-folio de 30 pages. Paris, Ad. Delahaye. 1 fr.

ANLEITUNG ZUM EXPERIMENTIREN MIT ARZNEIMITTELN AN DEN THIERISCHEN [illegible] KEITEN (Manuel pour les expériences à l'aide de médicaments sur les fonctions a[illegible] males, par *J. Hoppe*. In-8. Giessen, Ferber. [illegible]

ARZNEIMITTELLEHRE IN IHRER ANWENDUNG AUF DIE KRANKHEITEN DES KIND[illegible] ALTERS (Matière médicale dans son application aux maladies des nouveaux-nés [illegible] *J. Schneller*. In-8. Vienne, Sallmayer et compagnie. [illegible]

BEITRAEGE ZUR PATHOLOGIE DES AUGES (Contributions à la pathologie de l'œil [illegible] *E. Jaeger*. 3e livraison. Vienne, Seidel. [illegible]

CHIRURGISCHER ATLAS (Atlas de chirurgie). Deuxième partie : KAU-UND GESCH[illegible] ORGAN (Organe de mastication et du goût), par *V. de Bruns*. 1re livraison [illegible] in-folio. Tubingue, Laupp. [illegible]

DIE KRANKENHAEUSER, IHRE EINRICHTUNG UND VERWALTUNG (Les hôpitaux, [illegible] ganisation et administration), par *C.-H. Esse*. In-8, avec 8 planches. Berlin, [illegible] 11 fr. [illegible]

DIE RESECTION DES OBERKIEFERS, EINE MONOGRAPHIE, par *O. Heyfelder*. In-8. Berlin, G. Reimer. 3 fr.

GESCHICHTE DER FORSCHUNGEN UEBER DEN GEBURTSMECHANISMUS (Histoire des recherches sur le mécanisme de l'accouchement), par *C. Hammler*, *Kews. Fonnitus*, etc. 1er vol. In-8. Giessen, Ferber. Cartonné. [illegible]

UNTERSUCHUNGEN UEBER URSPRUNG UND WESEN DER FALLSUCHTARTIGEN Z[illegible] BEI DER VERBLUTUNG SOWIE DER FALLSUCHT UEBERHAUPT (Recherches sur l'origine et le caractère des convulsions épileptiques dans la mort par hémorrhagie [illegible] sur l'épilepsie en général), par *A. Kussmaul* et *A. Tenner*. Grand in-8. Fra[illegible] Meidinger fils et compagnie.

ELEMENTS OF PATHOLOGICAL ANATOMY, ILLUSTRATED WITH 382 ENGRAVINGS ON WOOD (Éléments d'anatomie pathologique), par *J.-D. Gross*. Philadelphie. [illegible]

Une touchante cérémonie a eu lieu ce matin au Val-de-Grâce. Le [illegible] recteur, les fonctionnaires et les stagiaires de l'École impériale de [illegible] cine militaire ont eu la bonne pensée de faire célébrer un service funèbre à la chapelle du Val-de-Grâce, pour le repos de l'âme de M. Félix [illegible] leur collègue. Tout le personnel médical militaire de l'École, des hôpitaux et de la garnison de Paris assistait en uniforme à cette triste cérémonie, à laquelle avaient été invités les parents et amis du défunt et quelques médecins civils. La presse médicale y était représentée par [illegible] de ses membres, M. le docteur A. Dechambre, rédacteur en chef de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, et le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX. (*Gazette des hôpitaux*.)

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la *Gazette hebdomadaire* expire le 30 septembre 1857, sont prévenus qu'à moins d'ordre [illegible] reçu avant le 10 de ce mois, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement, un mandat payable le 31 octobre courant.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 16 OCTOBRE 1857. — N° 42.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 15 octobre 1857.

CONGRÈS D'OPHTHALMOLOGIE DE BRUXELLES : OPHTHALMIE MILITAIRE. ACCOMMODATION DE L'ŒIL. — REMARQUES SUR LA PUSTULE MALIGNE (suite). — CAS DE PEAU BRONZÉE : EXAMEN MICROSCOPIQUE DES CAPSULES SURRÉNALES.

La GAZETTE HEBDOMADAIRE, par la plume du rédacteur qui avait bien voulu la représenter au congrès d'ophthalmologie de Bruxelles, a élevé des doutes sur l'excellence du moyen employé par le comité d'organisation pour diriger l'œuvre et pour la tourner vers des vues d'application pratique. La rédaction d'un programme, et surtout d'un *projet de solution*, lui avait paru changer d'une manière grave les conditions habituelles de ces sortes de réunions, et ouvrir la chance de laisser à la porte des communications intéressantes, de faire des mécontents et d'enfanter, au lieu d'un code d'ophthalmologie, des solutions hâtives dont l'autorité serait sujette à contestation. Cette impression a été manifestée plusieurs fois dans le cours des débats; on sait de plus aujourd'hui qu'elle a été celle de la plupart des organes de la presse : il y a donc grande apparence qu'elle était fondée. Mais on attribuerait à nos remarques une portée qu'elles sont loin d'avoir, si l'on supposait que nous méconnaissons le grand, le signalé service que le congrès, tel quel, a rendu à la science et à l'art ophthalmologiques. Une lettre, adressée par M. le secrétaire général à une feuille de Paris, dont l'appréciation ressemblait beaucoup à la nôtre, a fait naître en nous le besoin de nous en expliquer formellement. L'importance des questions admises dans le programme, les controverses dont elles ont été l'objet de la part des praticiens les plus renommés et les plus compétents, laissent encore à la manifestation une importance considérable, et certainement l'oculistique doit se montrer reconnaissante envers le comité, spécialement envers le secrétaire général, dont le zèle a été sans bornes, comme les membres du congrès ne peuvent qu'honorer la fermeté im-

FEUILLETON.

Discours prononcé à l'inauguration de la statue d'Étienne Geoffroy Saint-Hilaire, le 11 octobre 1857, à Étampes, par M. MICHEL LÉVY, président de l'Académie impériale de médecine.

Messieurs,

Cette statue est plus qu'un hommage, elle est une protestation. Tandis que les intérêts matériels pèsent d'un lourd poids sur la pensée publique et développent une irrésistible énergie sous toutes les formes d'exploitation, voici une petite ville qui glorifie le culte des idées, qui inaugure avec la pompe d'une fête patriotique l'image d'un savant, le symbole de l'intelligence appliquée aux travaux à la fois les plus minutieux et les plus abstraits de la science. Et ce grand homme, dont nous contemplons avec respect les traits reproduits par un véritable artiste, a-t-il cultivé, a-t-il fait avancer à pas rapides l'une des branches de connaissances qui triplent les ressources de l'industrie, qui font la richesse d'une population et changent l'aspect d'une contrée? Non, il n'a fondé sur sa terre natale rien qui favorise les jouissances matérielles, rien qui sollicite les cupidités du trafic : c'est un penseur, c'est un chercheur, c'est un philosophe de la nature; de ses compatriotes peu ont suivi ses publications, peu se sont élevés sur ses traces à la contemplation des vérités abstraites, des faits généraux qu'il a établis par la double puissance du travail et de l'inspiration; mais tous ont connu sa noble existence consumée dans les recherches et les méditations de l'ordre le plus difficile, tous ont entendu les échos de sa renommée, renvoyés vers le coin de terre qui l'a vu naître par tout ce qu'il y a au monde d'esprits livrés à l'étude des phénomènes naturels, par toutes les voix qui interrogent les secrets du Dieu créateur et conservateur des êtres... Et la ville d'Étampes lui consacre aujourd'hui ce monument, moins durable que les œuvres de son génie, parce qu'elle a le sentiment des véritables conditions de la force et de la gloire de notre pays, parce que,

partiale avec laquelle le président, M. Fallot, a dû contenir les orateurs dans le cercle où le programme l'enchaînait lui-même (1).

Parmi les questions traitées, il en est trois sur lesquelles nous appellerons plus particulièrement l'attention du lecteur. Ce sont celles qui concernent : 1° l'ophthalmie dite *militaire*; 2° l'accommodation de l'œil; 3° la spécificité dans les ophthalmies. Nous nous occuperons aujourd'hui des deux premières.

— La question de l'ophthalmie des armées portait, aux termes du programme, sur les points suivants :

1° La transmissibilité de l'ophthalmie étant démontrée, peut-on déterminer exactement par quelle voie s'opère la transmission?

2° Quel est, dans la transmissibilité de l'ophthalmie, le rôle que les faits permettent d'assigner aux granulations, et quelle est la nature de ces dernières?

3° Est il une formule de traitement dont l'expérience ait sanctionné la supériorité dans le traitement de l'ophthalmie militaire?

4° Quelles sont les meilleures mesures à prendre pour prévenir l'apparition et empêcher la propagation de l'ophthalmie militaire?

C'est à la première section que revenait la tâche d'étudier cette grave question et de proposer des solutions au comité général. Section et comité ont admis presque sans discussion le fait de la transmissibilité de l'ophthalmie militaire *par contact*, c'est-à-dire par le transport du principe contagieux fourni par l'œil malade sur un œil sain, soit directement (*contact immédiat*), soit par l'intermédiaire d'objets contaminés (*contact médiat*).

Quant à la transmissibilité de la maladie *par infection*, c'est-à-dire par l'intermédiaire de l'air chargé de principes contagieux, elle a donné lieu à de longs et intéressants débats. A côté de faits négatifs nombreux, dans lesquels la présence longtemps prolongée d'individus sains au milieu de malades atteints de granulations sécrétoires n'avait été suivie d'aucun symptôme de contagion, on a fait valoir d'autres faits de signification opposée. Le congrès n'a donc pas hésité à admettre ce fait important de la transmissibilité de l'ophthalmie militaire par voie miasmatique avec toutes les conséquences qui en dérivent au point de vue de la prophylaxie; il a adopté l'amendement suivant, proposé par MM. Laveran et Lustreman, délégués du gouvernement français :

« *L'encombrement des hommes, l'aération insuffisante, favorisent*
» *le développement des foyers d'infection au milieu desquels les sujets*
» *jeunes, les personnes inaccoutumées, les nouvelles recrues, viennent*
» *puiser le germe de l'ophthalmie contagieuse. Les foyers d'infection*
» *aggravent la maladie lorsqu'elle est développée et y donnent une*
» *durée plus longue.* »

Le second point, qui touchait à la partie théorique de l'étude de l'ophthalmie militaire, donna lieu, dans la section, aux débats les plus vifs et les plus contradictoires; chacun, pour ainsi dire, des membres présents avait une idée spéciale sur la nature des granulations; mais tous, sans aucune exception, furent d'avis que le traitement, et surtout la prophylaxie, n'en devaient pas être influencés. Dans ces conditions, la discussion du point théorique, quelque intéressante qu'elle dût être, perdait de sa valeur en présence des résultats pratiques qu'avant tout le congrès cherchait à atteindre. Aussi la section, pour ne pas perdre un temps qu'il importait d'utiliser, crut devoir proposer de passer outre et soumettre au comité général la solution suivante :

« *Quelle que soit l'idée que l'on se forme des granulations palpé-*
» *brales, leur présence cause le plus souvent dans la conjonctive un*
» *travail d'inflammation, avec sécrétion muco-purulente, d'où provien-*
» *vent des émanations qui constituent une des causes du développe-*
» *ment des granulations dites* militaires. »

Cette rédaction, qui impliquait la clôture du débat sur la nature des granulations, fut adoptée par le congrès après quelques réclamations assez vives d'un ou deux membres qui avaient à soutenir sur ce point des idées particulières; les orateurs qui n'ont pu être entendus ont déposé leurs mémoires, lesquels seront insérés au *Compte rendu*, et ainsi ne seront pas perdus pour la science.

Sur ce qui concerne le traitement, MM. de Caballi, Marques, Montaut, Gobée, Müller, ont successivement exposé leurs vues et le résultat de leur expérience personnelle dans les armées de la Russie, du Portugal, de l'Espagne, des Pays-Bas, de la Prusse, etc. Le nitrate d'argent, en crayon ou en solution plus ou moins concentrée, joue dans toutes les armées le rôle principal dans le traitement des granulations. M. Marques a beaucoup vanté les petites scarifications des granulations innombrables et parallèles au bord palpébral, suivies de l'application du crayon de sulfate de cuivre.

Le congrès a adopté la rédaction suivante, proposée par la section :

« *Le traitement doit se composer : 1° dans l'ophthalmie purulente*
» *aiguë, de la médication antiphlogistique dans toute son extension,*
» *de l'application de certains agents locaux ayant pour objet de mo-*
» *difier l'inflammation de la conjonctive, d'incisions détersives et de*
» *l'excision du chémosis; 2° dans les granulations palpébrales, de*
» *l'emploi d'agents caustiques ou résolutifs combinés, s'il y a lieu,*
» *avec les médications antiphlogistique, altérante, ou tonique et re-*
» *constitutive, suivant les circonstances. Enfin, quel que soit le trai-*
» *tement auquel on s'arrête, une application convenable des lois de*
» *l'hygiène doit former le complément indispensable du traitement*
» *thérapeutique.* »

Quant à la série des mesures à prendre pour prévenir l'apparition et empêcher la propagation de l'ophthalmie militaire, les différents articles ont été sérieusement discutés en section et en comité général. Leur réunion constitue une sorte de *code ophthalmique* dont nous n'avons pas entre les mains les éléments officiels. Les mesures adoptées par le congrès seront publiées, *in extenso*, dans

(1) Nous donnons plus loin (p. 743) une grande partie du discours d'ouverture de M. Fallot, que le défaut d'espace nous avait empêché jusqu'ici de reproduire.

---

suivant le beau langage d'un des plus éminents disciples de Geoffroy Saint-Hilaire, « les productions de l'esprit sont plus que les autres les signes ineffables de la grandeur d'une nation (1). »

Dans cette vie, qui embrasse la période la plus féconde et la plus agitée de notre histoire, de 1793 à 1844, on ne sait ce qu'il faut admirer le plus, d'une série non interrompue de découvertes et d'initiatives dans l'ordre scientifique, ou d'une suite non moins nombreuse de manifestations et d'élans spontanés qui dénotent un fonds inépuisable de générosité, de délicatesse et de dévouement. Si cette statue n'était point consacrée au génie de Geoffroy Saint-Hilaire, il faudrait en faire hommage à son caractère. La science et la moralité ne se sont jamais associées dans le même homme ni plus étroitement ni à un plus éminent degré. A l'âge de vingt ans, il soustrait aux massacres des septembriseurs son maître Haüy, le créateur de la cristallographie, et treize autres ecclésiastiques; il recueille sous son toit, au péril de ses jours, le poëte Roucher; il défend avec succès Daubenton contre l'accusation alors capitale d'incivisme; il veille de près et de loin à la sûreté de Lacépède. Cuvier vivait caché sous un faux nom dans un village de la Normandie; il devine, d'après quelques communications, l'esprit supérieur qui devait créer un jour la paléontologie, qui devait, après Buffon, Daubenton et avec Geoffroy lui-même, faire un jour de la zoologie une science toute française; il l'attire, il le fixe à Paris, il établit avec lui cette touchante communauté de vie et de travail que plus tard les luttes et les aspirations contraires ne pourront effacer de leur souvenir. Professeur du Muséum à vingt et un ans, son premier mouvement est d'offrir sa chaire à Lacépède, comme en 1809, lors de la création de la Faculté des sciences il pressera le vénérable Lamarck de prendre possession de l'enseignement qui lui est assigné. Le poétique épisode de la campagne d'Égypte se prépare : il quitte sa chaire du Muséum pour accompagner en Afrique un général en chef qui veut faire à la science une part de sa gloire. Après la prise d'Alexandrie, quand un honteux article de la capitulation du général Menou prescrivit aux

(1) M. Serres, *Discours sur la tombe de Geoffroy Saint-Hilaire.*

le COMPTE RENDU GÉNÉRAL, dont la publication très prochaine est annoncée.

La première remarque que nous trouvions à faire, nous Français, sur ces déclarations du congrès de Bruxelles, c'est qu'elles sont de tout point conformes aux conclusions d'un Rapport adressé, il n'y a pas moins de dix-sept ans (1840), à M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, par M. le docteur Caffe, envoyé dans le Nord pour y étudier l'ophthalmie militaire. A cette époque déjà on ne mettait plus guère en doute la transmissibilité de cette affection par contact immédiat, et même par contact médiat (car les deux modes sont identiques au fond); mais on répugnait beaucoup à concéder la possibilité d'une infection ou contagion par voie miasmatique, et aujourd'hui encore, en Belgique comme ailleurs, des esprits très éclairés s'y refusent opiniâtrément. M. Caffe n'a pas hésité à affirmer l'existence de ce troisième mode de transmission. Il a cité des faits, les uns constatés par lui-même, les autres empruntés aux observateurs les plus compétents et les plus exempts de prévention, à M. Fallot, à M. Ansroul; des faits qui paraissent bien démontrer positivement que l'ophthalmie peut être transportée, hors du foyer épidémique, d'un individu malade à un individu sain, militaire ou civil, sans contact immédiat ou médiat de la matière purulente et par le seul effet de la cohabitation dans un même lieu. Que telle ne soit pas la voie ordinaire de transmission, c'est ce que nous croyons volontiers; comme aussi nous ne sommes nullement disposé à contester le fait de la diminution du nombre des ophthalmies dans l'armée belge sous l'influence de certaines mesures réglementaires prescrites par l'honorable M. Vleminckx, dans des vues tout à fait étrangères à la doctrine de la contagion: par exemple, la modification de toutes les parties de l'habillement (coiffure, cravate, habits) susceptibles de gêner la circulation dans les parties supérieures. Mais le fait de la contagion, qui se prouve *ipso facto*, n'a rien à démêler avec toutes les autres conditions étiologiques qu'on voudra supposer; et il peut s'arranger de n'importe quelle cause de développement et de propagation, pourvu qu'on veuille bien s'arranger de lui. Il faut remarquer, d'ailleurs, que la question dont il s'agit n'est pas absolument confinée dans le domaine militaire; qu'une ophthalmie identique, *par les lésions anatomiques et par les symptômes*, avec celle des armées, s'observe assez fréquemment dans la pratique et dans les hôpitaux civils, et que, là encore, il devient difficile d'expliquer les cas si nombreux de transmission par le transport direct de la matière purulente. M. Desmarres affirme que beaucoup d'enfants qui sortent *granulés* de l'hôpital de la rue de Sèvres répandent la maladie dans leurs familles.

Au reste, nous sommes très disposé à reconnaître que la démonstration du fait de la contagion de l'ophthalmo-blennorrhée par voie miasmatique (1) ne repose pas sur un ensemble de documents assez considérable et assez solide pour forcer d'autorité toutes les convictions. Le congrès, en admettant ce fait, un peu atténué par l'amendement de MM. Lustreman et Laveran, s'est rattaché à ce qu'il y a de plus probable; mais ce ne serait pas, il s'en faut, une précaution inutile, que de poursuivre sur ce sujet des expériences directes: telles, par exemple, que celles qui sont proposées par MM. Warlomont et Testelin dans la nouvelle édition de l'ouvrage de Mackenzie, et qui consisteraient à enfermer dans une même pièce, avec impossibilité de contact mutuel, des chiens affectés d'ophthalmie granuleuse, ou bien des chiens sains, mais vivant à côté de linges imprégnés de matière ophthalmique.

Quant à la question de savoir quel est, dans le produit complexe de l'ophthalmie, l'agent spécifique de la transmission, elle est loin d'être aussi oiseuse que l'ont paru croire quelques membres du congrès; car, les éléments physiques de la maladie n'étant pas les mêmes pendant toute sa durée, le pus n'ayant pas les mêmes qualités à la fin qu'au commencement ou au milieu, les granulations ne se développant qu'à une certaine période de l'ophthalmie, il s'ensuit que la détermination de l'agent morbifère indiquerait en même temps l'époque à laquelle naît ou s'évanouit le danger de la contagion, et aurait une grande influence sur la prophylaxie. Mais, sur ce point les ténèbres ne sont pas dissipées. En faisant jouer aux granulations le rôle d'un corps étranger amenant l'inflammation de la conjonctive, qui serait seule en possession d'élaborer la matière infectante, le congrès n'a-t il pas été au-delà des données positives de l'expérience? Il y a longtemps que M. de Condé attribuait exclusivement la propriété contagieuse au liquide de vésicules développées dans les plis profonds de la muqueuse. Plus récemment (1854), M. Van Roosbroeck a institué des expériences tendant à établir que la transmis-

(1) On s'est élevé sans motif plausible, selon nous, contre le vague de cette expression et de la chose qu'elle représente. La maladie se transmet par quelque principe: si ce n'est pas par le pus directement appliqué sur l'œil, c'est par quelque autre chose de physique, de matériel, qui est nécessairement volatil. Mais ce qui est essentiel ici, c'est le fait de la transmission à distance, et l'on est libre de substituer l'expression de voie *atmosphérique* à celle de voie *miasmatique*.

---

membres de l'Institut d'Égypte de livrer aux Anglais leurs manuscrits et leurs collections, vous savez son attitude inspirée, ses mesures héroïques, sa victoire, qui nous a valu dans son intégrité le monument littéraire et scientifique de la campagne d'Égypte, unique trophée de cette guerre de quatre ans et bien propre à faire ressortir la supériorité des conquêtes de l'intelligence sur celles de l'épée. De retour en France, il refuse une préfecture pour rester simple savant. Chargé d'explorer les collections d'histoire naturelle du Portugal au profit de notre musée, il s'expose à mille dangers pour traverser l'Espagne soulevée; calme dans les prisons, aux cris d'un attroupement qui réclame sa tête, il désarme la férocité populaire par la fermeté de sa contenance, et, parvenu enfin jusqu'en Portugal, il y remplit sa mission de telle manière qu'après la prise de Paris, quand chaque puissance étrangère exerça ses revendications sur nos musées, le Portugal se tut, et son ministre, pour toute réponse au duc de Richelieu qui l'interpellait à ce sujet: « Nous ne réclamons rien, dit-il, nous n'avons rien à réclamer. » Toutefois, sur dix-huit caisses que Geoffroy Saint-Hilaire s'était procurées à prix d'argent ou par des échanges, il doit en livrer aux Anglais quatre à son choix, il leur abandonne celles qui contiennent les objets nécessaires à sa personne. Dans les premiers tumultes de la révolution de 1830, les jours de l'archevêque de Paris sont menacés; Geoffroy le fait sortir de l'hôpital de la Pitié, où ses traces étaient suivies, et lui offre une retraite plus sûre dans son propre logement. Mais sa santé faiblit, sa vue se trouble: il envoie sa démission des fonctions de professeur à la Faculté des sciences dès qu'il craint de ne pouvoir plus les remplir, et il ne se décide à la retirer que sur les instances noblement suppliantes du célèbre chimiste qui était alors doyen de cette Faculté (M. Dumas). Rappellerons-nous sa réserve dans les mémorables controverses que ses doctrines ont suscitées à l'Institut et qui ont tenu l'Europe attentive au milieu des préoccupations politiques de 1830, son empressement à honorer la mémoire de Cuvier, sa douce résignation, sa sérénité, ce qu'il appelait son bonheur, quand, sous le poids des infirmités de la vieillesse et d'une complète cécité, il disait: « Je suis aveugle, mais je suis heureux! » Dirons-nous,

sion s'opère exclusivement par le globule du pus, et non par les autres éléments de la matière muco-purulente. Cette dernière opinion est la plus vraisemblable, quoique encore sujette à contestation.

— Nous publions plus loin (page 740) le compte rendu abrégé de la séance du congrès où a été débattue l'importante question de l'accommodation de l'œil, c'est-à-dire de la faculté que possède l'œil d'adapter son mécanisme interne à la distance variée des objets, pour le maintien de la vue distincte. Ce qui ressort manifestement de cette discussion, c'est que la théorie de l'accommodation par les muscles extérieurs de l'œil (droits et obliques) n'est plus admise par personne, du moins au sens exclusif qu'on lui donnait autrefois. M. Arlt a seul attribué aux muscles périphériques une part active dans la production du phénomène, mais sans retrancher l'action du muscle ciliaire. L'immense majorité des physiologistes s'accorde aujourd'hui à ne reconnaître aux muscles droits et obliques, dans le mécanisme de l'adaptation, d'autre rôle que celui d'assujettir l'œil pour prêter un point d'appui à l'action du muscle ciliaire, et c'est ce dernier muscle qu'ils considèrent comme l'agent essentiel de la fonction. On ne dispute plus que sur des particularités de détail; particularités encore fort importantes au point de vue physiologique, mais sur lesquelles la science moderne, la science allemande surtout, fait chaque jour des conquêtes.

Comme nos lecteurs pourraient n'être pas tous familiarisés avec les notions anatomiques que comporte cette question délicate, nous prendrons la liberté de mettre sous leurs yeux une très bonne description du muscle ciliaire (autrefois *cercle ciliaire*, *ligament ciliaire*, *ganglion ciliaire*, etc.), que nous empruntons à la thèse d'un de nos collaborateurs, M. le docteur Marc Sée (1).

Ce muscle, dans sa portion principale, n'est autre chose que la zone blanchâtre qui termine en avant la face externe de la choroïde, et qui unit celle-ci à la sclérotique et à la cornée. Séparé de ces deux dernières membranes, il a la forme d'un anneau circulaire; son épaisseur est de 0mm,5 à 0mm,6 à son bord antérieur ou sa petite circonférence, qui répond à l'union de la cornée avec la sclérotique; elle diminue graduellement vers le bord postérieur, qui se confond d'un manière insensible avec les couches extérieures de la choroïde, au voisinage de l'ora serrata (2).....

La direction générale des fibres du muscle ciliaire est antéro-postérieure. Il est facile de s'en assurer de la manière suivante, indiquée par Bowman : Sur la partie postérieure du cercle ciliaire, détaché de la sclérotique, on fait une incision superficielle qui taille un petit lambeau ; ce dernier étant arraché avec une pince, la déchirure paraît fibreuse, et le sens des fibres est antéro-postérieur. Un procédé beaucoup plus sûr consiste à examiner, à un assez fort grossissement, des tranches très minces et antéro-postérieures du muscle ciliaire ; ces tranches sont faites au moyen d'un rasoir sur les membranes de l'œil desséchées ; elles permettent de constater les faits suivants :

La membrane hyaline, qui, sous le nom de membrane de Demours ou de Descemet, tapisse la face profonde de la cornée, arrivée au voisinage de la circonférence de cette dernière, perd progressivement les caractères qui la distinguent ; on y voit naître successivement des stries jaunâtres, parallèles aux faces de la membrane, qui devient enfin une véritable membrane élastique. Les fibres de cette membrane vont en divergeant un peu d'avant en arrière ; bientôt elles se divisent en deux faisceaux. L'un, interne, plus petit, se réfléchit en dedans, vers l'axe de l'œil, et se porte sur la face antérieure de l'iris, dans le tissu duquel il se perd : l'ensemble de tous ces faisceaux réfléchis constitue le *ligament pectiné de l'iris.* La portion externe de la membrane élastique continue son trajet antéro-postérieur, et ne tarde pas à se diviser en deux faisceaux seconc'aires, dont le plus superficiel va s'unir au réseau de fibres élastiques que présente la sclérotique à ce niveau, pour constituer la paroi externe du canal de Schlemm, tandis que le faisceau profond s'écarte légèrement du précédent, circonscrivant ainsi en dedans un espace aplati, allongé d'avant en arrière, qui porte le nom de *canal de Schlemm*, et, après un trajet marqué par la largeur de ce canal, vient rejoindre le faisceau superficiel. C'est de cette portion interne, formant la paroi interne du canal de Schlemm, que naissent les fibres du muscle ciliaire. Ces fibres, réunies en un seul faisceau à la partie antérieure, vont ensuite en divergeant ; les plus superficielles suivent la courbure de la sclérotique, et vont se continuer avec la choroïde ; ce sont les plus longues ; celles qui sont placées plus profondément se dirigent en arrière et en dedans, vers l'axe de l'œil, pour se terminer à la base des procès ciliaires. Les faisceaux les plus profonds, qui sont les plus courts et s'anastomosent fréquemment entre eux, deviennent en même temps obliques ou même perpendiculaires par rapport à l'axe de l'œil, et par leur réunion constituent, à la face externe des procès ciliaires, un véritable muscle circulaire, auquel se rattachent, d'après les recherches de M. Rouget, les fibres radiées de l'iris. Ces fibres transversales peuvent être vues très bien sur la face profonde du muscle. Voici la préparation qui permettra de les mettre en évidence. La choroïde étant vue par sa face interne, on arrache avec une pince les procès ciliaires, et les lames internes de la membrane : on découvre ainsi la face profonde du muscle ciliaire, dont une portion reste appliquée sur les procès ciliaires. On peut aussi, comme l'a fait M. Rouget, arracher la portion superficielle du muscle, en saisissant avec une pince le bord antérieur saillant qui résulte de la séparation de la choroïde et des membranes extérieures de l'œil.

Les éléments dont se compose le muscle ciliaire sont des fibres-cellules ordinaires, auxquelles Kölliker assigne 0mm,05 de longueur, et

(1) Ce qu'on sait sur ce muscle est dû aux recherches successives de Ph. Crampton, Clay Wallace, Brücke, Bowman, von Reethen, Arlt et Kœlliker.

(2) La zone blanchâtre qui portait le nom de ligament ciliaire n'a que 3 millimètres environ de largeur; mais plus en arrière se trouve un autre anneau plus pâle, dont la limite postérieure est marquée par l'*ora serrata*, visible ordinairement par transparence. Cet anneau, qui, chez les sujets adultes, est très évident, a la même largeur que le cercle ciliaire proprement dit ; il est manifestement strié dans la direction du méridien de l'œil, et son tissu est le même que celui du cercle ciliaire.

---

car ce sont encore là des traits de son caractère, son expansive et tendre sympathie pour ses disciples, pour la jeunesse qui recueillait ses leçons, sa libéralité d'entretiens et de communications avec elle : « Jeunesse aimable, s'écrie-t-il en terminant le discours pré- » liminaire de sa philosophie anatomique, jeunesse aimable, tout » occupée des nobles productions de l'esprit, vous semblez absor- » bée dans une seule pensée, dans cette pensée qui a fait dire à » Virgile :

» Felix qui potuit rerum cognoscere causas, »

étendant ainsi à tous ceux qui l'écoutaient cette sainte passion de sa propre intelligence, cet ardent amour des vérités naturelles, ce besoin de rechercher et de noter, à côté des faits que l'observation recueille et que la méthode relie en faisceaux, les rapports qui les unissent, les circonstances qui les modifient, le type ou l'idée dont ils procèdent et qu'ils concourent à démontrer par leur enchaînement.

Si nous avons rappelé d'abord les principales époques de sa vie morale, c'est que nous plaçons l'homme au-dessus du savant, le caractère au-dessus de l'intelligence, les bonnes actions avant les bons ouvrages; et lui-même ne disait-il pas qu'une bonne action vaut mieux que plusieurs découvertes? Il appartenait, d'ailleurs, à des maîtres justement autorisés (1), à d'anciens collègues de l'Institut, du Muséum, de la Faculté des sciences, d'apprécier la portée des travaux et des idées de Geoffroy Saint-Hilaire; il convenait seulement au représentant de l'Académie de médecine d'en redire après eux la signification générale, de signaler l'impulsion que ces idées et ces travaux ont imprimée aux diverses branches de la médecine et même à la chirurgie. Mais en approchant du naturaliste, de l'anatomiste, du créateur de la tératologie, quel autre [illegible] précieux embarras que le mien? Par où commencer l'inventaire de tant de richesses accumulées? Encore ici, comment faire la juste part de notre admiration entre l'investigateur de dé[illegible] et cet esprit à lumières vives et imprévues qui observe [illegible]

(1) MM. Duméril, Serres et Milne Edwards.

0^{mm},007 à 0^{mm},009 de largeur. Nous avons cru voir, comme von Reeken, que ces éléments sont un peu plus petits à l'origine et à la terminaison du muscle que dans sa partie moyenne. Ces fibres-cellules sont très délicates et s'altèrent rapidement, de sorte que, sur les cadavres humains, il est rare qu'on les rencontre bien distinctes, si ce n'est sur des enfants très jeunes; mais, en examinant des yeux d'animaux, on peut les voir très nettement. Elles sont finement granulées et renferment un noyau oblong ou arrondi, beaucoup moins altérable que l'enveloppe de la cellule. Les fibres-cellules sont unies intimement entre elles pour constituer des fibres; leur séparation exige l'emploi des réactifs, parmi lesquels la soude surtout donne de bons résultats.

On voit par cette description que le muscle ciliaire et l'iris forment un système continu qui gouverne les mouvements actifs des parties internes de l'œil. M. Bowman attribue au muscle ciliaire la faculté de porter le cristallin un peu en avant, en tirant les procès ciliaires vers la ligne de jonction de la sclérotique et de la cornée. Suivant M. Brücke, ce muscle tire sur la choroïde et la rétine, et les tend contre le corps vitré. MM. Helmholtz et Donders pensent que l'insertion antérieure du muscle recule un peu sous l'effort de la contraction, pendant que son insertion postérieure avance. Quoi qu'il en soit, il paraît démontré aujourd'hui (voir la thèse de M. Sée) que, pendant l'accommodation : 1° la pupille se rétrécit; 2° le bord pupillaire de l'iris se porte en avant; 3° la portion périphérique se porte en arrière; 4° la face antérieure du cristallin devient plus convexe et progresse un peu vers la cornée; 5° enfin la face postérieure de la lentille devient également plus convexe, mais sans se déplacer bien sensiblement. A l'aide des procédés les plus ingénieux, M. Helmholtz est parvenu à déterminer rigoureusement, dans les divers états d'adaptation, le rayon de courbure de la cornée, la distance de la cornée au cristallin, l'épaisseur de ce dernier et les rayons de courbure de ses deux faces antérieure et postérieure. On peut aujourd'hui mesurer, sous ces différents rapports, les changements que subit l'œil chez tel ou tel individu, dans un acte donné d'accommodation.

La question est donc fort avancée. Cependant elle ne nous paraît pas encore résolue sur tous les points, et la discussion a laissé voir de notables dissidences entre les ophthalmologues les plus renommés. En ce qui concerne les muscles périphériques, le maintien de la faculté d'accommodation dans les cas où ils sont paralysés, et d'autres faits encore, prouvent péremptoirement que leur rôle ici n'est que secondaire. Mais n'influent-ils en aucune manière sur le déplacement du foyer? Tout ce que nous croyons pouvoir affirmer, c'est que, dans certains cas de strabisme avec rétraction de plusieurs muscles de l'œil et bombement anormal de la cornée, opérés par M. J. Guérin, la limite de la vue distincte s'est sensiblement allongée immédiatement après l'opération. Il y avait donc myopie mécanique. Les muscles ne peuvent-ils, par leur contraction physiologique, modifier passagèrement le rayon de courbure de la cornée comme le fait en permanence leur rétraction? C'est une question sur laquelle il nous reste des doutes.

A. DECHAMBRE.

Le virus charbonneux (1) suit une marche inverse chez l'homme et chez les animaux. Chez le premier il pénètre de dehors en dedans, et chez les seconds c'est toujours une affection interne. La pustule maligne est donc complétement différente des tumeurs charbonneuses de la peste d'Orient, qui ne sont qu'une des manifestations de cette maladie. Elle diffère encore plus de ces plaques gangréneuses qui se développent au sacrum et sur les parties comprimées dans la fièvre typhoïde, comme voulait l'établir M. le professeur Piorry.

On ne peut assurément méconnaître dans la cause qui produit le charbon une sorte de virus spécial, mais qui cependant diffère des virus contagieux, en ce sens que, pour produire ses effets toxiques sur l'économie, il a besoin de subir de la part de notre organisation une sorte d'élaboration, de travail spécial, qui lui donne ses dangereuses propriétés. Ainsi, après l'application sur la peau saine ou excoriée de l'agent de transmission, on voit bientôt un point analogue à une piqûre de puce, ce qui a fait donner en certains pays le nom de *puce maligne* à ce mal. Ce point s'étend, occasionne une légère démangeaison, se couvre bientôt d'une petite vésicule d'un gris livide, qui est bientôt écorchée; un point jaunâtre, passant généralement au brun, de la largeur d'une tête d'épingle ou d'une lentille, se déprime au centre; il est entouré d'un cercle de vésicules grisâtres; puis, l'eschare généralement grandit aux dépens du cercle vésiculeux qui se déchire et se dessèche par l'invasion de la gangrène; de nouvelles vésicules plus larges cernent la circonférence de l'eschare; elles contiennent une sérosité brunâtre en général; bientôt une tuméfaction plus ou moins considérable se produit et s'étend

(1) ERRATA. — Dans le numéro précédent, au lieu de : « Toutes les parties des animaux malades peuvent transmettre à l'homme le principe de la pustule maligne, *et toujours après la mort de celui-ci* » (p. 717), lisez, au lieu de ce dernier membre de phrase : « *longtemps même après la mort de celui-ci.* » — Au lieu de *juments* (p. 718), lisez *viandes*.

---

grand? Car s'il appartient à cette élite de savants qui ont l'instinct et le pouvoir de la généralisation, il possède aussi la patience des vérifications minutieuses, l'initiative des recherches exactes. Le même écrivain qui s'est élevé si haut dans la synthèse des faits anatomiques et zoologiques, a décrit un grand nombre d'espèces avec la plus sévère précision; pas une classe de vertébrés qu'il n'ait enrichie sous les points de vue les plus divers, où il n'ait créé des genres nouveaux, déterminé des espèces nouvelles, joignant à l'étude de leurs caractères de conformation et de structure l'observation de leurs mœurs. Plus il sentait en lui d'entraînement et d'essor vers les vues générales, vers les sommités de la science, plus il tenait à fortifier, à consolider le point de départ. Trois ouvrages étendus, plus de soixante monographies, seize mémoires tératologiques, tels sont les résultats de cette laborieuse vie, presque double par le travail nocturne. Tantôt sur les bords du Nil, il vérifie, au profit de l'ornithologie, les récits soi-disant fabuleux d'Hérodote, d'Aristote et de Pline; tantôt, près du même fleuve et sur le littoral de la mer Rouge, il fait sur les poissons de ces lointains climats des observations dont Cuvier proclame l'excellence; il découvre des espèces entièrement nouvelles de sauriens et d'ophidiens; il est l'un des premiers créateurs des genres mammalogiques; c'est lui qui a déterminé un tiers des genres actuellement connus dans l'ordre des primates. Infatigable à observer, à décrire, à déterminer les êtres qu'il trouve en ses voyages, ou qui, de toutes les parties du globe, sont envoyés au Muséum, dont il est et restera le principal fondateur, modèle de fidélité dans les descriptions et de rigueur dans les caractéristiques, l'œil fixé sur les plus infimes particularités du fait matériel, et la pensée reposant sur les plus hautes vérités de la philosophie naturelle.

Mais quoiqu'il ait mis sa jeunesse au service de la zoologie descriptive, il n'a pas, pour me servir de sa propre expression, l'engouement des détails; il ne voit pas dans la classification l'idéal auquel doit tendre l'histoire naturelle. Décrire et classer les êtres, c'est ranger des livres sur les rayons d'une bibliothèque, c'est se composer un répertoire. La science va plus loin et plus haut, elle exige plus d'exactitude même que n'en comporte la distribution

au loin. Les chairs sur lesquelles repose le bouton prennent une dureté squirrheuse, pierreuse, suivant l'heureuse expression de M. Amédée Joux. J'avais proposé de dénommer cette dureté centrale assez bien limitée, surmontée du bouton caractéristique, *tumeur charbonneuse*. Sur cette tumeur, de nouvelles vésicules ou phlyctènes plus ou moins larges s'établissent ; elles ressemblent à celles du pemphigus, et renferment une sérosité jaunâtre contenant parfois une certaine quantité de matière gélatineuse ou puriforme, des traînées melliformes, lorsqu'elles viennent à se percer. C'est peut-être ce qui a fait penser qu'elles contenaient du pus ; car, bien que notre confrère de Provins prétende que la pustule maligne est bien nommée, puisque le bouton contient du pus, j'avoue que cette assertion me paraît bien éloignée de la vérité ; car un des caractères diagnostiques différentiels les plus certains de cette affection, c'est justement l'absence de ce liquide anormal. Lorsqu'il s'en forme, c'est que l'élément malin a été éliminé et que la plaie a passé à l'état purement inflammatoire. Quand le mal continue à croître, la tuméfaction s'étend à l'entour ; mais elle est molle, fluctuante, tout à fait œdémateuse, et se termine souvent, comme a dit M. Raphaël, en marche d'escalier ; la moindre pression l'empêche de se produire ou la déforme.

Pendant ce temps, on conçoit que l'organisme ne doit pas rester muet : l'absorption du virus élaboré dans le bouton malin ne tarde pas à y porter un trouble, qui s'annonce par de la faiblesse, de la lassitude, de la céphalalgie ; la langue se couvre d'un enduit blanchâtre ; des vomissements d'abord muqueux, puis bilieux, surviennent ; le pouls devient petit, concentré, intermittent, finit même par disparaître ; la peau se refroidit ; le malade, bien que glacé, se plaint d'une chaleur ardente ; il a de l'oppression ; presque toujours, même dans les derniers moments de son existence, il est obligé de se lever pour respirer ; soif inextinguible ; couleur violacée des téguments ; enfin la mort arrive, le malade ayant conservé toute son intelligence : quelquefois les symptômes ultimes que je viens de signaler ne se manifestent pas, et la mort survient inopinément.

Pendant les derniers moments la tumeur charbonneuse prend une couleur de plus en plus livide ; l'eschare s'agrandit sans jamais prendre de développement, à moins que ce ne soit aux paupières, dont la peau est très fine et facile à désorganiser. Je n'ai jamais vu que l'œdématie qui existe au loin, à la périphérie du mal, prît l'apparence de l'emphysème, comme le disent Esnault et Chaussier et comme on l'a répété depuis. Jamais je n'ai pu constater la moindre crépitation ; c'est une tumeur molle et tremblotante.

Lorsque, sous l'influence du traitement ou des efforts de la nature, une amélioration se déclare, la peau qui environne l'eschare prend une teinte d'un rouge foncé, comme érysipélateuse ; cette rougeur peut s'étendre au loin et remplacer la pâleur grisâtre des tissus œdématiés ; le pouls se relève, la soif diminue, enfin l'appareil symptomatique disparaît peu à peu. La tuméfaction du centre persiste longtemps ; quelquefois les ganglions lymphatiques voisins, qui étaient d'abord engorgés, s'enflamment et s'abcèdent. Il faut reconnaître, comme l'a fort bien dit M. Robert, que les vaisseaux et les ganglions lymphatiques ont, dans ces cas, une tendance considérable à s'enflammer. De là ces traînées leuco-phlegmasiques qu'on rencontre surtout aux membres, et que le vulgaire appelle chez nous les *racines du charbon*, mais qui manquent cependant assez souvent et sont loin d'être un signe pathognomonique. Ces gonflements glandulaires sont parfois très douloureux, alors que le mal n'occasionne que peu ou point de douleur.

Esnault et Chaussier, qui semblent avoir pris cette affection pour une maladie surtout externe, lui reconnaissent quatre périodes, basées sur des désordres extérieurs plus ou moins considérables. Ils ont été suivis par presque tous les auteurs qui ont écrit depuis eux sur la pustule maligne. Comme je l'ai dit ailleurs, c'est une manière très vicieuse de considérer le mal ; il n'y a véritablement que deux périodes. Je ne tiens pas compte de l'incubation, qui est tout extérieure et n'est nullement apparente : elle peut durer deux ou trois jours. Il n'y a, dis-je que deux périodes, qui se succèdent fort inégalement, l'une externe et l'autre interne. J'ai désigné cette dernière sous le nom d'*intoxication*. Quelquefois le bouton est peu développé, que le mal déjà commence à retentir dans l'économie ; dans d'autres circonstances, la tuméfaction devient assez forte avant qu'aucun symptôme général se manifeste.

Le *diagnostic* de la pustule maligne, en général aisé lorsqu'elle a acquis un certain développement, est souvent fort difficile au début, en raison de certaines variétés qu'elle peut offrir. C'est ainsi qu'on se méprendra presque toujours au début de la forme que j'ai appelée *œdème malin des paupières*, qui commence par une simple tuméfaction transparente, indolore et pâle de ces voiles membraneux, surtout des paupières supérieures. Ce n'est qu'au bout d'un, deux ou trois jours que les phlyctènes et les eschares apparaissent,

---

toujours un peu arbitraire des familles zoologiques. Ces échafaudages de la méthode, que sont ils en eux-mêmes, si ce n'est une première application de cette idée, que les êtres d'un même groupe sont liés par des rapports intimes et composés d'organes tout à fait analogues ? Cette idée a une formule plus générale : l'organisation des animaux peut-elle être ramenée à un type uniforme ? Problème séculaire, né d'une généralisation instinctive et prématurée dès les premiers âges de la science. Aristote, les alchimistes, Newton, Bonnet, Buffon, Vicq d'Azyr, l'ont énoncé ; Herder, Camper, Gœth, Schelling, Kielmeyer, ont préludé à sa solution. Le mode d'uniformité auquel Newton pense que les animaux sont soumis comme les masses du système planétaire, la conformité constante et la ressemblance cachée des êtres que Buffon admire plus encore que leurs différences apparentes, le type exemplaire de la création animée dont parle Herder ; en un mot, l'unité de dessein et de plan reste, jusqu'à Geoffroy Saint-Hilaire, une vue spontanée de l'esprit humain, non une généralité régulièrement déduite des faits. La démonstration scientifique de cette loi est son œuvre, et avec elle surgit la philosophie anatomique tout entière, appuyée sur quatre principes fondamentaux : le principe des connexions, la théorie des analogues, le principe de l'affinité élective des éléments organiques, enfin la loi du balancement des organes. Quelle nouvelle et vive lumière projetée dans le champ de l'organisation ! Plus de préférence à donner à telle ou telle anatomie en particulier ; il s'agit de considérer les organes là d'abord où ils se montrent au maximum de leur développement pour les suivre dans leurs dégradations jusqu'à zéro d'existence (1) : « Le principe des connexions rapproche les différents points du théâtre de nos explorations ; en simplifiant les recherches, il met les considérations de l'anatomie philosophique à la portée du plus grand nombre. » Mutabilité des formes organiques, mutabilité des espèces, rejet définitif du dogme de la préexistence des germes, influence des milieux ambiants sur le développement et la répartition géographique des familles et des espèces, classification parallélique des animaux si clairement

(1) *Philos. anat.*, t. I, disc. prélimin., p. XXXVIII.

ainsi que tout le cortége symptomatique. Parfois le bouton initial, au lieu d'être de prime abord une vésicule, est papuleux, et l'on est obligé d'ajourner son sentiment; mais dans tous les cas, lorsqu'on aura affaire à une tumeur indolente, enfoncée au centre, entourée de vésicules plus ou moins évidentes, à peu près indolente, survenant surtout chez les personnes qui sont dans les conditions propres au développement de la pustule maligne, il faudra, si l'on ne reconnaît pas tout de suite le mal, ne pas se hâter de dire que ce n'est rien. La marche ultérieure pourrait vous donner bientôt un triste démenti.

Suivant l'opinion populaire des pays où règne le charbon, et d'après l'avis de presque tous ceux qui ont écrit à ce sujet, celui-ci serait toujours mortel. Je ne puis admettre, d'après ce que j'ai maintes fois vu, que, abandonné à lui-même, ce mal se termine toujours d'une manière fatale; je crois même qu'il y en a des séries de gravité fort diverse. Ce qui m'a mis à même de constater ce fait important, c'est que, bien que l'affection charbonneuse soit très redoutée dans notre pays, comme elle est peu ou point douloureuse, ceux qui la portent s'en effraient souvent moins que du plus léger furoncule, la laissent aller toute seule, et ne vont demander du secours qu'alors qu'elle est évidemment sur son déclin.

De ce que je crois à la possibilité de la guérison spontanée, il ne faudrait pas conclure de là que, comme l'avance M. Raphaël, j'admette deux espèces de pustule maligne, l'une grave et l'autre bénigne. Je reconnais ici, comme dans toutes les maladies qui, bien que graves, très graves même, ne sont pas toutes mortelles (le tétanos, par exemple), je reconnais, *dis-je*, des cas plus ou moins dangereux, suivant la constitution du malade, la dose de venin plus ou moins forte qui a été absorbée, et un certain génie particulier; car le mal affecte quelquefois une forme épidémique. On conçoit, du reste, qu'il m'a fallu être bien fixé sur l'observation des faits de guérison spontanée, pour émettre une opinion aussi contraire à celle qui est si généralement établie.

Tout en reconnaissant que, dans le même pays, le mal n'offre pas toujours le même danger, je suis bien disposé à admettre que la pustule maligne peut varier d'une contrée à l'autre, soit sous le rapport de la gravité, soit sous celui de ses manifestations symptomatiques.

Le virus charbonneux est-il *transmissible* de l'homme à l'homme? Je suis disposé à répondre par la négative, n'ayant jamais observé de transmission de ce genre. Mais il est certain que la matière virulente provenant de l'espèce humaine communique aux animaux la fièvre charbonneuse mortelle, de même que le sang de rate de ceux-ci la reproduit chez eux, comme l'ont prouvé les belles expériences des médecins d'Eure-et-Loir et celles de M. le professeur Renault.

J'arrive maintenant au *traitement* curatif. Faudra-t-il, en présence d'un mal qui, s'il n'est pas toujours mortel, ne l'est encore que trop souvent; faudra-t-il, lorsque vous avez un moyen curatif qui réussit dans presque tous les cas, se contenter d'une application topique dont il est bien difficile à la pensée de saisir le mode d'action, et qui, comme tous les remèdes nouveaux, n'agira probablement que pendant un certain temps? Je ne le pense pas, et je crois fermement que si l'on venait à perdre un malade, la conscience ne serait pas tout à fait tranquille.

On reproche, d'ailleurs, aux autres moyens les douleurs qu'ils occasionnent, les difformités qu'ils amènent après eux, car la mort n'est pas seulement à craindre ici. Ces inconvénients sont vrais dans certaines limites; mais avec de la prudence on peut les atténuer, comme je le dirai plus bas, et ce n'est pas une raison pour faire de la pure expectative, car, quoi qu'on en dise, ce n'est pas autre chose. Tout au plus, comme un orateur le dit, pourrait-on, comme adjuvant ou dans les cas où la cautérisation deviendrait impossible, mettre en usage le moyen conseillé par M. Pomayrol.

Maintenant, pour parler de ce qui se fait généralement, disons que puisqu'on peut suivre des yeux et de l'esprit la marche du charbon depuis son origine, que nous voyons en lui un virus qui s'élabore sur place et qui, après ce travail, est répandu au sein de l'organisme par voie d'absorption, la raison, jointe à l'expérience, veut qu'on détruise le point d'où vient le virus, ce foyer que les phénomènes dont il est le point de départ ont fait désigner sous le nom de *malin*. En effet, avec une apparence insignifiante d'abord, il amène les plus graves désordres. C'est donc dans la destruction du bouton que consiste et qu'a toujours consisté la curation de ce mal.

Les uns donnent la supériorité au cautère actuel, d'autres aiment mieux employer les caustiques.

Le fer rouge me semble un moyen infidèle; il n'agit qu'imcomplétement et effraie beaucoup les malades; il ne doit être employé, suivant moi, que lorsqu'on manque des autres agents destructeurs : c'est aussi l'opinion de presque tous les praticiens qui demeurent dans les pays à charbon. Si les chirurgiens de Paris qui l'emploient avaient plus l'occasion de

---

formulée par le digne fils du puissant novateur; tous ces résultats, qui ont acquis aujourd'hui une vulgarité glorieuse pour leur auteur, sont sortis d'une vue originale et profonde qui date de ses premières publications, vers la fin du dernier siècle (de 1795 à 1797), et qui s'est exercée sans relâche par l'étude de l'état fœtal, par la comparaison des éléments primitifs et constitutifs des organes, la science des rapports entrevue par Buffon et enfouie dans les détails par Daubenton; il lui a donné pour base une seule idée, l'unité de type, et il en a fait, suivant le mot de M. Villemain (1), la première des philosophies. A son tour, la science des végétaux s'est emparée de ce principe. « Elle a su l'entourer, dit M. Dumas (2), des démonstrations les plus convaincantes; elle pénètre maintenant dans les sciences chimiques et prépare peut-être une révolution dans les idées. »

Merveilleuse fécondité d'une conception scientifique! Mais aussi quelle grandeur dans cette idée qui nous représente la nature toujours active, toujours créatrice, comme aux premiers jours, ne s'arrêtant pas quand une espèce s'éteint, pour recommencer son œuvre par l'enfantement d'espèces nouvelles; mais se manifestant dans un immense et perpétuel ensemble d'êtres coordonnés et subordonnés entre eux, par une filiation non interrompue de formes organiques depuis les premières ébauches qui composent le mystérieux domaine de la paléontologie jusqu'aux types les plus avancés du monde contemporain!

Esprit prime-sautier, prompt à saisir toutes les applications d'un principe, et les diversifiant dans la science comme il nous montre la nature diversifiant les formes d'un type unique, il ne devait pas se borner à l'ordre physiologique des recherches sur le plan général d'organisation; il en avait retrouvé les traces dans les êtres qui se présentent sous les apparences les plus anormales; il eut dès lors la volonté de poursuivre l'idée de l'unité de composition dans les écarts et les dérangements de l'ordre pathologique. Le voilà aux prises avec ces cas particuliers d'un développement irré-

(1) Alors ministre de l'instruction publique.
(2) *Discours aux funérailles de Geoffroy Saint-Hilaire.*

rencontrer le mal qui nous occupe, je crois qu'ils y renonceraient bientôt.

Tous les caustiques peuvent être mis en usage contre la pustule maligne, mais il en est deux qui le sont principalement : c'est la potasse caustique et le sublimé.

Généralement les médecins de Chartres emploient ce dernier, qui est venu des anciens guérisseurs, et qui, il faut le dire, est un bon moyen; mais, à mes yeux, il a de graves inconvénients. D'abord, il faut l'abandonner sous un emplâtre qui peut couler, se déplacer, et par conséquent manquer son but; de plus, il peut être absorbé lorqu'il agit sur une large surface et déterminer des accidents toxiques. Je sais bien que M. Amédée Joux dit qu'il n'a jamais vu ces accidents; mais comment, lorsque le malade meurt, démêler les effets propres au charbon et ceux qui dépendent de l'absorption du sel mercuriel?

Je préfère la potasse caustique, et voici comment j'opère. Le malade assis ou couché, je saisis de la main droite un crayon de potasse caustique que je promène sur le bouton; quelque sec qu'il soit, l'avidité de l'alcali pour l'humidité fait qu'il commence, après quelques tours circulaires, par s'humecter; la potasse pénètre les tissus; ceux-ci viennent, sur le pourtour du fonticule qu'elle creuse, se déposer sous forme de bouillie, que j'enlève avec un linge tenu de la main gauche à mesure qu'elle s'amasse, parce que ce magma, contenant beaucoup de caustique, pourrait déterminer des traînées qui détruiraient les tissus sains et amèneraient des cicatrices inutiles et plus ou moins difformes. Lorsque l'eschare centrale, qui est souvent dure comme du cuir, ne peut être délayée avec la pierre, j'enlève cette eschare, qui ne pénètre jamais au delà du tissu cellulaire sous-cutané, avec la pointe d'une canule bien affilée, et je continue ma cautérisation jusqu'à ce que le sang apparaisse, ce qui, pour moi, est le signe qu'on doit s'arrêter. Si la tumeur est volumineuse, il m'arrive souvent de mettre au fond de la petite excavation un peu de potasse, gros comme une lentille, et je recouvre le tout d'un peu d'agaric, qui fait corps avec la plaie, et ne s'en détache habituellement qu'avec l'eschare.

Rarement je cautérise les vésicules placées au delà du bouton, le moindre attouchement du caustique déterminant la mortification de larges parties de téguments, ce qui produit des difformités d'autant plus désagréables que le mal se manifeste presque toujours sur les parties découvertes. Rarement aussi je reviens à la cautérisation lorsqu'il s'agit d'une pustule maligne au début; je me contente de promener quelques instants la pierre. Il se forme alors une eschare superficielle et sans détritus, ce qui suffit dans ces cas. J'évite par-dessus tout les incisions et les excisions, qui me paraissent au moins inutiles, pour ne pas dire plus, et je fais couvrir les parties tuméfiées de compresses aromatiques arrosées d'alcool camphré. A l'aide de ce mode d'action de l'agent cathérétique, qui ne peut guère avoir lieu qu'avec la potasse, je produis ce que j'appelle la *cautérisation par dilution*, mode qu'on pourrait encore appeler *intelligent*, puisqu'il est saisi par l'œil et la main, et qu'il ne va pas au delà de ce qu'on veut détruire; tandis qu'avec le sublimé abandonné sous un emplâtre, vous ne savez pas complétement ce que vous faites, et l'on peut très bien, par contre, donner à ce mode d'action le nom de *cautérisation aveugle*. Quoi qu'il en soit, j'obtiens ainsi des cicatrices rondes peu apparentes en général et d'une difformité bien supportable, tout en détruisant ce qu'il importe de faire disparaître, le bouton central, qui est la véritable dent de vipère dont le venin s'insinue dans l'économie.

Il ne faudrait pas croire que, malgré la destruction du mal, les accidents cessent immédiatement. Quand il n'y a pas encore de gonflement, on peut être sûr de l'empêcher de faire de nouveaux progrès; mais, pour peu qu'une partie du virus ait été absorbée, la tuméfaction et les accidents cutanés continuent à marcher en général jusqu'au septième jour à partir du développement du bouton, ce qui tient sans doute à ce qu'il est impossible d'aller détruire ce virus; mais la dose, si l'on peut parler ainsi, en est trop faible pour déterminer la mort, à moins qu'on ne soit appelé à agir trop tardivement ou que le malade ne soit doué d'une disposition spéciale à être violemment impressionné.

Le traitement interne consiste en toniques de toute espèce, appropriés à l'état du patient. Dans quelques cas un vomitif peut être avantageusement employé.

Avec ce traitement, et pourvu qu'on ne soit pas appelé trop tard, on est à peu près sûr de guérir son malade; aussi, j'avoue que pour ma part j'aurais bien de la peine à me décider à m'en départir, surtout en faveur de la feuille de noyer.

Quoi qu'il en soit, la discussion qui s'est élevée au sein de l'Académie de médecine aura eu pour effet d'appeler l'attention des praticiens sur une maladie que beaucoup ne rencontreront jamais sans doute, mais qui néanmoins peut se présenter partout, car les substances qui la produisent conservent bien longtemps, et après des transformations indus-

gulier ou incomplet que l'ignorance des temps antérieurs a désignés sous le nom de monstruosités. Il ne pouvait manquer d'en rattacher la production à des causes accidentelles : à l'aide de cette donnée, qu'il emprunte à Lemery, et de deux principes suggérés presque en même temps par ses propres méditations et par les travaux de M. Serres, à savoir, le principe de l'arrêt de développement, et celui de l'attraction des parties similaires, il constitue la doctrine des anomalies, achevée et fortifiée d'une masse imposante de preuves et d'applications par M. Serres et par cet esprit ingénieux et lucide qui met sa gloire à commenter, à expliquer celle de son père.

C'est ici que la médecine devient largement et directement tributaire de l'école de la philosophie anatomique. Quand son fondateur ne se contente plus de puiser dans l'examen des animaux réguliers les matériaux des connaissances physiologiques, quand il interroge avec une égale curiosité l'organisation troublée dans ses évolutions, surprise dans ses mouvements d'hésitation ou d'impuissance, il trace sa voie à la physiologie pathologique; or, celle-ci tient la clef des problèmes cliniques, fait à la thérapeutique sa règle et sa limite. Est-il une branche de l'art de guérir que la tératologie n'ait éclairée de quelque jour? Ce que lui doivent l'anatomie et la physiologie, ce qu'elle procure à la médecine légale de facilité et de sûreté pour la solution d'un grand nombre de questions litigieuses, ce qu'elle a fourni d'indications utiles au médecin pour rétablir la santé momentanément troublée d'un être anormal, au chirurgien pour atténuer ou pour effacer les misères d'une organisation imparfaite, les travaux modernes accomplis dans le cercle des sciences médicales le font assez ressortir.

Ceux de M. Andral sur l'anatomie pathologique, ceux de M. Coste sur l'embryotomie humaine, ceux de M. Jules Guérin sur les difformités, toutes les branches de la biologie ont reçu quelque empreinte ou quelque impulsion des idées de Geoffroy Saint-Hilaire; l'hygiène ne devait pas échapper à cette influence: outre les règles spéciales que lui suggère une connaissance plus exacte des conditions d'une évolution fœtale régulière, la doctrine de l'action des milieux ambiants sur le développement des êtres l'a replacée au

trielles variées, la fatale propriété de la transmettre. On peut regretter une chose, c'est que cette discussion ait été si vite close; mais malheureusement les orateurs éminents qui ont pris la parole sur cet important sujet n'avaient peut-être pas été à même d'en observer personnellement un assez grand nombre de cas, et n'ont guère pu apporter les lumières de l'expérience personnelle.

Docteur Bourgeois (d'Étampes).

M. Charcot, chargé par *interim* d'un service à l'hôpital de la Pitié, a communiqué à la Société de biologie, dans une de ses dernières séances, un cas de peau bronzée qui mérite une considération toute particulière, en ce sens qu'il aurait passé, si le microscope n'était pas intervenu, pour donner un démenti positif à une doctrine qu'il tend, au contraire, à confirmer.

Obs. — Il s'agit d'un homme âgé d'une cinquantaine d'années, qui entra dans le service avec du marasme, une algidité générale avec flaccidité de la peau, un refroidissement considérable des extrémités, la voix voilée, une diarrhée séreuse et de l'albuminurie. Deux jours après, on constata l'existence de tubercules au sommet du poumon droit; les selles étaient sanguinolentes. On attribua l'ensemble des symptômes à une disposition tuberculeuse générale, localisée plus spécialement dans le parenchyme pulmonaire et le tube intestinal. Mais bientôt on découvrit sur la peau de grandes plaques d'une teinte plus que bronzée, aussi noires que la peau d'un mulâtre, et recouvrant une grande partie du cou, la poitrine en avant et sur les côtés, les épaules, les bras et les cuisses. Dans ces endroits, le tégument était lisse, et, de l'avis de toutes les personnes présentes, n'offrait aucune autre lésion qu'un dépôt de pigment. Le malade accusait des douleurs du côté des reins. On diagnostiqua une altération des capsules, de nature probablement tuberculeuse. Le malade succomba au bout de quinze jours aux progrès du marasme, de la diarrhée et de la faiblesse du pouls, sans qu'on ait pu obtenir de lui aucun renseignement un peu précis sur la date de la première apparition des plaques, ni sur les circonstances de la maladie. On s'assura que le sang ne contenait pas de pigment.

A l'*autopsie*, on trouva des tubercules dans les deux poumons, principalement à droite, où existaient de petites cavernes; des ulcérations tuberculeuses dans l'intestin grêle et le côlon; un état granuleux des reins (maladie de Bright au 3e degré). Rate normale; foie un peu atrophié, non gras. Pas de coloration noire de ces deux organes.

Les capsules surrénales avaient la forme et le volume accoutumés; elles avaient une légère teinte jaune, peu différente de la teinte normale, et on les avait considérées d'abord comme saines. Mais l'inspection microscopique, faite par M. Vulpian, démontra qu'elles renfermaient un très grand nombre de granulations graisseuses, les unes libres, les autres répandues dans les éléments anatomiques de l'organe. De plus, la substance médullaire des capsules avait perdu la propriété de se colorer en rose par l'action de l'iode, comme il arrive à cette substance quand elle est saine. (Voir sur ce point Gaz. hebd., n° 38, p. 665.)

En présence d'un fait de ce genre, il est évident que toute observation où, après les symptômes ordinaires de la maladie d'Addison, les capsules surrénales seraient données comme saines sans avoir été examinées au microscope, devra être comme non avenue. Nous ajouterons qu'il y aurait lieu de rechercher si chez les phthisiques, qui offrent fréquemment des colorations bistres de la peau, cette particularité ne se lie pas à quelque dérangement histologique des capsules, invisible à l'œil nu.

— Au sujet des projets actuels d'Association, nous avons reçu de M. Marquez (de Colmar) une lettre que nous insérons plus loin (page 742), et sur laquelle nous appelons très spécialement l'attention.

II.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

Le compte-rendu de la séance du 5 octobre est renvoyé au prochain numéro.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1857.—PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Nord en 1856. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Un rapport de M. le docteur *Chammas*, médecin principal de l'hôpital militaire thermal de Baréges, sur les malades qui ont fait usage des eaux minérales de cette localité pendant l'année 1856. (*Commission des eaux minérales.*)

2° La correspondance non officielle comprend : *a.* Un mémoire sur une épidémie de petite vérole à Albi, et les heureux effets de la revaccination, par M. le docteur *Lalagade*. (*Commission de vaccine.*) — *b.* Un mémoire de M. le docteur *Semanas*, de Lyon, ayant pour titre : *Doctrine pathogénique fondée sur le digénisme phlegmasitoxique et ses composés morbides.* (*Comm.:* MM. Collineau et Piorry.) — *c.* Une lettre de M. le docteur *Boinet*, qui revendique pour M. Debanque, pharmacien à Anvers, la priorité de l'invention du sirop iodo-tannique. — *d.* Un mémoire sur une nouvelle théorie sur la nature de la coqueluche, par M. le docteur *Trientaphili*. (*Comm.:* MM. Blache et Beau.) — *e.* Une lettre de M. *J. Paschkewitsch*, vétérinaire à Saint-Pétersbourg, qui fait hommage à l'Académie d'une Notice imprimée sur la maladie pestilentielle des bêtes à cornes. (*Comm.:* MM. Renault et Bouvier.)

M. *le président* rend compte à l'Académie de la cérémonie d'inauguration de la statue de Geoffroy Saint-Hilaire, à Étampes, le

point de vue hippocratique, avec l'aplomb d'une observation positive et vraiment philosophique.

C'est de 1825 à 1827 que Geoffroy Saint-Hilaire accomplit ces derniers travaux. Dès la création de l'Académie de médecine, il fut appelé à en faire partie comme associé libre, avec Berthollet, Chaptal, Gay-Lussac, Cuvier, Desfontaines, Lacépède et Thenard; il s'est toujours honoré de lui appartenir, comme elle se glorifiera toujours de l'avoir possédé parmi ses membres. Il y avait marqué sa place: la médecine a profité de ses enseignements; elle s'est surtout inspirée de sa philosophie; elle aussi s'est efforcée, à l'exemple de ce maître, d'arriver à des principes, à des lois qui mettent toutes les intelligences en possession des vérités réservées dans l'école de l'observation pure à ceux-là seulement qui ont pu observer pendant le cours d'une longue existence. Le fait et l'idée, l'observation et le raisonnement, l'analyse et la synthèse, tels seront toujours les modes d'acquisition et de perfectionnement de nos connaissances; les intelligences appliquées à cette œuvre séculaire pencheront toujours, suivant leur tempérament, vers l'une ou l'autre de ces méthodes : la science recueille avec un égal profit les produits de cette activité multiple et diverse.

Je salue donc, au nom de l'Académie impériale de médecine, cette image du créateur de la philosophie anatomique; il appartient à ses illustrations exquises; il a laissé sur ses bancs des amis, des disciples; il y compte autant d'admirateurs que d'anciens collègues.

Étampes acquitte aujourd'hui une vieille dette envers une famille qui lui a donné par une de ses branches trois membres de l'Institut (1), et, par une autre branche, Étienne et Isidore Geoffroy Saint-Hilaire. Honneur à cette dynastie de belles intelligences! Honneur à la ville d'Étampes!

(1) Étienne-François, Claude-Joseph et le fils de celui-ci.

11 octobre 1857. Une députation de l'Académie, composée du président, du secrétaire et de MM. Blache et Larrey, a assisté à cette solennité. M. le président donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie. Ce discours est vivement applaudi.

ÉPIDÉMIES.

M. *Trousseau* donne lecture du rapport général sur les épidémies pour l'année 1856. Les propositions de la commission des épidémies, relatives aux récompenses à décerner, seront discutées en comité secret.

A l'occasion d'un passage du rapport, M. Villermé fait observer que les inondations ont des effets très différents sur la santé publique, selon l'époque à laquelle elles se manifestent. Il arrive aussi qu'une inondation peut développer des maladies dans un canton et rétablir la santé dans un autre où règne une épidémie. Il cite à ce propos beaucoup d'observations d'inondations dans le midi de la France qui sont consignées dans les mémoires de l'ancienne Académie royale de médecine. En 1816, année excessivement pluvieuse, plusieurs pays qui sont habituellement ravagés par la fièvre intermittente furent exempts de fièvre paludéenne, et en même temps on eut une récolte très abondante dans les pays qui souffrent ordinairement de sécheresse. C'est en couvrant d'eau les marais et en empêchant le desséchement du sol que les inondations de cette époque ont profité à la santé publique.

M. *Trousseau.* Deux fois, dans le cours de mon rapport, j'ai parlé des inondations, et j'ai témoigné mon étonnement de ce que, dans une année où elles ont eu lieu deux fois et où la cherté des vivres a été extrême, il y ait eu si peu d'épidémies. Lorsque les inondations ont lieu au commencement de l'hiver, c'est un fait normal d'où il ne résulte habituellement aucun péril; mais il n'en est plus de même lorsque les inondations se produisent, au contraire, au mois de mai ou de juin, elles entraînent alors à leur suite de graves épidémies palustres ou dysentériques. Or, c'est ce qui a eu lieu en 1856 : les premières inondations ont commencé en mai, et cependant, dans les départements du bord de la Loire, dans le val de la Loire, si exposé d'habitude aux fièvres intermittentes, il y en a eu moins en 1856 que d'habitude, tandis que cette année, où le fleuve n'a pas débordé, il y a eu immensément de fièvres intermittentes.

L'année 1856, malgré les inondations et la cherté des subsistances, a été salubre pour toute la France; c'est un fait que je me borne à constater sans que je puisse l'expliquer.

STATISTIQUE MÉDICALE.

M. *Guérard*, au nom d'une commission composée de MM. Michel Lévy, Bégin, Adelon, Beau, Roche et Guérard, donne lecture d'un rapport officiel sur la statistique des causes de décès.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce a adressé à l'Académie une série de questions, afin de réaliser pour la France le vœu exprimé par le Congrès international de statistique dans ses deux sessions de 1853 et de 1855, à savoir, qu'il fût procédé dans tous les pays à l'enregistrement régulier et officiel des causes de décès.

La commission propose de répondre :

1° Dans l'état actuel de la science en France, une bonne statistique nosologique, c'est-à-dire une statistique complète, n'est pas possible.

Mais les principales causes de décès peuvent, dans le plus grand nombre des cas, être exactement observées.

2° Dans l'état actuel des doctrines entre lesquelles se divise le monde médical, il est impossible de préparer une classification qui, par sa clarté, le sens précis des dénominations données aux maladies, puisse être comprise par le plus grand nombre des médecins en France et ne laisser aucun doute dans leur esprit sur la nature de ces maladies.

Il est plus sûr de laisser chaque médecin libre d'employer dans la rédaction des bulletins des causes de décès les dénominations scientifiques qui lui sont familières.

Mais alors il sera rédigé une liste de synonymie destinée à établir l'uniformité dans les bulletins, et la rédaction de cette liste sera soumise à l'approbation de l'Académie.

3° Il n'est donc pas nécessaire, d'après ce qui vient d'être dit, d'établir immédiatement une classification de toutes les maladies qui peuvent amener la mort.

Ce qui n'empêche pas de procéder dès à présent à l'enregistrement de toutes les causes de mort sans exception.

4° Ce service d'enregistrement des causes de décès devra être établi simultanément dans toutes les communes.

5° Il serait rendu beaucoup plus facile par la généralisation de l'institution des médecins vérificateurs de décès.

6° Une loi devra être proposée pour rendre obligatoire la délivrance par le médecin, à chaque décès, du *bulletin indicateur*.

En attendant la promulgation de cette loi, une circulaire émanée de l'Académie sera adressée, dans le même but et par les soins de l'administration, à tous les membres du corps médical.

7° Tous les bulletins seront rédigés ouvertement et dans les mêmes conditions que ceux des registres mortuaires de l'état civil.

Mais, quand le médecin croira compromettant pour l'honneur ou le repos de la famille du décédé de livrer à la publicité le secret de la cause de la mort, il rédigera deux bulletins, l'un *fictif*, destiné à être connu de tous, l'autre *secret*, portant un numéro d'ordre reproduisant le bulletin fictif et contenant les corrections nécessaires. Ce dernier bulletin sera envoyé directement à l'administration centrale, suivant une forme déterminée à l'avance.

Dans aucun cas, le nom du défunt ne sera inscrit sur le bulletin nosologique.

Enfin l'envoi des bulletins sera annuel.

8° Le bulletin devra être aussi complet que possible, c'est-à-dire qu'il contiendra tous les documents ressortissant à la statistique.

A cet effet, il sera utile de rédiger un modèle de bulletin que les médecins n'auront plus qu'à remplir.

9° Des encouragements, consistant en médailles et mentions honorables, pourront être accordés aux médecins qui montreront le plus de zèle dans l'accomplissement de la nouvelle mission dont ils vont être chargés.

Après quelques explications échangées entre MM. Moreau, Adelon, Michel Lévy, Guérard et Dubois (d'Amiens), la discussion des conclusions de ce rapport est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION.

M. *Ferdinand Martin* présente à l'Académie une nouvelle main mécanique qui a sur les mains artificielles proposées jusqu'ici l'avantage de pouvoir exécuter des mouvements de pronation et de supination.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 21 AOUT 1857.— PRÉSIDENCE DE M. DENONVILLIERS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. *Gros* donne lecture de l'observation suivante :

NOTE SUR UN CAS D'ÉPILEPSIE LIÉE A LA PRÉSENCE D'HYDATIDES DANS LES VENTRICULES LATÉRAUX DU CERVEAU ET A L'ÉPAISSISSEMENT DES OS DU CERVEAU.

OBS. — J. P..., journalier, âgé de trente-sept ans, est un homme de taille moyenne, de tempérament essentiellement lymphatique; son intelligence est bornée, il est sujet à des attaques épileptiques très fréquentes et très intenses. En dehors de ces attaques, il présente un aspect caractéristique : les mouvements sont lents, sa parole peu distincte, son regard vague et indécis; bref, il a l'apparence d'un idiot, ce qui ne l'empêche pas de se livrer à un travail manuel assez rude afin de soutenir sa famille.

Cet homme fut soumis, tant par d'autres médecins que par moi-même, à des traitements variés qui ne modifièrent ni la fréquence, ni la gravité de ses attaques. A plusieurs reprises, ses accès le surprenant à son travail, il fit des chutes graves qui nécessitèrent son admission à l'hôpital de Sainte-Marie-aux-Mines. Chaque fois je fus frappé du cachet tout particulier de sa physionomie, de la lenteur de ses mouvements, de son air d'hébétude persistant dans l'intervalle des accès, comme aussi de la complète inefficacité de tous les traitements.

Le 30 juillet 1853, dans la soirée, notre malade eut un accès violent d'épilepsie et tomba d'une hauteur considérable sur des rochers. On le releva avant qu'il eût repris connaissance, et on le transporta à l'hôpital de Sainte-Marie-aux-Mines, où la sœur de garde lui pratiqua immédiatement une large saignée. Le soir même, on constata l'état suivant :

La peau de la région pariétale droite présente deux larges plaies contuses, n'intéressant que les téguments; quelques plaies superficielles sur le front, ecchymoses des deux paupières supérieures et des conjonctives, plus fortes à droite qu'à gauche; bord externe de l'omoplate gauche contusionné ; tête fortement renversée en arrière, larynx très proéminent en avant, gonflé et douloureux; mouvement de déglutition très difficile, de même que la parole ; état semi-comateux, un peu d'écume à la bouche, pouls large, à 85.

En saisissant les apophyses épineuses des troisième et quatrième vertèbres dorsales, et en leur imprimant un mouvement de va-et-vient, on remarque qu'elles sont très mobiles et que leurs mouvements produisent une légère crépitation.

Les extrémités inférieures sont complétement paralysées et insensibles; cette paralysie remonte au tronc jusqu'à la hauteur du diaphragme (compresses froides sur la tête et la colonne vertébrale).

Le 31. Le malade a eu plusieurs accès épileptiques (1) pendant la nuit et a été tourmenté par une toux incessante. Ce matin, il avale mieux, le larynx est moins sensible à la pression, l'intelligence paraît nette; pouls petit, à 85; rien à l'auscultation. L'insensibilité remonte jusque vers la sixième côte; la paralysie s'étend à la vessie et aux intestins. Le malade ne distingue pas le chaud du froid, mais il a conservé la sensation de l'humidité. En lui versant de l'eau sur l'abdomen, il en a conscience; cette sensation est moins distincte à la verge, nulle aux membres inférieurs. Il distingue aussi, mais moins nettement, le contact des objets polis, lisses, comme par exemple une lame de couteau. Pendant cet examen, la verge était en érection, complétement insensible à la chaleur, même poussée jusqu'à la vésication. (Cathétérisme, lavements, *id.*)

Le 1er août. Hier soir et dans la nuit, plusieurs accès épileptiques. La toux n'a pas reparu. Ce matin, pouls faible, à 75 ; déglutition facile, intelligence nette ; constipation, rétention d'urine. (Huile de ricin, 30 gram.; sonde à demeure.)

Le 2. Depuis hier soir la respiration s'embarrasse, les poumons fonctionnent incomplétement, asphyxie progressive. Ce matin, respiration stertoreuse, peau froide, sueur visqueuse. Le malade meurt à minuit.

Autopsie le 3 août, à dix heures du matin. — Notre examen n'a porté que sur la cavité crânienne et sur la colonne vertébrale.

Crâne. — Les os du crâne présentent une épaisseur et une dureté exagérées. Les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang noir.

Le cerveau est d'apparence et de couleur normales. Cependant l'hémisphère droit paraît légèrement ramolli; lorsqu'on le coupe par tranches, on voit suinter sur les surfaces de section un liquide légèrement rosé. Pas de sérosité dans les ventricules. En examinant les plexus choroïdes des deux ventricules latéraux, on y distingue facilement des hydatides en grappes de grosseur variable. Au microscope, on constate que chaque cellule hydatique renferme, outre de nombreux globules graisseux, plusieurs cellules hydatiques plus petites. Ces productions hétéromorphes ne se retrouvent dans aucune autre partie des centres nerveux. La moelle allongée est saine.

Colonne vertébrale. — Les muscles de la gouttière vertébrale sont fortement ecchymosés. Les troisième et quatrième vertèbres dorsales présentent une double fracture portant sur les deux côtés de l'arc, de façon que leur apophyse épineuse se trouve entièrement détachée du corps de la vertèbre. Au niveau des vertèbres fracturées, nous trouvons le canal médullaire rempli de sang. Cette collection sanguine s'étend jusqu'à la région lombaire et envoie dans chaque trou de conjugaison un petit prolongement sous la forme d'un caillot allongé adhérent à chaque faisceau nerveux. Les enveloppes spinales sont intactes; la moelle normale, sauf à l'endroit de la fracture, où elle paraît un peu ramollie.

— Laissant de côté la partie chirurgicale de cette observation, je me bornerai aux réflexions suivantes :

(1) Il eût été intéressant d'observer comment se comportaient les membres paralysés pendant les accès épileptiques. Je regrette de ne pouvoir donner aucun renseignement sur ce point, puisque depuis l'accident tous les accès épileptiques ont eu lieu durant la nuit, et que par conséquent je n'ai assisté à aucun.

1° Il était permis, du vivant même du malade, d'affirmer qu'il était atteint, non d'une épilepsie idiopathique, d'une névrose franche, mais qu'il devait exister chez lui une lésion permanente ayant son siége dans les centres nerveux ou leurs dépendances, lésion qui expliquât les troubles intellectuels et cérébraux constants que nous avons signalés. Mais là s'arrêtait le diagnostic, et rien ne pouvait mettre sur la voie de la nature et du siége précis de la lésion. On sait, d'ailleurs, l'incroyable variété de lésions trouvées à l'autopsie d'individus ayant présenté de leur vivant des accès épileptiques, lésions dont les principales sont : une conformation vicieuse du crâne (Dumas) ; l'*épaississement des os du crâne* (Lorry, Lobstein, Breschet), l'amincissement de ces mêmes os (Portal) ; des épanchements dans les méninges (Lieutaud, Calmeil, Greding); des *hydatides* (Lieutaud, Esquirol, Calmeil) ; une injection très forte et générale des organes encéphaliques (Foville, Boucher et Cazauvieilh) ; des plaques osseuses dans la dure-mère (Lieutaud, Bell, Esquirol), dans l'arachnoïde (Calmeil, Esquirol, Amussat); des épanchements ou des tumeurs de diverse nature dans les ventricules (Parchappe, Lieutaud, Nivet) ; des foyers hémorrhagiques, des cancers, des tubercules, des tumeurs fongueuses, des corps étrangers dans le cerveau (Parchappe, Portal, Didier, Bartholin); le ramollissement général du cerveau (Portal, Boucher, Cazauvieilh), son induration, son atrophie, son hypertrophie (Ferrus) ; enfin, des lésions portant sur les organes circulatoires, digestifs, génito-urinaires, etc.

Chez notre malade, nous trouvons réunies deux de ces lésions, à savoir : des hydatides dans les ventricules latéraux, et l'épaississement des os du crâne. Lieutaud, Esquirol, M. Calmeil, ont rapporté des faits analogues d'épilepsie liée à la présence d'hydatides dans différentes parties du cerveau. On en lit un cas très intéressant dans un compte rendu de la Clinique médicale de Strasbourg, de M. le professeur Forget (*Gaz. méd. de Strasbourg*). Toujours, dans tous les cas cités par ces auteurs, il y avait eu des accès épileptiques pendant la vie ; je ne sache pas qu'on ait jamais trouvé des hydatides dans le cerveau d'individus n'ayant pas offert de symptômes d'épilepsie de leur vivant.

Indépendamment de la présence des hydatides, nous avons encore noté l'épaisseur et la dureté exagérées des os du crâne. Nous regrettons de ne pas avoir pris la mesure exacte, numérique, de ces os; notre assertion eût ainsi gagné en précision. Quoi qu'il en soit de cette omission, nous rappellerons que la lésion que nous signalons ici a été observée par beaucoup d'anatomo-pathologistes. Lobstein lui donne le nom d'*ostéosclérose*, et la décrit très exactement dans son TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. Il y a réuni plusieurs observations curieuses d'ostéosclérose de la tête, observations empruntées à Ilg, Riblet, Jadelot, Sandifort, etc... Cette même lésion osseuse a été observée par Breschet, par M. Nélaton, qui lui ont donné le nom d'*hypérostose*. M. Schützenberger en a relaté un cas très détaillé dans la *Gazette médicale de Strasbourg* (1856). On a toujours vu cette lésion coïncider avec des troubles cérébraux plus ou moins graves, plus ou moins persistants, avec des troubles des organes des sens, avec des accès convulsifs épileptiformes, ou avec une idiotie parfaitement établie, comme chez la femme de la Salpêtrière dont parle M. Nélaton.

L'existence simultanée, et constatée à l'autopsie, de ces deux lésions justifie donc le diagnostic d'épilepsie symptomatique que nous avions posé.

2° L'épilepsie, dans le cas spécial qui nous occupe, a résisté à toutes les médications, à l'emploi des moyens thérapeutiques les plus variés. Il en sera probablement de même pour toutes les épilepsies symptomatiques, s'accompagnant de troubles durables, permanents, dans l'exercice des fonctions intellectuelles ou locomotrices.

Quant à l'épilepsie idiopathique, c'est différent; la médecine reprend ses droits, et je dirai en terminant, qu'aujourd'hui, après les beaux travaux de MM. Michéa, Herpin (de Genève) et autres, il n'est plus permis de déclarer tout épileptique incurable. La matière médicale offre d'immenses ressources, et l'emploi persévérant et judicieux de l'atropine et de son valérianate, du lactate de

zinc et du sulfate de cuivre ammoniacal, a triomphé et triomphera de mainte épilepsie idiopathique franche et de date récente.

Discussion.

M. *Bourguignon* regrette l'absence de détails relativement aux mouvements convulsifs qui ont été limités aux membres non paralysés, aux caractères qu'ils ont pu présenter; il eût été intéressant de connaître l'influence de la lésion traumatique de la colonne vertébrale sur la physionomie des accès épileptiques, l'état de la sensibilité.

M. *Gros* répond que le malade était plus sensible à l'impression du froid et du chaud qu'à celle du toucher.

M. *Camus* cite le fait d'un homme atteint d'hémiplégie, chez lequel l'abolition de la sensibilité et des mouvements succéda à des convulsions frappant les membres paralysés seulement. Une saignée est pratiquée: ce malade, qui était plongé dans un état comateux très prononcé, se réveille comme un homme en bonne santé; mais la paralysie persiste. Quelques instants après surviennent des convulsions épileptiformes dans le côté paralysé seulement, qui durèrent huit à dix minutes, pour faire place à une résolution complète; le malade éprouva dans les vingt-quatre heures plusieurs accès analogues, puis il succomba. A l'autopsie, on ne trouva aucune altération dans les centres nerveux.

(*La fin au prochain numéro.*)

Congrès de Bruxelles.

SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE.

Président : M. Van Roosbroeck. — *Secrétaire :* M. Crocq.

M. *Heyman* se charge de faire un résumé des cas dans lesquels l'emploi de l'ophthalmoscope peut être avantageux, (Voy. GAZ. HEBDOMADAIRE, n° 41, p. 724.)

DE L'ACCOMMODATION DE L'ŒIL.

M. *Donders* lit les propositions présentées au congré par M. Arlt.

1° L'acte de l'accommodation se fait par la contraction simultanée des muscles droits et obliques et du muscle ciliaire.

2° L'action seule des différents muscles externes de l'œil produirait la compression de la partie équatoriale du globe de l'œil; l'axe optique s'allongerait tant au pôle antérieur qu'au pôle postérieur; en même temps la convexité de la cornée diminue.

3° L'allongement de l'axe optique au pôle postérieur se fait sans obstacle.

4° L'allongement de l'axe optique au pôle antérieur est entravé par l'action du muscle ciliaire. Ce muscle se compose de deux parties: A. d'un plan externe contenant seulement des faisceaux de fibres longitudinales; B. d'un plan interne dont les faisceaux s'entrecroisent en sens divers, se rapprochant surtout de la direction circulaire. Cette disposition anatomique explique comment la contraction de ce muscle s'oppose à l'extension de la périphérie de la cornée, et en même temps comment la zone de Zinn étant relâchée, le cristallin peut, grâce à son élasticité, devenir plus convexe.

5° C'est à tort qu'on a nié la présence de la chambre postérieure de l'œil. Elle existe réellement, et empêche toute pression de l'iris sur le cristallin.

L'iris n'a aucune action sur les changements de forme du cristallin. Le rétrécissement pupillaire, la rétrogression de la partie périphérique de l'iris, et la progression du bord pupillaire, qui accompagnent l'acte de l'accommodation, ne sont que des phénomènes accessoires.

La première est mise en discussion.

M. *Serre d'Uzès.* Par quelles expériences a-t-on constaté l'action des muscles externes de l'œil?

M. *Arlt.* Une preuve est fournie par la production de la myopie chez les sujets qui se fatiguent beaucoup les yeux en regardant de petits objets; l'état permanent d'allongement de l'œil, qui constitue la myopie, n'est que la perpétuation de ce qui constitue un état transitoire dans la vision des petits objets. Dans la myopie acquise, qui débute vers l'âge de seize ou vingt ans, on ne peut invoquer un état congénital; on ne peut davantage supposer une inflammation qui aurait amené à sa suite un ramollissement.

M. *Serre d'Uzès.* Il n'y a là aucun fait expérimental, mais je vais en citer un. Un presbyte y voit à la distance ordinaire en comprimant latéralement ses yeux, parce qu'il allonge leur axe; un myope y voit mieux aussi lorsqu'il raccourcit ce même axe en appuyant d'avant en arrière.

M. *Donders.* On a vu, après la section des muscles obliques, le galvanisme faire changer la position du cristallin. On a vu l'accommodation continuer à s'opérer lorsque tous les muscles externes étaient paralysés. Quant à la myopie acquise, invoquée par M. Arlt, lorsqu'on baisse la tête pour regarder de petits objets, il se produit une hypostase, une congestion de la rétine et de la choroïde; cette congestion, souvent répétée, détermine l'allongement de l'axe de l'œil. La sclérotique est fort peu élastique, et présente en arrière une grande épaisseur; on ne peut donc admettre que la pression, selon le diamètre équatorial de l'œil, détermine un allongement suffisant pour expliquer l'accommodation.

M. *Arlt.* Le globe de l'œil devient plus mou après la mort; il ne doit donc pas sa tension à son contenu, qui ne change pas, mais à la tension de ses muscles. C'est pourquoi il devient plus mou par l'action du chloroforme; c'est pourquoi Szokalski a vu le cristallin lancé avec force par la plaie de la cornée chez les lapins qu'il opérait de la cataracte, tandis que l'action du chloroforme et la section des muscles droits empêchaient la manifestation de ce phénomène. Le globe de l'œil se remplit et [illegible] lorsqu'on le met dans l'eau.

Selon M. Donders, l'allongement qui donne lieu à la myopie acquise pourrait dépendre de l'hypostase; mais celle-ci s'étend également à tout l'œil, et le staphylôme postérieur ne dépasse jamais en avant l'insertion des muscles obliques. Du reste, dans la vision des objets rapprochés, l'hypérémie se borne aux vaisseaux de la partie antérieure de l'œil, par suite de la compression exercée par les muscles; le visage n'y prend aucune part, comme cela aurait lieu si la position en était la cause. La section des muscles ne les comprend jamais tous; dans les cas de paralysie du nerf oculo-moteur commun, l'accommodation ne se fait pas bien, et il faut tenir compte ici de l'action de l'orbiculaire des paupières dont la contraction comprime aussi le globe oculaire.

M. *Jaeger.* Les muscles de l'œil peuvent être parfaitement développés, et l'accommodation faire défaut; celle-ci, au contraire, peut exister, quoique les muscles soient paralysés. M. Jaeger cite le fait d'un individu qui avait acquis le pouvoir de maintenir à volonté les pupilles dilatées, et qui pouvait lire le plus fin caractère d'imprimerie (n° 1 sur l'échelle de Jæger) à une distance variable de 10 à 35 centimètres.

M. *Serre d'Uzès.* Il ne faut à l'œil qu'un allongement maximum de 1 à 2 millimètres pour l'accommoder à toutes les distances, tandis qu'à toutes nos lunettes il faut un allongement considérable. Aussi voit-on sur un œil de bœuf l'image rester la même lorsque la distance change; cependant, dans ces cas, l'instinct nous avertit qu'une modification s'opère dans l'appareil visuel.

M. *Donders.* L'état de tension du globe oculaire pendant la vie est déterminé par la pression de la colonne de sang. La congestion hypostatique rend cette pression plus forte; mais l'inextensibilité de la sclérotique fait que l'allongement qui peut en résulter doit être bien peu considérable. L'action du chloroforme sur la tension du globe oculaire provient de ce qu'il diminue la pression de la colonne de sang en affaiblissant les mouvements du cœur. L'accommodation a encore lieu lorsque les muscles sont paralysés; mais elle fait défaut tant que le nerf oculo-moteur l'est, parce qu'alors l'iris et le muscle ciliaire ont perdu aussi leur activité.

M. *Max Langenbeck.* Les muscles externes, l'iris et le muscle ciliaire sont également étrangers au phénomène de l'accommodation. Celui-ci reconnaît pour cause des fibres circulaires qui se trouvent en avant de la capsule du cristallin dans les procès ciliaires, et dont la contraction modifie la forme de la lentille.

M. *Donders.* J'ai vainement cherché ces fibres, que Kölliker n'a pas reconnues non plus. Je demande que M. Langenbeck les démontre.

M. *Jaeger.* Il y a des gens qui ne travaillent pas et qui présentent la myopie acquise et le staphylôme postérieur. Il y a, au contraire, des hommes qui exercent beaucoup leurs yeux sans présenter ces altérations.

M. *Desmarres* insiste sur l'utilité qu'il y aurait à ne pas s'étendre sur une question physiologique dont la solution ne paraît pas encore complète, et à reconnaître seulement ce fait, déjà très important au point de vue pratique : que l'accommodation est sous la dépendance de l'appareil musculaire interne. Si, ajoute-t-il, les muscles externes agissent dans l'acte de l'accommodation, c'est en fournissant au muscle ciliaire un point d'appui fixe.

La section passe à la discussion des deuxième et troisième propositions de M. Arlt.

M. *Donders.* L'allongement de l'œil vers sa partie postérieure rencontre un obstacle considérable : c'est la tension de la sclérotique plus épaisse là que partout ailleurs.

M. *von Graefe.* La pression devrait être très forte pour allonger l'œil de 1 à 2 millimètres; avant de produire cet effet, la pression donnerait lieu au pouls artériel de la rétine, et la vision serait abolie.

M. *Arlt.* Il faut distinguer entre une pression subite et limitée, et une pression progressive et générale comme celle des muscles.

M. *von Graefe.* La pression limitée produit les phosphènes ; la pression générale produit le pouls artériel de la rétine. C'est pourquoi il peut y avoir des ataxis postérieures, même considérables, dans la myopie, sans que la vision soit abolie, parce que la pression est toujours limitée à certains points où elle ne détermine pas ce phénomène.

La quatrième proposition est mise en discussion.

M. *Donders.* Les fibres obliques du muscle ciliaire ont été dessinées par mon compatriote, M. van Reeken, avant que M. Arlt en eût parlé.

M. *von Graefe.* Le relâchement de la zone de Zinn, en mettant en jeu l'élasticité du cristallin, doit faire augmenter son diamètre antéro-postérieur; mais cette augmentation est trop considérable pour pouvoir être attribuée uniquement à cette cause.

M. *Arlt.* L'accommodation a encore lieu parfois après l'opération de la cataracte.

M. *Jaeger.* J'ai vu un opéré de l'œil gauche qui, avec des lunettes n° 1, lisait à des distances de 8 à 20 pouces.

M. *von Graefe.* Dans ces cas, l'accommodation peut être apparente, car on peut encore fort bien y voir lorsque les objets se peignent sur la rétine en formant des cercles de diffusion. L'optomètre seul permet de s'assurer s'il y a réellement accommodation.

M. *Serre d'Uzès.* Voici un moyen optométrique simple et exact : Placez la pointe d'une épingle tout près de l'œil, vous verrez un faisceau de pointes; éloignez-la jusqu'à ce que vous ne voyiez qu'une pointe, et vous aurez la distance de la vue nette.

La cinquième proposition de M. Arlt est mise en discussion.

M. *Arlt.* Autour de la pupille, l'iris touche la capsule du cristallin; mais vers la circonférence, il s'en éloigne en interceptant un canal circulaire qui est la chambre postérieure. Le contact du bord pupillaire avec la capsule n'empêche pas qu'il n'y ait communication entre les deux chambres.

M. *von Graefe.* Le sphincter de l'iris, en se contractant, appuie sur le cristallin et empêche la communication entre les deux chambres. L'iris peut donc exercer une pression sur le cristallin, même en admettant l'existence de la chambre postérieure.

M. *Donders.* L'existence de la chambre postérieure n'est nullement démontrée ; cependant elle ne rendrait pas impossible la pression de l'iris, car par sa contraction et par la pression de l'humeur aqueuse, l'iris sera maintenu en contact avec le cristallin, et les deux chambres seront séparées.

La sixième proposition de M. Arlt est mise en discussion.

M. *Donders.* La pupille se rétrécit dans l'acte de l'accommodation; les fibres circulaires de l'iris se contractent, et elles doivent appuyer sur le cristallin, le presser. Cela existe; cependant l'accommodation a lieu dans les cas d'adhérence de l'iris, de coloboma, d'absence de l'iris. Son action n'est donc pas unique; mais pour pouvoir dire qu'elle est nulle, il faudrait avoir dans ces cas mesuré la force du pouvoir d'accommodation et l'avoir trouvée normale. Cette expérience n'a pas été faite.

M. *Arlt* ajoute aux faits précédents que souvent, dans les yeux presbytes, l'iris offre sa forme et sa contractilité normales, tandis qu'il est aplati dans des yeux qui présentent une accommodation complète.

III.

BIBLIOGRAPHIE.

Des dyspepsies, par le professeur Chomel. 1 vol. in-8° de 327 pages. Paris, chez Victor Masson.

Voici un nouveau et précieux témoignage de ce zèle infatigable, de cette passion de l'art, qui ont toute sa vie animé M. le professeur Chomel. C'est sur un lit de souffrance que l'éminent praticien a composé en partie et mené à bonne fin le livre des dyspepsies. Nous avons certes beaucoup de raisons de souhaiter le rétablissement d'une santé à laquelle s'intéresse tout le corps médical; mais cette nouvelle œuvre y ajoute encore en donnant l'espérance qu'elle est seulement, dans la pensée de l'auteur, le premier don d'une libéralité que la richesse du fonds peut rendre inépuisable. Une série d'études comme celle-ci, sur des sujets particuliers de médecine pratique, conviendrait d'ailleurs admirablement aux qualités propres de M. Chomel, qui, malgré toute son érudition et la grande étendue de ses connaissances, servira toujours mieux la science et l'art en consignant sur chaque point les résultats de son expérience personnelle, qu'en rassemblant en un ouvrage didactique, comme dans son *Traité de pathologie générale*, les notions de domaine public. A des médecins comme lui, ce qu'il faut demander c'est ce qu'ils ont appris dans le champ indéfini et mobile de la clinique, où aucun livre ne peut tout recueillir, où les choses les plus essentielles, après tout, les choses d'application, échappent aux classifications les plus méthodiques comme aux prévisions des théories les mieux combinées.

M. Chomel divise les dyspepsies en accidentelles et habituelles. Les accidentelles comprennent, à proprement parler, les indigestions, lesquelles peuvent avoir lieu : 1° par excès de la quantité des aliments et des boissons; 2° par la mauvaise qualité des substances ingérées; 3° par l'insuffisance de la mastication et de la salivation; 4° par défaut d'intervalles suffisants entre les repas; 5° par des causes perturbatrices qui agissent après l'ingestion des aliments (secousses morales, bains, etc.); 6° par la répugnance idiosyncrasique de l'estomac pour certaines substances alimentaires (lait, beurre, oignons, veau, etc.). Le traitement de ce genre de dyspepsie est assez connu, et l'auteur y insiste peu. Notons pourtant l'emploi de la saignée, qui est indiquée rarement, il est vrai, contre la congestion cérébrale dont l'indigestion est parfois accompagnée.

M. Chomel donne au mot *dyspepsie habituelle* un sens étendu; il entend par là « les troubles persistants des fonctions digestives qui sont indépendants de toute autre maladie appréciable, soit des organes mêmes de la digestion, soit de ceux qui concourent aux mêmes fonctions ou lui sont simplement associés par les lois de la sympathie, soit enfin de toute lésion (constatable) des parties solides ou liquides de l'économie. » La gastralgie, ou plutôt une certaine forme de gastralgie se trouve ainsi englobée dans les dyspepsies, ce qui est assez naturel, puisque la gastralgie rend l'estomac dyspeptique; ce qui, de plus, importe peu au fond, puisqu'il ne s'agit que d'un simple arrangement des matières.

Les dyspepsies habituelles, qui reconnaissent à peu près les mêmes causes que la dyspepsie accidentelle, mais exercent une action plus continue et plus faible, se montrent sous des formes diverses, selon qu'elles occupent l'estomac ou les intestins, qu'elles sont légères ou graves, que leurs symptômes portent principalement sur les voies digestives ou sur les organes éloignés. L'auteur insiste particulièrement sur un symptôme qui se présente ordinairement dans les formes obscures de dyspepsie : c'est une altération de la salive, qui devient mousseuse. Le tableau qu'il trace des phénomènes sympathiques, qui parfois dominent les troubles digestifs, est plein de vérité. Mais les chapitres qu'on lira avec le plus d'intérêt sont ceux qui concernent *certaines formes spéciales de dyspepsie*. Ces formes, toujours établies au point de vue clinique, sont : la *flatulente*, la *névralgique*, la *boulimique*, l'*acide*, l'*alcaline*, et enfin celle que l'auteur appelle *dyspepsie des liquides*.

La dyspepsie flatulente est caractérisée par une surabondance de gaz développés dans le tube digestif, et les refoulant contre le diaphragme, jusqu'à gêner fréquemment la respiration et la circulation. La dyspepsie névralgique, qui ne se confond pas entièrement, comme nous le disions tout à l'heure, avec les névralgies de l'estomac et des intestins, s'en rapproche par l'extrême acuité et la forme paroxystique des douleurs. Un seul cas de dyspepsie boulimique a été observé par M. Chomel : le sujet éprouvait presque incessamment le besoin de manger, et de manger beaucoup chaque fois, et vomissait très fréquemment. Nous avions cru rencontrer un cas tout à fait semblable, quant aux symptômes; mais l'autopsie a démontré qu'il s'agissait d'un ulcère simple de l'estomac, actuellement cicatrisé. La dyspepsie acide se définit d'elle-même; c'est celle qui donne lieu à l'acidité de la salive et à une odeur acide de l'haleine. Le même caractère se retrouve dans les matières vomies, les renvois gazeux, et même parfois les fèces. Il nous semble qu'on rencontre surtout cette forme chez les goutteux. Au contraire, dans la dyspepsie alcaline, que l'auteur, du reste, admet surtout par induction, il y a prédominance alcaline dans toute l'économie, et spécialement dans les liquides; l'haleine a une odeur fétide comparable à celle des viandes corrompues. Enfin, dans la dyspepsie des liquides, les malades se plaignent d'avoir l'estomac comme

noyé dans l'eau, les liquides passent mal, et l'on constate un clapotement intérieur dans les grands mouvements du corps; ce clapotement a lieu quelquefois aussi dans l'intestin; les selles sont habituellement aqueuses et multipliées.

Un chapitre assez étendu est consacré au *diagnostic* des dyspepsies et à l'exposé des caractères qui les différencient entre elles, et qui les distinguent toutes de certaines autres affections gastro-intestinales, telles que la gastro-entérite, les maladies organiques de l'estomac, etc. L'auteur insiste avec raison sur une cause d'erreur qui égare plus souvent qu'on ne le croit le praticien inexpérimenté : c'est la résistance, et même la matité circonscrite, qui naissent quelquefois de la contraction brusque des muscles droits, principalement de leur section supérieure, sous l'influence d'une palpation mal dirigée. Pour éviter ces inconvénients, il importe de palper doucement et à plat.

Pour M. Chomel, le traitement des dyspepsies est principalement, presque exclusivement, dans le régime de vie. Pour chaque cas, il conseille au praticien de s'enquérir avec soin de tout ce qui concerne la quantité des aliments, leur qualité; la quantité et la qualité des boissons; leur température et celle des aliments; la mastication, l'insalivation; les assaisonnements et les sucreries digestives dont beaucoup de personnes usent après leurs repas; certaines habitudes (comme celle du tabac à fumer); la distribution des repas, l'exercice, les rapprochements sexuels; les occupations de corps et d'esprit, les préoccupations morales et les habitudes de la vie. Une fois bien renseigné sur ces circonstances, et l'étiologie éclairée, il n'a plus qu'à écarter les causes de désordre, à y substituer des conditions différentes, en ayant égard à l'*intensité* et à la *durée* du mal. Or il y a, sous ce rapport, des dyspepsies légères, des dyspepsies graves, des dyspepsies de longue durée et de moyenne intensité. Les premières cèdent aisément; mais celles de la deuxième catégorie sont très résistantes, et obligent le médecin à tenir compte des moindres circonstances de la marche de la maladie, et à essayer un grand nombre de moyens thérapeutiques, quelquefois des moyens d'action contraires, comme les boissons glacées et les boissons très chaudes, du vin généreux et du lait, etc. Il est certain, en effet, qu'il est peu de maladies où le tâtonnement soit plus de mise en même temps que plus utile. Nous donnions récemment nos soins à un gastralgique en proie à des douleurs aiguës qui venaient ou s'en allaient tout à coup sans cause apparente, qui se calmaient immédiatement après l'ingestion d'un aliment quelconque; qui laissaient dans les intervalles un sentiment de tiraillement à la région épigastrique, avec faim impérieuse; qui n'altéraient en rien la santé générale, et marchaient même de pair avec une augmentation de l'embonpoint; qui présentaient enfin les caractères les plus tranchés de la gastralgie. C'était un de ces cas auxquels conviennent d'ordinaire une nourriture substantielle, l'usage des viandes grillées et un peu de vin pur, des repas fréquents; et, de fait, chaque repas de ce genre faisait taire tous les symptômes. Néanmoins le mal empirait, en ce que les crises devenaient plus violentes et allaient en se rapprochant. Nous adoptâmes alors le contre-pied de ce régime, une nourriture toujours *réfractée*, mais douce et peu abondante; l'usage des potages, des légumes frais, des viandes blanches; la gastralgie diminua rapidement, et le malade guérit *contre toutes les règles*. Enfin, dans la dyspepsie chronique et de moyenne intensité, où la digestion est habituellement pénible, et où les malades tournent aisément à l'hypochondrie, il est très important, dit l'auteur, de frapper les imaginations par la nouveauté et la singularité de quelque remède : c'est dans cette forme surtout que les eaux minérales rendent les plus grands services.

Quant à ce qui concerne la thérapeutique des *dyspepsies de formes spéciales*, voici, en résumé, les moyens préconisés par l'auteur. Dans la dyspepsie *flatulente*, exercice un peu forcé; éloignement de tout ce qui, dans les vêtements, peut exercer une compression sur le ventre (corsets, ceintures, caleçons, etc.); emploi de substances dites *absorbantes*, parfois de moyens réfrigérants propres à diminuer le volume des gaz, bien que chez d'autres sujets les topiques chauds et les boissons chaudes conviennent mieux. — Dans la dyspepsie névralgique, administration de l'opium peu de temps avant les repas si les douleurs sont stomacales, quelques heures après si elles sont intestinales; topiques morphinés, changement de lieu, eaux minérales. — Dans la dyspepsie boulimique, redoublement d'exercice, travail intellectuel morcelé, opium pour calmer la faim morbide et pour amener par son effet ordinaire une salutaire application du proverbe : *Qui dort dîne*. — Contre la dyspepsie acide, abstinence de toutes les choses acides ou acidifiables, pain, sucre, et emploi des substances alcalines par toutes les voies. — Contre la dyspepsie alcaline, boissons et aliments acidulés, diète végétale, légumes verts et fruits de la saison. — Enfin, la dyspepsie des liquides réclame l'usage d'une nourriture sèche. Les médicaments eux mêmes devront être pris, autant que possible, sous forme solide.

Telle est la substance du nouvel ouvrage de M. Chomel. Nous avons pensé que ce qu'il y aurait le plus avantageux pour le lecteur serait de la reproduire, et nous n'avons à présenter qu'un très petit nombre de remarques.

Cette classification des dyspepsies repose, comme on le voit, sur la base de la symptomatologie; c'est, selon nous, la plus naturelle et la plus claire. La division connue de MM. Fournier et Kergaradec, outre l'inconvénient de ranger dans la même classe les lésions organiques, telles que le cancer ou la hernie, et de simples troubles des fonctions digestives, a encore celui d'être fondée sur des différences d'activité vitale (atonie, excès d'action, perversion) qui peuvent être à la rigueur contestées, et qui, d'ailleurs, sont loin de correspondre à des formes différentes de dyspepsie. La division de M. Chomel, qui part au contraire de la diversité de ces formes, qu'elle commence par établir, pour remonter ensuite aux causes, et à laquelle il importe peu que des formes dissemblables naissent dans des circonstances en apparence identiques, suit la même marche que le clinicien, qui s'enquiert d'abord du mal, puis de ses causes. Le symptôme est d'ailleurs, dans une classification nosologique, l'équivalent de la lésion matérielle. Quand on ne peut pas dire en quoi un organe est altéré, le plus urgent est de savoir en quoi et de quelle manière il souffre. Mais dans l'appréciation des causes, peut-être M. Chomel, qui compte parmi elles la *faiblesse* de l'appareil gastro-intestinal, passe-t-il trop rapidement sur la disposition inverse, qu'il appelle lui-même l'*irritabilité des voies digestives*. Il y a là, dans les termes rigoureux de la définition, une condition très réelle de dyspepsie. Nous nous permettrons encore de demander si quelques-uns des symptômes que le savant clinicien attribue à la *dyspepsie des liquides* ne dépendent pas plutôt d'un état *pituiteux* ou de supersécrétion habituelle du tube intestinal, que d'une difficulté positive de digérer les liquides. La lecture attentive de tous les passages où il est question de cette forme morbide nous a laissé un doute extrêmement sérieux à cet égard. Il nous paraît au moins certain que le clapotement gastrique ou intestinal dont M. Chomel fait le signe principal de ce genre de dyspepsie se rencontre assez fréquemment chez des sujets qui boivent beaucoup pendant et entre les repas, et qui boivent beaucoup précisément *parce qu'ils digèrent bien les liquides*.

Il y aurait bien encore à remarquer l'exiguïté du rôle attribué dans ce livre aux applications pratiques des découvertes de la physiologie moderne en ce qui touche les fonctions digestives. Mais, nous l'avons dit, on n'a pas le droit de demander à l'auteur autre chose que ce qu'il entend donner, c'est-à-dire l'acquêt d'une des plus longues, des plus riches et des plus heureuses pratiques de la médecine contemporaine.

A. DECHAMBRE.

IV.

VARIÉTÉS.

LETTRE A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

Monsieur le Rédacteur,

Tandis que l'on s'occupe avec tant d'ardeur des associations médicales, permettez à un provincial de vous adresser quelques

lignes sur cette question à la fois si grosse et si délicate. Tout d'abord, pour ne point vous effrayer par la perspective d'un discours inutile, je vous déclare que je me dispenserai totalement de vous expliquer pourquoi, peu favorable à l'Association générale, je réserve toutes mes sympathies pour les associations partielles, en écartant de leurs fins ce qu'on est convenu d'appeler intérêts professionnels : vous et vos lecteurs n'avez que faire de mes convictions. Je me propose tout simplement d'apporter à la GAZETTE HEBDOMADAIRE l'assurance que l'idée émise dans la lettre de M. Delasiauve (n° 41, p. 714) est en effet susceptible de devenir féconde, et qu'elle n'est pas entièrement neuve en ce qu'elle a de plus important. Cette idée de rattacher l'association de bienfaisance à l'association scientifique, des médecins du Haut-Rhin l'ont eue il y a déjà bien des années; ils l'ont mise à exécution et ont doté la population médicale de notre département d'une double institution, dont la viabilité n'est plus douteuse pour nous.

Le Haut-Rhin possède une Société médicale qui, essayée depuis 1829, entra dans une voie régulière en 1836, et fut définitivement constituée par décision ministérielle du 1er octobre 1838. Dès les premiers temps de son existence, cette Société sentit que, tout en s'occupant de médecine pratique, elle pouvait remplir une mission de bienfaisance envers les membres de la famille médicale qu'elle venait de créer : sous une impulsion pleine de générosité, association, assistance mutuelle pour les travaux de l'esprit, elle devint assistance mutuelle contre le malheur; elle fonda en 1837 une *Société de prévoyance et de secours* destinée à servir une pension aux veuves et aux orphelins des sociétaires, et accessoirement à venir en aide, dans de certaines limites, à des sociétaires âgés ou infirmes et à des confrères tombés dans l'infortune. La pension de la veuve est viagère, sauf le cas où un nouveau mariage serait contracté; pour l'enfant, ses droits cessent à sa majorité ou lors d'un mariage antérieur à cette majorité. Un capital social inaliénable et un certain revenu, prévus et déterminés par le règlement, assurent à la caisse l'impossibilité de dilapider son trésor, et cependant la mettent à même d'allouer des secours utiles, des pensions d'une valeur non illusoire et dont la quotité varie suivant le nombre des ayants droit au partage. Par l'article 7 de ses statuts, la Société médicale s'engage à « prendre sous sa protection la » Société de prévoyance et de secours qu'elle a fondée..., cette » institution, quoique en quelques points distincte de la Société » médicale, devant toujours se rallier à elle. »

Vous le voyez, très honoré rédacteur, avec des éléments disséminés dans les diverses localités du département et malgré des réunions fort rares, la Société médicale du Haut-Rhin a poursuivi et atteint un triple but : d'anciens amis ont occasion de se rapprocher; des hommes inconnus l'un à l'autre apprennent à se connaître; on travaille, peut-être peu, mais enfin on travaille en commun, et finalement on s'entr'aide, ce qui est, comme chacun sait, « une loi de nature. » Cette Société scientifique, qui a pris sous son patronage une association de bienfaisance, c'est la plus belle réalisation du vœu émis par M. Delasiauve : je tiens à le noter, non pas que je prétende soulever une question de priorité — la chose n'en vaut réellement pas la peine, et d'ailleurs une bonne idée peut germer en plus d'une belle cervelle ; — mais, comme votre honorable et savant collaborateur désire que l'on rende à César ce qui lui est dû, on me permettra de rendre ici hommage à la germanique patience et à l'ardeur toute française de ces quelques confrères qui ont d'abord modestement et laborieusement fondé la Société médicale du Haut-Rhin, lui annexant bientôt une Société de prévoyance et de secours dont la petite fortune est aujourd'hui encore administrée, avec toute la sollicitude d'un père de famille, par un de ses fondateurs.

Donc, nous constatons qu'une Société de bienfaisance peut parfaitement s'agréger à une Société scientifique, et nous venons audevant des espérances qu'enregistre le dernier numéro de la GAZETTE HEBDOMADAIRE. Toutefois l'analogie n'est pas complète, et notre administration diffère, à son grand avantage, de celle que vous fait entrevoir M. Delasiauve. Règle générale, en matière d'association, il ne faut contraindre personne. Que les actes de cette association parlent pour elle, ils sauront bien lui faire des prosélytes; et il sera ouvert à ceux qui frapperont. Cependant, malgré ce respect du libre arbitre, pour demeurer conséquente avec l'article 7 de ses statuts, la Société médicale a voulu que tous ses membres fussent tenus d'être de la Société de prévoyance : c'est justice et logique. Mais tout médecin ou pharmacien du Haut-Rhin peut être de la Société de prévoyance sans être pour cela de la Société médicale.

Capables de faire éviter l'écueil des indignes, s'il y en avait, ces combinaisons de notre règlement ont été couronnées d'un succès réel ; notre double association va gagnant en prospérité et (suivant une loi bien connue) en considération. Aussi, Monsieur le rédacteur, je crois pouvoir vous la signaler comme une institution heureuse, comme un modèle, sinon à copier, du moins à imiter, à perfectionner encore, si l'on veut. Mais pour Dieu ! très honorés confrères qui prenez part au mouvement actuel, dans votre association, aussi perfectionnée qu'elle puisse être, n'usez point de contrainte, et ne réclamez point une mesure oppressive; laissez chacun libre de venir à vous; laissez les indifférents libres de s'abstenir; laissez à ceux qui sont venus la faculté de se retirer : il est peu d'épidermes plus chatouilleux que celui du médecin, et il est sage de ménager les susceptibilités de l'amour-propre ; en un mot, laisseznous, dans cette question médicale, comme ailleurs, liberté de conscience. Dotez vos institutions d'un programme marqué au coin du progrès le plus généreux, le plus intelligent, le plus en rapport avec les besoins que vous aurez prévus ; alors les tièdes diminueront de nombre, et ce qui paraît aujourd'hui encore utopie finira par devenir chose parfaitement réalisable. Agissez ainsi qu'ont agi nos prédécesseurs dans le Haut-Rhin ; préparez votre champ, cultivez-le avec soin, mais n'allez pas prétendre faire la moisson dès les semailles.

Veuillez, Monsieur le rédacteur, m'excuser d'accaparer ainsi vos loisirs et agréez l'assurance de ma respectueuse et dévouée confraternité. Docteur MARQUEZ (de Colmar).

Bien qu'on ait apprécié avec aussi peu de sens que d'équité la position consciencieuse que nous avons prise en présentant, d'une part, nos objections contre le projet de l'Association générale, et, d'autre part, le long plaidoyer d'un journal en faveur de ce projet, nous ne voulons pas nous départir de cette conduite, et nous donnons la publicité de la GAZETTE HEBDOMADAIRE à la note suivante, qui nous est envoyée de Bordeaux avec prière d'insertion :

« Nos lecteurs savent qu'une vaste enquête est ouverte en ce moment dans le sein du corps médical, dans le but de savoir si les médecins des départements sont disposés à former une Association générale d'assistance mutuelle dont l'Association des médecins de la Seine deviendrait le centre.

» Pour adhérer à ce projet, qui réunit de nombreuses sympathies, il suffit d'écrire la déclaration suivante, de la signer, et de l'adresser, *franco*, à M. le docteur Jeanuel, à Bordeaux (Gironde) :

« Je déclare adhérer aux vœux des médecins du département de la » Gironde, qui demandent l'adjonction des médecins des départements à » l'Association des médecins de la Seine, afin de former une *Association* » *générale des médecins de France.* »

(Signature.)

A , canton d , dép. d

Congrès d'ophthalmologie de Bruxelles.

DISCOURS D'OUVERTURE PRONONCÉ PAR M. FALLOT, PRÉSIDENT.

Messieurs, c'est un spectacle non moins glorieux pour la science que consolant pour l'humanité que celui dont ces lieux sont témoins en ce jour.

Quand de toutes parts les intérêts matériels nous envahissent, nous débordent, nous étreignent; qu'il ne semble plus y avoir dans l'esprit humain d'énergie et d'activité que pour ce qui peut se chif-

frer et se résoudre en espèces sonnantes, qu'il est beau de voir ici tant d'hommes éminents, de puissantes intelligences, de hautes renommées, qui, en dehors de toute vue personnelle, sans souci de lointains voyages, au mépris de coûteux sacrifices, de l'abandon d'une riche clientèle et des douceurs du foyer domestique, y sont accourus sur un simple appel fait au nom de la science, appel qui, pour se faire entendre, n'avait aucune de ces voix qui retentissent au loin et forcent à l'obéissance, appel d'autant plus audacieux qu'il n'était justifié par aucun précédent.

A la vérité, les congrès ne sont pas rares; depuis longtemps l'utilité de cette forme d'association a été appréciée, et chaque année en voit se former de nouveaux. L'enceinte où nous sommes réunis en recevait un naguère et des plus nombreux. Mais alors il s'agissait d'intérêts généraux, de questions humanitaires, dans lesquels l'avenir de la société était en quelque sorte engagé. Aussi toutes ses classes y fournissaient des éléments : tous les représentants de ses forces vives, le législateur, l'économiste, l'administrateur, l'industriel, le commerçant, y tenaient des places. — Notre congrès n'impose par aucun de ces titres, il ne mesure pas de semblables proportions, ne remue pas des intérêts aussi actuels, n'embrasse pas un horizon aussi vaste. Consacré exclusivement à l'art de guérir, et encore à une de ses spécialités les moins approfondies, il semblait ne devoir attirer qu'un petit nombre d'adhérents, et être condamné à périr dans un ridicule avortement...

On nous disait : Le champ livré à vos investigations est borné et aride, et loin de vous sont les mains habiles et puissantes dont la réunion vous serait nécessaire pour le faire valoir. Et comment l'obtenir cette réunion? Il n'est pas de profession plus assujettissante que celle de médecin. Le médecin est, en quelque sorte, comme un serf attaché à la glèbe. Il ne s'appartient pas, il est à la société, à laquelle il doit le sacrifice de son temps, de ses goûts, de soi-même. Comment, après cela, en attendre de longues absences? Comment espérer surtout d'en réunir un assez grand nombre pour constituer un congrès, et quelles seraient la signification, l'autorité d'un congrès privé de tout caractère d'universalité, et ne reflétant que les rayons d'une seule école? Vouloir en constituer un avec des éléments médicaux seuls est une utopie irréalisable, un projet qui conduit inévitablement à un échec. C'est ainsi que parlaient des hommes sérieux, pleins de bonnes intentions, et experts dans la matière. Nous ne pouvions méconnaître ni la justesse de ces vues, ni la solidité de ces raisons, ni nous dissimuler la grandeur des obstacles qui se dressaient devant notre entreprise. Aussi quelquefois, et comme malgré nous, nous nous laissions aller au découragement, et n'eût-ce été une répugnance bien naturelle de revenir sur nos pas sans avoir sondé toutes les issues, et cette voix intérieure qui crie à tout homme méditant une bonne action : *Fais ce que dois, advienne que pourra*, nous y aurions peut-être succombé...

Grâce à vous, messieurs, tous les sombres présages dont on effrayait nos esprits ont été démentis, et les résultats de nos démarches ont dépassé, non-seulement notre attente, mais même notre espoir. Recevez-en nos vifs remercîments. Pourquoi les expressions de notre gratitude restent-elles si fort au-dessous du sentiment qui nous les inspire?

Représentants de la plus magnifique des sciences, du plus salutaire des arts, salut! Salut! infatigables travailleurs dans les champs de l'intelligence, incessamment fécondés et agrandis par vos travaux. Salut! cœurs nobles et généreux, qui mettez votre gloire à être utiles, et y trouvez la plus douce, la plus haute des récompenses!...

Reconnaissance enfin à tous ceux qui, par leur sympathique concours, ont aidé à l'accomplissement de notre œuvre.

Le programme de nos travaux, que vous avez sous les yeux, me dispense de vous parler du but pour lequel nous sommes réunis, et des questions sur lesquelles vous êtes appelés à délibérer.

La science ne nous demande pas de décisions doctrinales; progressive de sa nature, elle ne se courbe pas devant de semblables arrêts. Ce qu'elle attend de nous, ce sont des discussions franches, approfondies, où toutes les opinions se produisent loyalement. Si quelquefois elles sont de nature à donner lieu à des conclusions, que celles-ci soient fortement motivées, et surtout directement applicables à l'art. En médecine, comme en politique, toute discussion sans but pratique est oiseuse et frivole.

Abordons maintenant notre tâche résolûment, et, mettant nos efforts en commun, dirigeons-les de manière à faire porter à notre congrès tous les fruits qu'il est destiné à produire; que son influence soit bienfaisante, qu'elle s'étende au loin et lui concilie en tous lieux des sentiments d'estime et de reconnaissance.

Le sol que vous foulez est celui de la liberté, l'air qui vous entoure est chargé de son parfum, les murs où vous délibérez sont habitués à en entendre les accents. Ici tout vous crie que les opinions consciencieuses sont sacrées, qu'aucune entrave n'est mise à la manifestation pleine et illimitée de la pensée.

Le terrain de nos discussions est celui de la plus parfaite égalité. Devant la science, comme devant la loi, tous les hommes sont égaux. S'il y est une autorité devant laquelle on s'incline, c'est celle des faits, éclairée par la raison. Un nom n'y a de valeur qu'autant qu'il la puise à cette source.

Partout où les hommes s'unissent en vue du progrès, ils sont frères. Que deviennent ces barrières imaginaires élevées entre eux par la différence des nationalités, la diversité des idiomes, le dissentiment des opinions et des doctrines, en présence de la cause sainte de la science et de l'humanité.

Messieurs, le drapeau déployé sur nos têtes porte donc cette devise : *Liberté! Égalité! Fraternité!* Cette fois, j'ose en répondre, elle ne sera pas un mensonge.

Dimanche dernier, 11 octobre, on a inauguré, sur la place publique d'Étampes, la statue d'Étienne Geoffroy Saint-Hilaire, au milieu d'un immense concours de population. Le soir il y a eu banquet de quatre-vingts couverts et la ville a été illuminée. Il a été prononcé des discours au nom de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine, du Muséum d'histoire naturelle, de la Faculté des sciences, etc. Nous donnons celui de M. Michel Lévy, président de l'Académie de médecine.

V.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

JOURNAL F. KINDERKRANKHEITEN. — Juillet et août 1857. Sur les inflammations de l'oreille externe et interne dans l'enfance, et sur le développement de la [illegible] l'ouïe, de la surdité, de la surdi-mutité et de maladies mortelles du cerveau par suite de ces inflammations, par *W. Melchior*. — Faits de la pratique des enfants, par *J. Bierbaum*.

MONATSSCHRIFT F. GEBURTSKUNDE. — Juillet 1857. Travaux de la Société d'accouchements de Berlin : description d'un monstre (acranie avec spina-bifida), par [illegible] — Pièce rare de dégénérescence cancéreuse de l'utérus, par le même. — Cas d'hydrocéphalie congénitale, spina-bifida lombo-dorsal, et pieds bots, par *B. Schultze*.

ŒSTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT FUER PRAKTISCHE HEILKUNDE. — N°s 28 à 32 — 28. Sur l'extension forcée dans les contractures du genou, par *J.-F. Heyfelder*. — 29. Sur l'adhérence du voile du palais à la paroi pharyngienne chez les syphilitiques, par *Sigmund*. — 30. Deux cas de guérison complète de fracture du col du fémur, par *V. Breunig*. — 31. De l'appareil en gutta percha, par *A. Keller*. — 32. Sur la réduction des luxations anciennes, par le professeur *Nagel*.

VIERTELJAHRSCHRIFT F. DIE PRAKTISCHE HEILKUNDE. — 1857. 3e cahier. Sur la viabilité des nouveau-nés, par *Maschka*. — Le diagnostic de la surdité, par [illegible]. — Cas particulier d'élimination d'une portion d'intestin, par *Fuckel*. — Recherches sur la dysentérie glucosurique.

VIERTELJAHRSSCHRIFT F. GERICHTLICHE UND OEFFENTLICHE MEDICIN. — Juillet 1857. Le cidre, sous le rapport thérapeutique et médico-légal, par *Vogel*.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — N°s 30 à 32. — 30. Quelques considérations sur la position des viscères abdominaux à l'état normal, par le professeur *Engel*. — 31. Cas d'éléphantiasis de la verge et du scrotum, par le professeur [illegible] — 32. Contribution à la maladie de Bright, par *Dinstl*.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. PARIS, 23 OCTOBRE 1857. N° 43.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 22 octobre 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : STATISTIQUE DES DÉCÈS. — CONGRÈS DE BRUXELLES : DES OPHTHALMIES SPÉCIFIQUES. — LA FIÈVRE JAUNE A LISBONNE. — RELATION D'UN VOYAGE DANS LES MERS DU NORD ; DURÉE DE LA VIE CHEZ LES ESQUIMAUX.

L'Académie de médecine a ouvert mardi la discussion sur le rapport de M. Guérard, relatif à la statistique des décès en France. Si l'on en juge par cette première séance, par les critiques d'ensemble dont les conclusions ont été l'objet de la part d'un bon juge et d'un habile discoureur, M. Michel Lévy; par le talent dont le rapporteur a fait preuve dans sa réplique; par l'impossibilité où l'on a été de s'entendre sur la rédaction de la première conclusion, le débat promet d'être long et intéressant. Nous le suivrons avec la plus grande attention. Nous dirons seulement aujourd'hui que, tout le monde étant à peu près d'accord sur les conditions générales auxquelles est possible une statistique de décès, il a fallu jouer de malheur pour être arrêté si longtemps sur une simple formule de rédaction. M. le président avait parfaitement raison de soutenir que le ministre n'avait posé qu'une seule et unique question, en deux membres de phrase, et avait entendu par *une bonne statistique* celle qui repose sur la constatation des *principales causes de décès*. De son côté, M. Guérard n'avait pas tort de maintenir pour lui, rapporteur, parlant au nom de la compagnie, le droit de dédoubler la question, s'il le fallait, pour ne pas paraître enchaîner son opinion à celle du ministre sur les conditions d'une bonne statistique. Mais il nous semble qu'il y avait un moyen facile de sortir d'embarras, et sans engager l'Académie et sans faire deux questions d'une seule : c'était de prendre acte des termes dans lesquels la demande était faite, et de répondre, par exemple : « En ne demandant à une statistique, pour être bonne, que de constater les causes principales de décès,

FEUILLETON.

Lettre médicale.

(Voir les numéros 36, 37 et 39.)

SOMMAIRE — Bayonne : Marécages de la Nive. — Cambo. — Eaux-Bonnes : Grandeur et décadence. Opinion de MM. les hôtelliers. Fautes d'iceux. Renfort médical. Infortunes d'un confrère. — Les sources.

Pau, 13 août 1857.

Quoi, seigneur, se peut-il que, d'un cours si rapide,

la curiosité vous ait ramené de Biarritz à Bayonne, puis emporté de Bayonne à Cambo, de Cambo itérativement à Bayonne, de cette ville aux Eaux-Bonnes, des Eaux-Bonnes aux Eaux-Chaudes, et des Eaux-Chaudes à Pau? C'est la question que vous allez m'adresser si vous vous avisez de rapprocher cette date de celle de ma dernière missive. Eh bien! oui, dans mon ardeur de revenir au plus vite à ce moulin d'Ixion où s'approvisionne hebdomadairement votre insatiable appétit, je voyage comme on se sauve; donnant, autant que possible, la nuit aux grandes routes, le jour aux sources thermales et aux excursions; sautant de mon lit sur un cheval (bien que ma sympathie pour ce fier et superbe animal ne soit pas partagée également par toutes les parties de mon être), du cheval chez un confrère brusquement perturbé au milieu de ses occupations, de chez ce confrère à l'établissement, et de l'établissement à la diligence. C'est pour vous faire entendre, honoré correspondant, que, si je ne vous dis rien qui vaille sur les stations minérales des Pyrénées, ce sera uniquement et exclusivement votre faute. Et je profite tout de suite de l'occasion, comme ces gens honteux chez qui l'aveu part comme une bombe, pour vous avertir que dans les quelques instants consacrés à la visite de chaque établissement, je n'ai pas eu l'esprit de me faire, sur la vertu des différentes sources, une opinion mieux motivée et plus arrêtée qu'avant d'avoir quitté le gîte. Aussi, retenez bien ceci : ce n'est que très accidentellement que je pourrai toucher à l'emploi thérapeu-

suivant les expressions de la lettre, oui, une bonne statistique est possible. »

Nous ne parlons ici que de la question de forme. Nous nous réservons d'entrer, avec l'Académie elle-même, dans le vif du sujet.

— Ce qui précède conduit naturellement à l'examen de la question des ophthalmies spécifiques, par lequel nous terminerons notre appréciation des travaux du congrès d'ophtalmologie.

Cette question, bien que circonscrite à un champ pathologique assez restreint, n'en a pas moins une portée considérable, et l'on peut dire, sans trop de prétentions à la figure, que le problème tout entier de la spécificité dans les maladies s'y reflète comme un vaste paysage dans un miroir. Les ophthalmies sont un excellent terrain pour l'étude d'un tel problème, parce que, le travail morbide s'y opérant à découvert, pouvant être suivi dans ses manifestations diverses, on a toujours des notions précises sur l'un des éléments les plus essentiels de la solution; mais la spécificité n'existe pas à un autre titre et ne se comporte pas autrement dans les ophthalmies que dans les autres affections de l'économie.

Or, qu'est-ce que la spécificité en pathologie?

Théoriquement, toutes les causes sont spécifiques, en ce sens que chacune d'elles, considérée isolément, a des effets qui lui sont propres et qui n'appartiennent pas à d'autres causes. Cette proposition n'est contestée que parce qu'on ne se rend pas un compte exact du sens des mots. Si l'on entend par cause toute circonstance plus ou moins complexe qui est susceptible d'influencer l'organisme, comme le sec ou l'humide, certainement des causes diverses peuvent amener des effets extérieurement semblables. De même si l'on ne veut considérer que l'effet de totalité, ou l'effet définitif de la cause, on peut encore soutenir qu'une même cause peut produire des effets dissemblables. Ainsi, l'humidité et le froid seront également capables de déterminer un rhumatisme; ainsi, l'une de ces deux conditions fera naître tantôt un rhumatismes et tantôt une pneumonie. Mais si la cause est une, si de la condition morbigène on extrait l'élément simple, irréductible, qui constitue l'*essence* de la cause, qui fait que cette cause est telle et non autre; si l'on ne considère dans les effets de celle-ci que son produit direct, immédiat, au lieu d'y comprendre toutes les manifestations dont elle a été le point de départ; si enfin on ne confond pas la cause avec l'*occasion*, l'effet avec le *résultat*, on peut affirmer en toute assurance qu'il y a toujours, entre la cause et l'effet, un r[apport] spécifique, qui, comme tel, est invariable.

Les virus, les venins, réalisent en très grande parti[e ce] que permet de concevoir la pure induction philosophique[;] sont les causes les plus simples, les plus identiques [à] elles-mêmes, que nous offre la pathologie. Aussi les affe[ctions] qu'elles engendrent se différencient-elles nettement de[s] [autres]. La différence, il est vrai, n'est pas absolue : [l'ul]cère syphilitique, par exemple, a plus d'une analogie [avec] des ulcères d'une autre espèce. Mais pourquoi? Parce q[ue la] cause, si simple qu'elle soit, ne peut toucher l'org[anisme] sans s'y heurter à des éléments complexes et mobile[s dans leur] ensemble. Le virus syphilitique, pour accomplir dan[s l'or]ganisme un désordre quelconque, ne dispose pas d['autres] moyens matériels que le virus varioleux, ou que le pus [intro]duit dans les veines. C'est toujours par et sur les mu[ltiples] éléments de l'agrégat organique, nerfs, vaisseaux, sang, [tissu] cellulaire, etc., que le travail s'accomplit; et il est d[onc] tout naturel que les lésions produites par des causes va[riées] se ressemblent par quelques côtés. Mais si l'élément sur [lequel] s'exerce l'action de la cause simple était simple lui-m[ême], l'effet serait spécifique. Et, en fait, c'est un témoignage [bien] bien décisif en faveur du principe exposé ici, que les [effets] même éloignés du virus conservent, jusque dans la diver[sité] d'apparences que leur impose le milieu où ils se produise[nt], le caractère irrécusable de leur origine.

Entre les causes qui, par leur complexité, leur man[ière] d'influencer l'organisme, ou par toute autre raison, ne se traduisent pas spécifiquement dans les maladies, et celles q[ue] leur unité rend parfaitement reconnaissables au milieu des [lé]sions compliquées qu'elles amènent, il existe des causes [qui] tiennent pour ainsi dire le milieu entre les précédentes, et d[ont] les produits, sans être précisément caractéristiques, ont p[our]tant quelque chose de particulier. Telles sont, par exemp[le], les causes diathésiques, le rhumatisme, la scrofule, etc. [Ce] ne sont plus là des causes qu'on puisse appeler *spécifiques*; mais, comme elles méritent néanmoins d'être distinguées, [on] leur donne communément le nom de *spéciales*. Au-dessous des spécifiques et des spéciales sont les causes *communes*.

Ce court aperçu, qui est conforme, du reste, sous les rapports essentiels, aux idées développées sur ce sujet par de s[a]vants confrères, par M. Legroux (*Thèse de concours*, 18[..]), par M. Requin (*Thèse de concours*, 1851), par M. Pid[oux], *Traité de thérapeutique*, introduction), donne la clef des difficultés qui sont devenues le sujet de la discussion au congrès de

---

tique des sources thermales, et je n'ai dessein de deviser avec vous que sur le pays et les établissements.

Mais auparavant, laissez-moi vous faire part d'une impression que j'ai vivement ressentie à Bayonne. Il s'agit d'une impression olfactive. C'était un dimanche soir. Le long des *allées marines* allaient par bandes les jeunes Baïonnettes, non effilées il faut le dire, mais capables néanmoins des plus grands ravages; la robe courte; le chignon artistement enturbané d'un madras qui mirait ses teintes éclatantes dans la glace des bandeaux et envoyait derrière l'oreille droite une coquette pointe secouée au branle d'un trottinement rapide. Je suivais, solitaire, me disant que ces allées si agréablement sillonnées devaient aboutir à quelque bosquet de myrthe et de jasmin. Mais après une demi-heure de marche, combien je fus désenchanté en sentant des bouffées d'émanations fétides tout à fait semblables à celles qui se dégagent des vieux ports! Je vis bientôt que, vers cet endroit, la berge maçonnée qui enferme le fleuve aux approches de Bayonne et dans la ville ne se continue pas, et que les eaux épanchées, retenues par un relief de terrain qui court parallèlement au rivage, ne rencontrant pas sans doute dans le sol les conditions propres à l'écoulement souterrain, forment un marécage assez étendu. On avait jeté ce jour-là sur ce passage de promenade un lit épais de paille de maïs, qui déjà, le soir, était [tri]turée, hachée. Cette paille est destinée, selon toute vraisemblance, à pourrir sur place et à grossir la couche des détritus végétaux. Il paraît, du reste, que les habitants n'ont pas l'odorat susceptible, car tout près de là une famille au grand complet s'était installée pour respirer le frais sur la carcasse vermoulue d'un vieux bri[c]k qui a dû faire l'expédition d'Argos; et promeneurs et promeneuses s'engageaient d'une allure indifférente sur la litière octroyée par la générosité municipale. Quant à moi, je porte à ma rate une trop vive et trop sincère affection pour lui faire courir de pareils risques; je rebroussai chemin, et j'allai échanger l'indescriptible charme d'une course sans but, dans un pays ignoré, contre les satisfactions épaisses de la table d'hôte.

Suivez-moi maintenant dans la région des vapeurs sulfureuses; je ne compte plus en sortir que pour rentrer à Paris, pénétré, im-

Bruxelles. Le Programme, s'il avait raison, au point de vue philosophique, de ranger parmi les ophthalmies *spécifiques* toutes celles qui, « soit par la nature de l'agent producteur, soit à cause des conditions constitutionnelles ou diathésiques,.... donnent lieu à des médications curatives *spéciales*, » le Programme avait, pour ainsi dire, trop raison, ainsi que l'a fait remarquer tout d'abord M. Anagnostakis. De ce que la spécificité et la spécialité dérivent du même principe, il ne s'ensuit pas qu'il soit bon, ni pour la langue scientifique, ni pour la pratique, de les confondre entièrement. La thérapeutique, surtout, proteste contre cette assimilation, en montrant, dans plus d'un cas, la spécificité du remède adaptée à la spécificité de l'agent morbide (quinquina, mercure), tandis qu'elle n'a pour d'autres états spéciaux de l'économie que des médications spéciales, telles que le soufre contre l'état scrofuleux, les dépuratifs amers contre l'état herpétique, etc. Mais d'un autre côté, et par les mêmes motifs, ce serait aller trop loin que de supprimer entièrement, comme le voudrait M. Calvo y Martin, la dénomination de *spécifique*, pour la remplacer toujours par celle de *spéciale*. A cet égard, M. Sichel nous paraît avoir posé les vrais principes de la question.

Mais, dans cette détermination de la spécificité et de la spécialité, il faut bien prendre garde, suivant une remarque développée surtout par M. Calvo y Martin, de la trop restreindre à la considération de la lésion anatomique, et, comme l'a dit notre confrère, *de séparer un organe du reste de l'économie*. A ce point de vue circonscrit, il faut reconnaître avec plusieurs orateurs, avec M. Crocq notamment, que rarement les ophthalmies traduisent en termes clairs, par leurs caractères locaux, la cause dont elles émanent. Mais en s'aidant de la marche de la lésion elle-même, des circonstances où elle est née, de la constitution et de la santé générale du sujet, de l'effet des remèdes, etc., on peut souvent arriver à mettre en évidence la nature spécifique ou spéciale de l'agent morbide.

— Les journaux politiques ont annoncé que la fièvre jaune règne à Lisbonne. Nous trouvons aujourd'hui dans plusieurs feuilles médicales de l'Espagne et du Portugal, mais particulièrement dans la GAZETA MÉDICA de Lisbonne, des renseignements que nous nous empressons de relever.

Les conditions météorologiques des mois d'août et de septembre avaient été assez bonnes; la température, notamment, avait été facile à supporter; on avait noté seulement des pluies abondantes qui avaient imprégné l'atmosphère d'humidité. Pendant ces deux mois, il avait régné à Lisbonne des affections gastro-intestinales et des fièvres intermittentes, mais en moins grand nombre que l'année dernière à pareille époque. Il paraît que, vers le 9 août, on commença à observer en ville quelques cas d'une affection suspecte qui fit songer à la fièvre jaune. Mais dès les premiers jours de septembre il n'y eut plus de doute, malgré le soin qu'on mit à cacher la vérité au public. C'est dans les quartiers de la Magdalena, de Ribeira Velha, rue des Canastras et rue da Padaria, que l'épidémie s'est d'abord montrée. De là elle a rayonné aux environs en prenant plus d'intensité, et a plus particulièrement envahi les habitations placées dans de mauvaises conditions hygiéniques. Ensuite, on rencontra des cas isolés dans divers quartiers de la ville, et presque toujours, dit la Gazette de Lisbonne, les malades avaient eu des rapports avec les lieux infectés. Là où existait un foyer épidémique bien caractérisé, la maladie offrait un haut caractère de gravité et se communiquait aisément; les cas isolés étaient, au contraire, peu graves, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'ils offraient l'exemple de la transmission contagieuse.

On ne paraît pas avoir fait dès le début une étude assez approfondie de l'origine de l'épidémie, et il est à craindre que cette fois encore on ne reste à cet égard dans l'incertitude. Néanmoins il paraît bien établi que les premiers malades étaient des employés des douanes, qui manient habituellement des cuirs, des sucres et autres produits exotiques. Notre confrère de Lisbonne va même jusqu'à avancer, *sur des informations plus récentes*, que la maladie a été importée par des navires qui faisaient le commerce des colonies, et qui avaient l'année dernière été accusés d'avoir à bord des cas de fièvre jaune. Un d'eux avait changé de nom pour pouvoir pénétrer dans le port de Lisbonne.

La maladie est parfaitement caractérisée. Dans les cas graves, rien n'y manque, ni les vomissements noirs, ni les hémorrhagies intestinales, ni les ecchymoses; ni, à l'autopsie, les infiltrations sanguines dans les viscères et l'altération caractéristique du foie. Heureusement, les formes légères sont de beaucoup plus fréquentes.

Le traitement a consisté généralement dans l'emploi des purgatifs salins, de l'huile de ricin, des diaphorétiques, des acides minéraux et végétaux, du camphre, des vésicatoires, etc. La mortalité est considérable, si l'on comprend dans les mêmes tableaux les formes graves et les formes bénignes. Sur un total de 712 cas admis jusqu'au 2 octobre

prégné, saturé de soufre, absolument réfractaire à l'*oïdium Tuckeri*, et bien près de donner raison à ce journal pieusement homœopatique et homœopathiquement pieux qui m'appelait naguère du *soufre sublimé*, en opposition à mon ami Broca, qui est formé, à ce qu'il paraît, de *soufre en canon*.

Je commence par *Cambo*, station inconnue à la plupart des médecins, et qui n'a même pas sa place dans quelques traités classiques sur les eaux minérales. La route de Bayonne à Cambo est d'une beauté mixte d'un charme tout particulier, qui n'est pas encore sauvage et qui n'est déjà plus champêtre. On y rencontre toutes sortes de hautes graminées, y compris le sarrasin et le sorgho; de plus, un philanthrope à blason, qui a monté une vaste boulangerie où la population de Bayonne va se pourvoir à prix réduit. A Cambo, le site prend plus d'accentuation, et de brusques caprices de terrain annoncent les grandes colères, les soulèvements effroyables, dont on entrevoit le théâtre dans le lointain. Les sources sont du genre tempéré. Il y en a deux : une sulfureuse et une ferrugineuse. La sulfureuse ne marque que de 22 à 23 degrés centigrades; il faut donc la faire chauffer pour les bains, et elle ne contient que des traces d'acide sulfhydrique ! Mais le sulfate et le carbonate de chaux et de magnésie y sont assez abondants, le premier surtout. Or, ce n'est pas le cas d'imiter une plaisanterie parisienne sur certaine eau potable : « Cette eau est bourbeuse, *mais* elle renferme beaucoup d'animalcules; » car si la soude est, toutes choses égales, préférable à la chaux dans une eau sulfureuse, la chaux, renforcée de la magnésie, a pourtant cet avantage d'adoucir les propriétés excitantes de la source, de diriger plus spécialement son action vers le tube gastro-intestinal (Filhol), et de lui permettre ainsi de satisfaire mieux que d'autres à certaines indications. La source ferrugineuse n'est pas non plus très riche. Son mérite principal est d'avoisiner la précédente, qui, d'ailleurs, elle aussi, n'est pas absolument dépourvue de fer. Moyennant cette combinaison, on peut tout à la fois relever directement les forces digestives, reconstituer le sang, tonifier l'organisme enfin, et adresser aux scrofules, aux ulcères atoniques l'agent sulfureux qui leur convient si spécialement.

J'ai entendu une dame se plaindre de la distance qui sépare le

dans les hôpitaux (qui reçoivent d'ordinaire les cas les plus intenses), on compte 197 guérisons et 194 morts. Le reste est en traitement. Il n'existe pas encore de statistique où l'on ait fait le départ des formes très caractérisées et de celles qui le sont moins; mais il est démontré que ces dernières guérissent très fréquemment.

L'autorité, n'ayant pas eu connaissance des premiers cas observés, n'a pu prendre au début aucune mesure de salubrité. Du reste, l'épidémie survient au moment où l'ancienne organisation sanitaire concernant les affections épidémiques réputées contagieuses vient d'être dissoute. La Gazeta medica élève à cet égard des plaintes très vives.

El Siglo medico (de Madrid), en émettant l'avis que la maladie a été importée, annonce que le gouvernement espagnol vient d'envoyer à Lisbonne des médecins chargés d'étudier l'épidémie, et spécialement son mode d'origine.

— La Relation du voyage de S. A. I. le prince Napoléon dans les mers du Nord va paraître dans quelques jours. On y trouvera plus d'un détail intéressant au point de vue médical. Nous en extrayons aujourd'hui un passage relatif à la durée de la vie chez l'Esquimau, livré à la passion de l'alcool, à peine vêtu, tantôt engagé sur les neiges et les glaces flottantes à la poursuite de sa proie, tantôt emprisonné des journées entières dans son kaïak, les jambes immobiles.

« La vie de l'Esquimau, disent MM. Bellebon et Guérault, chirurgiens de la marine, attachés à l'expédition, est et devait être fort courte, et nous avons été frappés, dans les campements les plus nombreux, alors que la population tout entière se pressait sur notre passage, de la rareté, nous dirions presque de l'absence totale, de vieillards.

» Dans le district de Frédérikshaab, qui compte actuellement 800 âmes, les tables officielles ne présentaient que 2 hommes ayant dépassé cinquante-quatre ans; et ceux-ci pouvaient être considérés comme des exceptions très remarquables, puisqu'il fallait tout d'un coup, après eux, descendre au chiffre de quarante-cinq ans, âge de 15 individus, parmi lesquels étaient 6 femmes offrant l'aspect d'une parfaite décrépitude. De trente à quarante le chiffre était assez élevé, mais moins que de vingt à trente; ces deux catégories donnaient pour total 143 et 396; il restait un nombre de 244, représentant le jeune âge jusqu'à vingt ans. »

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Des applications de l'électricité a la médecine, par M. A. Masson, professeur de physique au lycée Louis-le-Grand, et agrégé de la faculté des sciences.

(Suite et fin. — Voir les numéros 37 et 41.)

3° *De l'extra-courant, ou de l'induction d'un courant sur lui-même.* — Reprenons notre première bobine, et réunissons deux des extrémités des fils A et B pour en former un seul fil de longueur double; aux deux pôles d'une pile attachons les extrémités libres et faisons passer le courant dans le fil entier A B.

Aux deux pôles de la pile attachons deux autres fils courts terminés par des cylindres ou poignées métalliques que nous saisirons dans les deux mains.

A l'instant où l'on ouvrira le circuit de la pile pour faire cesser le courant dans l'hélice, on éprouvera de très fortes commotions dans les bras, en même temps qu'on apercevra une forte étincelle au point d'interruption. C'est ce courant, doué d'une forte tension, et qui passe dans les membres, qu'on nomme *extra-courant;* il est instantané et agit comme la décharge d'une bouteille de Leyde; il est de même sens que celui de la pile. La fermeture du circuit de la pile ne produit aucun effet. La disposition du fil en hélice est nécessaire, car on n'obtient aucun effet si ce fil est tendu en ligne droite.

Si nous plaçons dans l'hélice un cylindre ou des fils de fer doux, nous augmenterons considérablement dans certains cas l'intensité des commotions et de l'étincelle.

Tout électro-aimant ordinaire peut servir à la production d'extra-courants énergiques.

Tout se passe, dans ce phénomène, comme si le courant de la pile condensait dans l'hélice une très grande quantité d'électricité statique, qui se décharge au moment de l'interruption du circuit, partie par le corps, partie par l'intervalle de rupture, avec production d'étincelle. On a essayé d'expliquer ce phénomène, en supposant qu'à l'instant où le courant qui circule dans le fil est interrompu, chaque spire induit les spires voisines, et que ces inductions progressives comme la disparition du courant dans l'hélice, engendrent une somme de courants induits qui s'ajoutent en prenant une tension considérable.

4° *Des courants induits à haute tension.* — M. Henry

---

village de l'établissement. Je me permettrai de dire de cette dame, qui ne lira pas cette lettre, qu'elle n'a pas le sens commun. Après le plaisir de s'asseoir chaque jour à l'ombre des huit arbres de la terrasse, pour y admirer régulièrement aux mêmes heures, durant le même espace de temps, sous la même ombre, à côté des mêmes voisins, le même paysage, il me semble qu'on ne saurait être insensible à celui d'avoir à se déranger un peu pour aller boire. Sans cette distraction, il y aurait nécessité absolue de louer des Basques à la journée, pour éveiller de leur chant nasillard et du roulement métallique de leurs tambours à grelots l'écho taciturne de ce charmant séjour.

Il y a entre Biarritz et Cambo un va-et-vient de baigneurs; les uns vont à Cambo se réchauffer de Biarritz; les autres — et c'est le plus grand nombre — vont à Biarritz se refroidir de Cambo. On est amené naturellement à se demander lequel est le mieux avisé de ces deux courants; car on ne peut pas dire que

. . . . . Il n'importe guère
Que *Cambo* soit devant ou *Cambo* soit derrière.

Mais peut-être la question doit-elle être résolue différemment, suivant ce qu'on vient faire à Cambo. Qu'on s'en aille substituer au salutaire frissonnement qu'inflige la vague marine la tiédeur amollissante d'un bain, c'est détruire avec la main gauche l'œuvre de la main droite; il me paraît beaucoup plus rationnel d'aller, après qu'on a recueilli les bénéfices de la médication sulfureuse, raffermir dans la mer les chairs afflachies par l'eau chaude, — cette pratique est suivie depuis longtemps par un habile médecin de Cauterets, M. Cardinal; — mais ce que je conçois bien, c'est qu'on vienne, après une saison à Biarritz, boire quelque temps à la source ferrugineuse de Cambo. Soit par suite d'un défaut de réaction, soit pour toute autre cause, des jeunes filles qu'on envoie à la mer pour faciliter l'établissement de la menstruation, en reviennent quelquefois plus anémiques, plus disposées à la chlorose. J'ai observé ce fait deux ou trois fois, et de la manière la moins équivoque. Or, l'usage d'une eau ferrugineuse ne peut qu'arrêter cette fâcheuse tendance de l'organisme, et assurer l'action tonifiante du bain salé.

de Princeton (1) prend une hélice plate, formée d'un ruban de cuivre de 37 millimètres de large; il la met en communication avec une pile; sur cette hélice il place une autre hélice formée d'un fil de 1422 mètres de long et de 0mm,51 de diamètre. En induisant cette hélice en fil fin et long, le courant induit direct donne de violentes commotions. En prenant un gros fil court pour former une première bobine, communiquant avec la pile, en enroulant sur celui-ci un fil fin et long qui formera le courant induit, on obtiendra de fortes secousses par l'interruption du circuit de la pile. Le courant induit acquiert par cette disposition une très forte tension, et les effets sont encore augmentés si l'on introduit dans l'hélice à gros fil un cylindre ou des fils de fer doux. Ce fait sert de base à plusieurs appareils électro-médicaux.

5° *Des courants induits de divers ordres.* — MM. Henry et Abria se sont beaucoup occupés des courants induits de divers ordres. Voici le résumé des faits observés :

Je reprends encore ma bobine à deux fils A et B; l'un communique à la pile et l'autre à un fil A′ d'une bobine identique avec la première, dont le fil B′ est, à ses extrémités, uni à un galvanomètre, ou à une petite spirale dans laquelle on met une aiguille d'acier non aimantée, ou enfin à des poignées qu'on saisit dans la main.

Le courant de la pile passant dans le fil A sera désigné par le nom de *courant principal.* Le fil B sera le fil induit du premier ordre; le fil B′ sera le fil induit du second ordre. Lorsqu'on ouvre le circuit de la pile, on produit dans B un courant induit du premier ordre, qui, circulant dans A′, engendre dans B′ un courant induit du second ordre. Ce courant du second ordre peut donner des secousses très fortes, si les fils sont assez longs ; il aimante l'aiguille d'acier placée dans la petite spirale et ne dévie pas le galvanomètre.

Il est important de bien comprendre ce qui se passe dans cette expérience, si l'on veut expliquer tous les phénomènes physiologiques des courants d'induction.

Considérons d'abord le courant induit du premier ordre. Si l'on ouvre le circuit du courant principal, on a un courant induit; si on le ferme, on produit un autre courant induit de signe contraire. Le premier a une tension beaucoup plus forte que le second; il agit comme une décharge de condensateur; et le second se comporte comme le courant d'une pile. Chacun de ces deux courants, comme je l'ai récemment démontré, est constitué par la même quantité d'électricité; de là vient que lorsqu'ils agissent alternativement, l'aiguille aimantée reste en repos sous l'influence des deux courants inverses; mais l'aimantation ou la commotion, qui ne dépendent que de la tension de l'électricité, se manifestent par le premier courant ou courant de rupture.

Voyons maintenant un courant induit d'un autre ordre.

Lorsque nous ouvrons le circuit de la pile, nous induisons B; le courant induit de B va dans A′ et induit B′, mais le courant de B naît et cesse immédiatement. Il produit donc dans B′ deux courants induits de signe contraire, égaux en quantité, mais différents en tension. Celui des deux qui a la plus grande tension est inverse du courant de premier ordre. Si nous ouvrons et fermons le courant de la pile, nous produirons deux courants induits dans B et quatre dans B′.

Il est facile de saisir ce qui arriverait, si la seconde bobine communiquait avec une troisième, etc. On aurait des courants de divers ordres, formés de deux systèmes de courants opposés, à l'un desquels appartiendrait la tension.

REMARQUES SUR L'ACTION DES COURANTS ÉLECTRIQUES.

1° *De l'influence des écrans.* — Je reprends l'expérience de M. Henry et je place entre les deux hélices un disque de verre, je n'altère pas les effets; mais si au disque de verre je substitue un disque de cuivre, j'annule les commotions du courant induit, et sa puissance magnétisante. Si je fends le disque suivant plusieurs rayons, son influence est nulle.

Ces faits observés par M. Henry s'expliquent par l'induction que le courant principal exerce sur l'écran lorsqu'il est conducteur et continu. J'ai observé moi-même cette influence des écrans sur l'extra-courant. On la met en évidence de la manière suivante. Je prends seulement le fil A de la première bobine pour développer des extra-courants. Si le fil B est ouvert, les commotions sont très énergiques; elles disparaissent, s'il est fermé.

2° *Propriétés des courants électriques.* — Quelle que soit la cause des courants électriques, ils jouissent des mêmes propriétés. Pour une même source, les effets du courant dépendent de sa tension et de la quantité d'électricité mise en mouvement. Avec des machines ou des condensateurs, on reproduit toutes les actions des courants continus des piles; les extra-courants et les courants d'induction présentent, dans certains cas que j'ai signalés (1), tous les phénomènes ob-

(1) *Ann. de phys. et de chim.*, 3e série, t. III, p. 397.

(1) *Ann. de phys. et de chim.*, 3e série, t. IV.

Les *Eaux-Bonnes*, cher confrère, sont en crise; la tempête couve autour de son établissement thermal comme sur les flancs de ses montagnes. Dans les entrailles de son organisation municipale s'opère un travail caché, pareil à ceux qui précèdent la chute ou la rénovation des empires; et les Eaux-Bonnes sont un empire. Je ne sais si les chiens obscènes de la localité (*obscenique canes*) ont donné des signes, et si l'astre qui a pressenti la mort de César a illuminé de reflets sombres les sommets du mont Gourzy; je dois même avouer que le soleil était superbe à mon arrivée; mais on n'a pas besoin de cela pour savoir les nouvelles, comme vous allez voir.

Poussé par une de ces curiosités puériles qui n'appartiennent qu'au voyageur, je m'étais mis à rôder au hasard dans les couloirs de l'hôtel, comme Horace sur la voie sacrée. *Ibam forte via sacra*... Le hasard me conduisit sur la porte de la cuisine. L'hôtelier était là, la tête en arrière, le ventre en avant, une serviette sous le bras, donnant des ordres à un petit garçon en veste blanche, avec une galette de calicot sur la tête, qui m'avait bien l'air de faire ses premières armes autour des fourneaux. Au bruit de mes pas, le maître se retourne.

— Monsieur demande quelque chose?

— Non, merci. Je suis le n° 7. *J'inspecte* votre établissement.

— Ah! très bien. Faites, monsieur... Ah ça, auras-tu fini aujourd'hui de hâcher ces champignons! Allons, vite une pincée de farine sur ton beurre, qui crie depuis une heure comme une armée de grenouilles. Bien; à présent, mets tes champignons. Lambin, va!

— Et vous avez eu beaucoup de monde, cette année? repris je en avançant dans la pièce.

— Cette année? Ah bien, oui! en voilà une belle! Parlons-en de cette année! Il y a douze ans que je suis aux Eaux-Bonnes, monsieur, et je n'ai jamais vu une saison comme celle-ci. Une vraie débâcle. Presque moitié moins de buveurs que l'an passé. N'est-ce pas désolant? Comment voulez-vous qu'on se tire d'affaires? Dire qu'au mois d'août dernier on ne trouvait pas à se loger! On avait des grands personnages, des ducs, des princes, des étrangers venus du bout du monde. On couchait dans les salles à manger,

servés avec les machines ou les batteries électriques.

Les différents effets physiologiques, magnétiques ou chimiques sont en rapport, pour une même quantité d'électricité, avec la durée de la décharge.

L'action physiologique d'un courant est d'autant plus grande que sa durée est plus petite, la quantité d'électricité employée restant la même. Si cette quantité augmente, quand on ne change pas le temps de la décharge, les effets physiologiques deviennent plus puissants.

Pour mieux faire comprendre ces principes fondamentaux, prenons un exemple: Chargeons une bouteille de Leyde, et touchons-la de manière à recevoir la décharge, nous éprouverons une vive secousse. Débarrassons au contraire ce condensateur de son électricité au moyen d'une fine aiguille, nous aurons un courant continu sans commotion. Dans les deux cas, nous mettons en jeu la même quantité d'électricité; mais, dans le premier, la durée du courant est infiniment plus petite que dans le second, puisqu'elle n'est pas d'un millionième de seconde, d'après mes expériences. L'électricité obéit aux lois générales qui régissent toutes les autres forces de la nature; pour une même quantité de mouvement, ou un même effet produit, la pression qu'exerce une force, ou son impulsion, est en raison inverse de la durée de son action.

Si nous appliquons ces considérations aux courants induits, nous voyons que deux courants égaux en quantité différeront beaucoup dans leur tension, suivant leur durée. Des deux courants induits dans un fil long et fin par la rupture ou l'établissement du courant principal, celui qui naît au moment où le courant cesse a beaucoup plus de tension que le second, parce qu'il dure moins longtemps. Toutes les influences qui augmentent la durée d'un courant induit ou autre lui donnent les propriétés des courants des piles. Au contraire, en diminuant la durée d'un courant produit par une même quantité d'électricité, on développe les caractères des décharges instantanées des batteries. On conçoit qu'entre ces deux limites, on obtiendra des courants participant des piles et des condensateurs. De tous les courants induits, les extra-courants sont ceux qui se rapprochent le plus, par leurs propriétés, des décharges de la bouteille de Leyde.

On voit déjà qu'on s'est fait souvent d'étranges illusions sur l'application thérapeutique des courants induits, et que les effets obtenus par les appareils électro-médicaux les plus renommés ne diffèrent pas sensiblement de ceux qu'obtenaient nos prédécesseurs avec des machines, des bouteilles de Leyde ou des piles. Aussi les cas de guérison signalés dans les deux premières périodes ne sont pas moindres que ceux publiés depuis la découverte de l'induction.

On a changé les appareils; mais, à mon avis, on n'a pas changé les méthodes.

L'appareil que j'ai proposé, il y a plus de vingt ans, pour le traitement électrique me paraît satisfaire encore aux indications essentielles.

DES APPAREILS ÉLECTRO-MÉDICAUX ET DE LEUR EMPLOI.

Les extra-courants, par leur instantanéité et leur intensité, jouissent de toutes les propriétés des décharges des bouteilles de Leyde.

Lorsqu'on les emploie, comme plusieurs médecins, en interrompant le courant principal au moyen d'un interrupteur à marteau réglé par le courant lui-même, ou par une roue dentée pourvue d'un petit nombre de dents, on fait naître dans les parties électrisées des secousses successives, souvent très sensibles et très douloureuses. On arrive au même but avec l'électromètre de Lane.

J'ai employé les extra-courants dans un grand nombre de circonstances et toujours de la même manière.

1° *Appareil avec extra-courant.* — Mon appareil consiste en : 1° un électro-aimant puissant, aimanté par le courant d'une pile à effet constant dont l'intensité varie suivant les phénomènes que je veux produire, ou mieux par une simple bobine à long fil, parce que j'ai reconnu que le fer doux augmente la durée de la décharge et diminue souvent sa tension; 2° une seconde partie qui est simplement l'appareil à l'aide duquel Savart a montré la limite des sensations des sons aigus. Dans le cours de mes recherches sur les extra-courants, ces deux parties essentielles de mon appareil se sont heureusement rencontrées sous ma main dans mon cabinet de physique. Depuis je n'ai rien trouvé de mieux. L'appareil de Savart (1) est formé d'une roue dentée dont le diamètre est de 82 centimètres, portant 720 dents. Sur l'arbre de la roue passe une courroie qui va s'enrouler sur une grande roue de bois pourvue de masses de plomb, qui en fait un volant. Une lame métallique fixée sur le banc de l'appareil, et douée d'une force de ressort suffisante, reçoit le choc des dents. L'une des extrémités du fil de l'électro aimant est fixée au coussinet métallique dans lequel se meut l'arbre de la roue dentée; l'autre extrémité est attachée à l'un des pôles de la pile, le positif, par exemple. Alors le fil négatif est relié

(1) *Ann. de phys. et de chim.*, 2e série, t. XLIV, p. 342.

---

dans les salons, dans les couloirs; tenez, là où vous êtes, il y avait un lit de sangle pour la femme de chambre d'une princesse russe. Mais, bonsoir, déménagement général! Il peut arriver des voyageurs, ce ne sera pas de logement qu'ils manqueront.

Je venais évidemment de toucher un point sensible dans le cœur de l'honnête hôtelier. La plainte jaillissait de sa bouche comme l'eau d'une fontaine dont on a pressé le bouton. Je pris un air compâtissant, et fis cette réflexion pleine de curiosité : C'est étonnant!

— C'est étonnant! c'est étonnant!... Eh bien! non, ce n'est pas étonnant.

— Comment cela?

Notre homme eut l'air de n'avoir pas entendu, et, se penchant sur la casserolle : — Allons, c'est assez *revenu;* il ne faut pas que ça ressemble à de la suie. Mets-moi là dedans un bon verre de vin blanc, donne un ou deux bouillons, et fais réchauffer *tes* membres de dindon.

L'apprenti ne comprit pas la plaisanterie.

— Vous disiez?... repris-je obstinément.

— Qu'est-ce que je disais donc?

— Vous disiez qu'il n'était pas étonnant qu'il y eût si peu de monde aux Eaux-Bonnes cette année.

— Mon Dieu, monsieur, on raconte bien des choses. Il paraîtrait que ces messieurs les médecins de Paris nous ont jeté comme un sort. Autrefois ils ne connaissaient, pour les maladies de poitrine, que les Eaux-Bonnes; maintenant ils *font filer* leurs malades sur Cauterets. Avec cela qu'ils y sont bien, à Cauterets, les poitrinaires! Un pays où le vent souffle, Dieu sait comme! Et des orages, et des brouillards, et une élévation, et une chienne de montée pour aller boire à la Rallière! Un vrai pays à faire cracher le sang. Mais c'est égal, on en veut aux Eaux-Bonnes, et l'on ne tient pas compte du reste. C'est sa faute aussi, à lui.

— Qui, lui?

— C'est vrai. Autrefois, c'était le maître, l'idole, le seigneur de ce pays-ci. On ne jurait que par lui, on ne faisait rien que par lui; il nous aurait dit de renvoyer de l'hôtel un millionnaire qui

par un fil à la lame vibrante. Quand la lame touche une dent, le courant de la pile passe dans la roue dentée, dans la lame vibrante et dans l'électro-aimant, qu'elle rend magnétique. Quand la dent de la roue échappe, le courant est interrompu. A la lame vibrante j'attache un nouveau fil court, terminé par une poignée; au second coussinet de la roue, j'attache un second fil aussi muni d'une poignée. Lorsqu'entre les deux poignées on placera un corps à électriser, il recevra l'action d'un extra-courant énergique à chaque interruption du circuit. Ce courant sera toujours dans le même sens. Si la roue dentée tourne lentement, les commotions seront successives et très violentes, et ces effets seront ceux de l'électromètre de Lane; si la vitesse augmente, les impulsions électriques, plus souvent répétées, produiront des contractions musculaires qui n'auront rien de douloureux et ressembleront parfaitement à celles qui résultent de l'action de la volonté. Si l'on augmente encore la vitesse de la roue, on produit dans la partie électrisée un fourmillement qui disparaît entièrement avec le nombre toujours croissant des interruptions. La limite de la sensation dépend de l'intensité du courant principal et de la sensibilité des organes ou des portions du corps soumises à l'expérience, ainsi que de la rapidité de la rotation.

Quelle que soit la puissance de l'électro-aimant, je puis toujours faire tourner la roue dentée assez vite pour détruire toute sensation. Ma roue dentée est donc mon seul régulateur.

Voici maintenant comment j'opère. Je règle l'intensité de mon extra-courant sur la sensibilité des organes que je veux électriser, de manière qu'avec la plus grande vitesse de la roue on ne produise aucun effet; je place alors les pôles de l'extra-courant sur les extrémités de la partie du corps que je veux introduire dans le cercle de l'extra-courant; je diminue progressivement la vitesse de la roue dentée jusqu'à ce que j'obtienne une contraction bien naturelle et permanente, que je fais cesser en tournant la roue plus vite, pour recommencer de nouveau, et faire fonctionner les muscles comme s'ils étaient dans leur état normal. J'évite le plus possible toute commotion isolée qui pourrait être dangereuse.

Je ne reviendrai pas sur l'explication que j'ai donnée précédemment des effets physiologiques des secousses répétées un très grand nombre de fois dans un très petit intervalle de temps. Cette explication n'est peut-être pas satisfaisante. On pourrait supposer qu'avec de nombreuses intermittences, l'aimant n'arrive pas entre deux interruptions du courant à son maximum d'effet, et que son action inductive décroît à mesure que la vitesse de la roue augmente. Peu importe l'explication, le fait existe: les extra-courants fréquemment interrompus produisent des actions continues et des contractions qu'on peut régler, modifier à volonté jusqu'à les rendre absolument identiques avec les contractions naturelles.

Par cette méthode, on évite ces secousses violentes et intermittentes de l'électromètre de Lane, secousses qui doivent énerver et paralyser à la longue le système nerveux. Mon procédé est entièrement nouveau, car personne jusqu'ici ne l'a essayé.

La roue dentée pouvait, dans mes expériences, produire 24,000 interruptions par seconde, ce qui est facile à déterminer par le son produit. Il n'est pas nécessaire d'atteindre cette limite pour obtenir de bons effets. Les expériences de Savart et les miennes établissent d'une manière évidente que la lame fonctionne régulièrement et ne saute jamais un certain nombre de dents, ce qui produirait des chocs violents et non une disparition de courant. Un appareil qui produirait ainsi des interruptions brusques et non régulières serait mauvais et dangereux par les commotions violentes qu'il occasionnerait. Si M. Duchenne avait lu le mémoire de Savart sur un fait très curieux de physiologie, et celui que j'ai publié sur les effets physiologiques des courants interrompus, il n'aurait pas écrit sa note de la page 120 (1); il me suffit de l'indiquer pour toute réponse. M. Duchenne attribue la cessation des effets électriques, quand la roue tourne très vite, à un vice de construction de mon appareil, dans lequel la lame vibrante reste soulevée pour une certaine vitesse de la roue et n'est plus en contact aussi parfait avec les dents de la roue.

C'est fort inutilement encore que M. Duchenne se donne la peine de me critiquer à la page 122, où il me fait l'inventeur d'un appareil électro-médical qu'on a pu construire sous mon nom, mais qui est mauvais et que je n'ai pas conseillé. Je règle toujours mes effets électriques pendant l'opération thérapeutique par la vitesse de ma roue dentée.

2° *Des appareils à courants induits.* — Nous trouvons dans ces appareils plusieurs inconvénients. Premièrement, on fait servir les deux courants inverses, dont l'un agit de la même manière que les courants des piles, et l'autre participe de ces courants et des décharges instantanées. C'est à tort qu'on suppose un seul courant actif; car dans

(1) *Traité de l'électrisation localisée.*

...ui aurait déplu, que nous l'aurions fait tout de suite, parce que nous savions que c'était lui qui attirait les trois quarts des malades. On n'osait pas louer à des médecins dans la crainte de lui déplaire. Depuis quelque temps je ne sais comment il s'y prend, mais il mécontente tout le monde. Il est allé à Paris les hivers derniers; on a mis son nom dans les journaux; nous croyions que ça profiterait à l'établissement. Pas du tout. C'est justement depuis ce temps-là que les médecins de là-bas ont tourné contre lui. On s'en apercevait peu d'abord, parce qu'il venait tous les ans de la capitale un médecin appelé Gueneau de Mussy, à qui l'on adressait beaucoup de clients; c'était une compensation; mais il n'est pas venu cette année, et c'est alors qu'on a vu le fond des choses. Comme je me faisais l'honneur ne vous le dire, c'est une pitié. On assure que M. Gueneau ne viendra plus. Eh bien! depuis que l'autre sait cela...

— Quel autre?

— ... Il est devenu encore plus difficile. Il se gendarme surtout contre toute espèce d'amélioration. La commune est riche, monsieur; l'établissement lui rapporte bien une quarantaine de mille francs; eh bien! elle ne fait rien pour la prospérité des eaux, pour l'agrément des malades. Il n'y a pas seulement de quoi donner des bains. J'ai plus de poêles à frire que l'établissement n'a de baignoires. Il existe en ce moment un projet. Le chef-lieu de la commune est un tout petit village appelé Aas, qui ne renferme pas beaucoup plus de paysans qu'il n'en faut pour composer son conseil municipal; on voudrait transporter le chef lieu à Bonnes, qui n'avait autrefois que deux ou trois feux, et qui est devenu depuis un bourg. Eh bien, non, il n'en veut pas entendre parler et menace de donner plutôt sa démission.

— Mais enfin, de qui s'agit-il?

L'hôtelier me regarda d'un œil oblique.

— Monsieur est médecin, peut-être?

— Oui.

— Assez bouilli. Les tranches de pain sont grillées?

— Eh bien! cette personne?

— *Fonce* ton plat avec les tranches.

certains cas on peut donner aux deux les mêmes propriétés physiologiques. L'action des courants induits n'est pas assez instantanée, ils sont douloureux et affectent profondément les tissus. Ils agissent souvent comme des courants voltaïques puissants. Deuxièmement, les interruptions ne sont pas assez rapides dans tous les appareils que j'ai examinés. Ils peuvent produire des commotions périodiques, mais non des contractions naturelles; on doit toujours leur préférer les extra-courants.

3° *Appareil électro-magnétique.* — Le premier de ces appareils est celui de Pixii, modifié après la découverte des extra-courants. On lui a préféré l'appareil de Clarke d'un moindre volume et plus puissant.

Dans les instruments que construit si habilement M. Rhumkoff, deux des courants induits seulement sont employés; ils sont de même sens, et c'est leur extra-courant qui sert à l'électrisation. Les bobines sont disposées pour produire de la tension et de la quantité. Le fil qui les constitue est très long et très fin, il est parfaitement isolé. Chaque bobine agit séparément, de sorte qu'on a deux courants de même sens qui se superposent. L'appareil de Clarke est donc jusqu'à présent celui qui donne les meilleurs résultats; il n'a qu'un défaut qu'on pourra corriger: ses intermittences ne sont pas assez multipliées. J'engage les constructeurs à porter leur attention sur ce point; ils parviendront, je n'en doute pas, à doter la médecine d'un très bon appareil électro-magnétique agissant par son extra-courant instantané.

Dans certains appareils on a tout mêlé, tout confondu, sans intelligence des phénomènes physiques On y trouve les extra-courants, ou les courants induits, réglés par des diaphragmes, des interrupteurs à marteau et des roues dentées; il y en a pour tous les goûts ou les caprices. Ce n'est pas la science qui peut faire son profit de tout cela.

L'électricité peut rendre de grands services à la physiologie et à la thérapeutique : cette branche de la science est assez avancée pour devenir l'objet d'études médicales sérieuses et non celui d'une exploitation brevetée.

III.

REVUE CLINIQUE.

Des fractures de la clavicule par effort muscu[laire], par Albert Puech, chirurgien chef interne des hô[pitaux] civils de Toulon.

Bien qu'aujourd'hui les fractures par effort musc[ulaire] soient admises sans contestation, on recueille toujours [avec] intérêt les faits qui les signalent. A vrai dire, ces cas [ne sont] pas aussi multipliés qu'on pourrait le penser; car, soit [défaut] de rédaction, soit manque de critique, beaucoup port[ent ce] titre qui ne le méritent point.

Il sera aisé de s'en convaincre pour les fractures [de la] clavicule en particulier.

Au fait qui nous est propre, nous joindrons ceux qu[i sont] déjà connus, en tâchant d'être complet et évitant d'être [illegible]

Obs. I. — Une femme jeune et robuste, n'ayant jamais [eu de] maladies vénériennes ni pris de mercure, allaite son enfant [depuis] neuf mois. Dernièrement, après s'être couchée, trouvant q[ue son] mari prolongeait la veillée outre mesure, elle l'attira ve[rs] elle, et se rompit la clavicule droite dans cet effort. (*Gaz[ette des] hôpitaux*, 1844, p. 465, *Revue clinique.*)

Outre l'action musculaire, il faut aussi tenir compte de l'a[llai]tement. Pendant la grossesse, les os sont plus fragiles, la c[onsoli]dation plus longue à s'effectuer. N'en est-il pas de même, à [un] degré moindre sans doute, pendant la lactation? Il paraît p[ermis] de l'admettre; car, dans l'un comme dans l'autre de ces ét[ats, la] mère fournit à un double but : elle nourrit l'enfant et se n[ourrit] elle-même; de là une distraction de forces, et peut-être au[ssi une] cohésion moindre dans les molécules osseuses, conditions q[ui, dans] ce cas particulier, ont dû favoriser l'efficacité de l'effort [illegible]

Obs. II et III. — Un terrassier âgé de quarante et un ans [illegible] des moellons de bas en haut, lorsqu'il fut pris d'une douleur [illegible] avec craquement à l'épaule. Il présentait une fracture de la c[lavi]cule droite, un peu en dehors de la partie moyenne. Quinz[e jours] après (1844), se présentait dans le service de M. Malgaigne [un cas] à peu près identique.

Un jeune homme de dix-huit ans ayant ramassé une pel[letée] peu lourde de plâtras, et fait un grand effort pour la jeter [dans la] voiture, entendit un craquement à l'épaule, laissa tomber la p[elle] et demeura avec une fracture du tiers interne de la clavicule. [Dans] ces deux cas, les fragments ne s'étaient point abandonnés, et [fai]saient un angle saillant en avant. (Malgaigne, t. I, p. 181.

(1) Le lait d'une nourrice contient en assez grande quantité du phosphate de [illegible]

— Est-ce que ce serait ?...

— Bien. Dresse ta volaille par-dessus. Vivement, donc.... Pardon, monsieur, on attend cette capilotade.

Il me fut impossible d'en apprendre davantage sur ce chapitre. Mon rusé interlocuteur oubliait une des causes du déchet survenu dans la veine aurifère des Eaux-Bonnes : c'est que lui et ses confrères avaient pris l'habitude de rançonner exorbitamment les buveurs. Il est très vrai que leur complaisance allait jusqu'à faire dresser des lits dans les réduits les plus insolites, voire dans les greniers et les caves, mais au prix de six francs par nuit. Le bruit de cette exploitation s'est répandu, et aujourd'hui les malades envoyés aux Eaux-Bonnes se considèrent comme des confesseurs de la foi destinés à être écorchés vifs. La déconfiture de cette année est peut-être venue à propos pour ramener MM. les hôteliers à la raison; mais il est certain qu'il y a là d'autres sujets de trouble. Les habitants, les buveurs, les touristes, les pierres des maisons et les arbres du jardin anglais chuchotent je ne sais quoi sur le despotisme d'un personnage mystérieux et sur la possibilité d'un contre-coup de la fortune. Les politiques du lieu voient même un sympt[ôme] de cette secrète agitation dans une circonstance assez curieuse et que je me borne à vous relater sans commentaire. Trois nouveaux médecins sont venus à la fois pour remplir le vide laissé par M. [le] docteur Gueneau de Mussy — une vrai succession d'Alexa[ndre], comme vous voyez. — Les trois confrères sont : un ancien b[iblio]thécaire de l'Académie de médecine, le bibliothécaire actu[el et] M. le docteur Mesnet. Or, au début de la saison, ces messieurs [ont] été rebutés par tous les hôtels; ce n'est qu'à prix d'or, et après [des] pérégrinations les plus désagréables, qu'ils ont fini par trouver [un] gîte. Mais à mesure que la saison a marché avec les déboires [que] vous savez, nos confrères ont rencontré de meilleurs visages [et un] accueil moins gêné, et aujourd'hui l'excommunication paraît [levée] entièrement. Si j'avais le temps et l'espace, je vous racont[erais] quelques épisodes de ce laborieux début. *M. Briau à la r[echerche] d'un logement* fera un bon lever de rideau pour le futur théâtr[e des Eaux-]Bonnes. Une agréable hôtesse, portant la grâce sur les lèvres [et] dans ses grands yeux noirs, consent à lui louer trois pièces à [illegible]

Obs. IV. — Georges Gérard, charretier, âgé de quarante-six ans, fut reçu dans le service de M. Philipps pour une fracture de la clavicule en dehors du sterno-mastoïdien; il y avait une tuméfaction considérable autour des fragments. Le blessé raconte que, portant son bras en arrière pour donner un coup de fouet, il sentit que quelque chose se brisait à l'épaule; à l'instant le bras tomba sans mouvement, et il lui fut impossible de s'en servir. Quelques mois auparavant, le sujet avait ressenti une douleur au point qui s'était fracturé, mais il l'attribuait à ce qu'il s'était servi d'un hache-paille. Du reste, sa santé était bonne, et rien ne pouvait faire croire qu'il existait une maladie antérieure de l'os. (*Archives*, 1847, t XV, p. 101, et *Gazette médicale*, 1847, p. 618.)

Une grande négligence a présidé à la rédaction du fait qui précède. On parle d'une douleur dans l'os fracturé, mais on ne dit pas quels étaient ses caractères, sa forme et sa durée; on se borne à l'énoncer. La consolidation s'est-elle effectuée? a-t-elle été hâtive ou lente? On n'en dit rien encore, comme si cela importait peu. Inutile d'ajouter que ce cas a peu de valeur et qu'il n'a été rapporté qu'à titre de renseignement.

Obs. V et VI. — Ces deux observations méritent l'attention, car elles tiennent le milieu entre les fractures par effort musculaire et celles dites spontanées. La contraction a été ici si peu énergique, qu'il y aurait de l'injustice à l'accuser seule de la cassure de l'os.

Une femme âgée de quarante-six ans, scrofuleuse, étant simplement occupée à niveler de la paille dans un lit, ressentit tout à coup à l'épaule une douleur vive, et en même temps un craquement. Elle se figura qu'on lui avait jeté une pierre. Le bras correspondant ayant immédiatement perdu ses mouvements, elle fit appeler M. Van Haesendouck, qui trouva une fracture de la partie moyenne de la clavicule, sans aucune trace de contusion aux téguments de la peau.

La fracture fut réduite et maintenue facilement; elle se consolida dans l'espace de temps ordinaire.

Après ce narré, le rédacteur de la Gazette médicale ajoute (1849, p. 583) :

« Un cas tout à fait analogue s'est passé sous nos yeux à la Salpêtrière. Une vieille femme de cet hospice, malade et hors d'état de marcher, avait été reportée dans son lit par une veilleuse, qui s'y prit comme à l'ordinaire, en passant un bras sous les jarrets, l'autre autour du tronc, pendant que la malade se suspendait à son cou. Dans ce mouvement, celle-ci sentit et accusa ensuite une vive douleur dans le moignon de l'épaule. Apportée à l'infirmerie, on reconnut une fracture de la clavicule gauche entre les articulations acromio et coraco-claviculaires. Au bout de huit jours, elle succomba aux suites de la maladie primitive, et l'on put constater anatomiquement la réalité de la fracture et son siége précis. »

Dans ces deux faits, l'action musculaire a été plutôt l'occasion que la cause de l'accident. Pour ce dernier, il est à regretter que l'on n'ait point signalé et la maladie et l'état de l'os; car, ces données connues, on aurait pu faire la part des diverses influences qui ont coopéré à la solution de continuité.

On le voit, soit faute de critique, manque de détails, ou pour divers motifs, trois cas parmi les six relatés méritent seuls leurs titres, et encore faut-il, pour les deuxième et troisième, que l'autorité de M. Malgaigne serve de garantie.

Pour éviter pareil reproche, je rapporterai avec détail le fait qui a été l'occasion de ces recherches.

Obs. VII. — Malgré ses cinquante-cinq ans, Buisson (François) est un homme sain et plein de vigueur. Il n'a point souffert de rhumatisme, et n'a jamais eu ni douleur dans les os ni affection diathésique. Une blennorrhagie légère à vingt ans; à quarante, une attaque de dysentérie, et plus tard des fièvres intermittentes, constituent toute l'histoire morbide de sa vie de soldat, et d'un séjour de vingt ans en Afrique comme colon. Revenu en France, il continuait à se bien porter, lorsqu'en travaillant comme terrassier au chemin de fer de Toulon à Marseille il a éprouvé, le 9 novembre 1856, l'accident qui l'amène à la salle n° 53.

Il était occupé à charger un wagon, et lançait avec force et de bas en haut une lourde pelletée de terre, lorsqu'il a senti un craquement et une douleur piquante dans l'épaule : la pelle lui est échappée, et, cessant tout travail, il dut regagner son domicile, soutenant son membre malade avec le membre sain. Évacué de Bandols sur l'Hôtel-Dieu de Toulon, les cahots de la voiture l'ont fait beaucoup souffrir, et ont parfois déterminé des craquements.

A son entrée, l'immobilité du membre, la manière dont il est soutenu, l'inclinaison de la tête et du tronc à droite pour diminuer la souffrance, faisaient soupçonner une fracture de la clavicule droite, diagnostic qu'achevait de confirmer l'examen de cet os. Vers son milieu, en effet, existait une saillie, douloureuse à la pression, constituée par les fragments rapprochés l'un de l'autre. Le sujet ne peut relever le bras sans douleur, et l'épaule correspondante est abaissée; lui dit-on de porter la main à la tête, cette dernière fait la moitié du chemin. Dans la position horizontale, la douleur est presque nulle, la toux seule la réveille. Il n'y a pas la moindre ecchymose ni sur le moignon, ni sur aucune autre partie du corps.

L'application de l'écharpe de Mayor produit un soulagement immédiat, et son emploi constitue tout le traitement. Trente-cinq jours après l'accident, la consolidation est parfaite.

A la sortie, qui eut lieu le 31 décembre, le cal faisait un peu de saillie sous la peau, et le malade exécutait tous les mouvements;

---

de 1,200 francs pour la saison. — Accepté, dit notre ami. — Oui, mais comme ces pièces sont d'ordinaire distribuées entre trois locataires qui vivent à l'hôtel à raison de 6 francs par jour, c'est 18 francs à ajouter aux 12; total : 30 francs. Il est heureux que l'offre n'ait pas été acceptée. Par esprit d'ordre, et pour ne pas jeter son argent par les fenêtres, l'honoré bibliothécaire eût peut-être mangé comme quatre, et, pour peu qu'on lui eût servi du maïs, qui engraisse les gens d'esprit comme les bêtes, vous l'eussiez revu assis sur les marches de l'Académie, faute de pouvoir passer par la porte. Mais ce n'était au fond qu'une ruse de l'hôtesse, qui ne voulait pas d'un médecin : *Lous Béarnès es faoucès et courtès* (le Béarnais est faux et courtois).

Mon hôtellier disait vrai quand il faisait allusion au peu de soin qu'on prenait d'améliorer cette station thermale. Est-ce incurie, est-ce calcul? Les deux hypothèses peuvent être posées. Si les Eaux-Bonnes ressemblaient à tous les autres thermes, si elles étaient bien pourvues en bains, piscines, douches, etc., le prestige de ce filet d'eau puante, auquel le monde entier vient s'abreuver, n'en serait-il pas affaibli? Nous avons entendu émettre cette opinion. Pourtant il n'est pas douteux que l'extrême insuffisance des bains ne porte parfois les médecins (et je suis de ceux-là) à préférer Cauterêts. On ne peut guère contester non plus qu'une salle d'inhalation ne serait parfaitement de mise dans un établissement consacré au traitement des affections de poitrine. L'eau sulfureuse ne manque pas. Tout à côté de l'établissement, on voit distinctement sourdre quatre ou cinq sources. On voit bien qu'on n'est plus au temps où de Thou et un Allemand qui l'accompagnait buvaient cinquante verres en une heure, « plutôt, dit la chronique, *par plaisir* que par nécessité. » L'une de ces sources, qui était, m'a-t-on dit, la providence des pauvres, a été nouvellement rendue inaccessible par une baraque de planches. Il est juste de dire que ces eaux vagabondes ne sont pas pour cela sans emploi; elles vont grossir le gave, au profit des blanchisseuses, qui travaillent un peu au-dessous, et les malades peuvent en respirer quelque peu en se mouchant. N'oublions pas encore d'ajouter, car il ne faut calomnier personne, qu'on parle du captage de ces diverses sources, et de

seulement celui d'élévation, combiné avec l'abduction, ne pouvait être poursuivi longtemps.

Un pareil fait ne réclame pas de longs commentaires; aussi nous en serons sobre. L'action musculaire doit être ici seule accusée ; car l'état de santé du sujet, la formation rapide du cal, doivent faire rejeter bien vite toute pensée d'altération préalable de l'os.

Mais cette intégrité admise, ne peut-on suspecter la véracité du malade? Je ne le crois pas : d'un côté, son peu d'intérêt à nous tromper, son étonnement alors qu'on lui a annoncé l'existence d'une fracture; de l'autre, l'absence de contusions, d'ecchymoses sur la surface du corps, nous semblent faits pour lui accorder toute croyance et dissiper tout doute.

A ces divers titres, cette observation pourra être rapprochée de celles qui ont été rapportées par M. Malgaigne, et avec lesquelles elle présente la plus grande similitude.

Il existe donc au moins quatre cas authentiques de fractures par effort musculaire; on peut, partant, essayer d'en donner le mécanisme. Ces cas reconnaissent pour agent la contraction musculaire des muscles grand pectoral et deltoïde, qui, comme on sait, prennent insertion aux deux moitiés de la clavicule; seulement quelques petites différences peuvent exister dans le mode d'action de ces muscles.

Pour ne s'en tenir qu'aux faits ci-dessus relatés, dans le n° 1, l'avant-bras étant fléchi et appuyé sur le bras du mari, l'humérus porté en haut et un peu dans l'abduction, offrait un point fixe aux muscles grand pectoral et deltoïde qui ont agi sur la clavicule comme sur un levier du troisième genre.

Dans les trois autres cas (2, 3 et 7), le membre supérieur était tendu et formait un levier inflexible à l'extrémité duquel se trouvait un poids considérable qu'il fallait soulever et jeter en haut : or, pour y arriver, le grand pectoral, fortement tendu par le fait de l'abduction forcée, devient en même temps le principal agent du mouvement de projection et agit forcément comme dans le premier cas. Si maintenant on considère qu'à la longueur du membre vient s'ajouter le manche d'une pelle, on aura avec une longueur plus grande un mouvement plus difficile, et par conséquent une contraction d'autant plus énergique.

Telle est l'explication probable de ces divers cas dont la cause fait toute la curiosité, car leur thérapeutique n'a rien de spécial. Il est seulement à noter que les fragments se déplacent peu, et que la guérison est plutôt hâtive que lente à s'effectuer. Cela ne tiendrait-il pas à l'intégrité du périoste? Jusqu'à preuve du contraire, je suis assez porté à le penser.

IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Cathétérisme des rétrécissements de l'urèthre.

Permettez-moi, monsieur le rédacteur, de vous remercier de l'honneur que vous me faites dans un des derniers numéros de votre excellent journal (11 septembre), en mentionnant un instrument dont je me suis servi avec succès dans les cas de rétrécissements extrêmement étroits, et dont j'ai donné la description dans une assemblée de l'*Association médicale britannique*.

Permettez-moi aussi de rectifier une légère erreur d'appréciation sur sa nature et son emploi. Cette erreur, je n'en doute pas, provient d'une faute de traduction.

1° Je ne propose pas d'en faire un usage général; au contraire, j'en conseille l'emploi dans les cas rares et exceptionnels, ceux où les rétrécissements sont tellement étroits, qu'il est impossible de les franchir avec la plus petite sonde creuse. Son calibre représente la plus petite sonde solide qu'on emploie; mais en même temps cette sonde est perforée à 2 ou 3 pouces environ de son extrémité. Il est donc impossible que j'aie proposé « d'en avoir de plusieurs volumes; » au contraire, j'ai indiqué un seul calibre, le plus petit de tous, par la raison, je le répète, qu'il n'est proposé que pour les cas où la plus petite sonde a été reconnue trop forte, et ces cas sont très rares.

2° Cet instrument est une combinaison de deux anciens : l'un, dont l'extrémité est très fine et solide ; l'autre, qui est évidé. Je n'ai jusqu'à ce jour entendu parler d'aucun instrument de ce genre. C'est pourquoi je le considère comme un nouvel instrument; ce n'est certainement pas la sonde conique de Boyer employée pour la dilatation. Mon instrument est un progrès à ce seul titre, qu'il est en même temps du plus petit calibre possible et capable de donner issue à l'urine quand c'est nécessaire.

Quant à sa forme légèrement conique, je ne l'indique pas comme une forme nouvelle ; au contraire, dans le mémoire dont il est ici question, en parlant des sondes coniques ordinaires appliquées à la dilatation, je dis : « Cette espèce d'instrument est connue depuis longtemps, mais il est moins apprécié qu'il ne le mérite. » Je conviens avec vous que toutes les petites sondes solides peuvent ne pas être exemptes de danger ; mais si elles sont employées avec le tact et l'habileté nécessaires, elles peuvent être extrêmement utiles.

---

plusieurs autres améliorations, parmi lesquelles la salle de respiration n'est pas oubliée. On en parle même indéfiniment; mais la réalité est qu'on n'a encore capté que l'emplacement où émerge la source d'Ortech, et que les malades vont toujours pratiquer leurs inhalations le long des sentiers de la montagne, avec les effluves de la lavande et du thym sauvage.

Un fait que vous savez sans doute, cher confrère, mais qui est assez singulier pour mériter d'être rappelé, c'est que, à consulter les auteurs, même les plus récents et les mieux informés, cette eau si usuelle, si vulgairement célèbre, roule toutes sortes d'incertitudes à l'endroit de sa composition chimique. M. O. Henry n'y a pas trouvé trace de l'élément minéralisateur qui spécialise presque les sources pyrénéennes, c'est-à-dire du sulfure de sodium. Beaucoup d'auteurs pourtant, dont les écrits sont postérieurs à l'analyse de M. Henry, continuent à gratifier les Eaux-Bonnes de ce sulfure. M. Gintrac est du nombre, ainsi que M. Fontan. Ce dernier indique pour la source vieille la proportion de 0gr,02363 par litre. Suivant M. James, je ne sais d'après quelle autorité, la proportion serait de 0gr,0214. De son côté, M. Filhol soupçonne dans cette eau la présence du sulfure de *calcium*. Sur ces questions de chimie, je dirai volontiers comme ce chiffonnier qui lisait un article relatif à la difficulté de composer un ministère : « Qu'ils s'arrangent! je ne veux pas m'en mêler. »

Mon intention était, cher confrère, d'enfermer dans cette lettre le peu que j'ai à vous dire des Eaux-Chaudes, ces petites sœurs des Eaux-Bonnes. Mais ma plume harassée, meurtrie, crache sur le papier. C'est un signe d'épuisement qu'il faut écouter. A la prochaine lettre, si vous n'êtes pas comme ma plume.

Agréez, etc. A. DECHAMBRE.

Sans doute elles sont très à redouter en des mains inexpérimentées; mais on en peut dire autant du scalpel de chirurgien et de la prescription écrite du médecin.

Enfin, monsieur, recevez mes remercîments pour l'obligeance avec laquelle vous voulez bien ouvrir vos colonnes à des observations qui vous arrivent d'outre-Manche. Cet acte de généreuse impartialité caractérise bien notre époque, rendue célèbre dans l'histoire du monde par le bon accord des deux nations; le libre échange des opinions produit la lumière et prévient ces malentendus qui résultent nécessairement des rapports entravés ou imparfaits.

Agréez, HENRY THOMPSON.

Londres, 9 octobre 1857.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 5 OCTOBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

ZOOLOGIE. — M. *Valenciennes* communique une *Observation sur un cœnure trouvé dans la moelle épinière d'un jeune mouton.*

CHIRURGIE. — *Nouvelle observation de rhinoplastie par le procédé à double lambeau de la cloison sous-nasale*, par M. *C. Sédillot.* — Le but de l'opérateur est de montrer les avantages du double lambeau de la cloison sous-nasale.

La conservation du pédicule du lambeau frontal prévient, dit-il, l'affaissement et le glissement du nouveau nez, et l'adossement des lambeaux empruntés au front et à la lèvre supérieure donne à l'extrémité libre du nez une résistance et une saillie qui en conservent les formes.

Les dangers de la rhinoplastie ont été fort exagérés, et avec la précaution de ne pas tenter la réunion immédiate de la plaie frontale, de conserver le pédicule du lambeau, de ne pas contondre les surfaces traumatiques, et d'éviter la tension des téguments, on prévient facilement tous les accidents. Le principal, si ce n'est le seul obstacle à l'adoption de cette méthode, était l'extrême difficulté de fixer le bras et la tête, et de les maintenir juxtaposés dans des rapports invariables. Notre bandage céphalique pour les plaies du cou, joint au bandage amidonné du bras et de l'avant-bras, nous a permis d'obtenir une immobilité absolue, et la greffe des lambeaux est devenue facile et certaine. Nos observations à ce sujet ne nous semblent pas sans importance, et nous aurons l'honneur d'en faire auprès de l'Académie l'objet d'une communication spéciale.

PHYSIOLOGIE. — *Recherches sur les lois de l'irritabilité musculaire, de la rigidité cadavérique et de la putréfaction* (premier Mémoire), par M. *E. Brown-Séquard.* — Les faits découverts par John Reid, par M. Flourens, par M. Cl. Bernard et par moi, démontrent d'une manière positive que l'irritabilité musculaire ne dépend pas d'une influence spéciale que les muscles reçoivent de leurs nerfs moteurs. En outre, plusieurs de ces faits semblent établir qu'elle dépend de l'action du sang riche en oxygène sur ces organes contractiles. Je vais maintenant, tout en mentionnant des faits nouveaux qui prouvent aussi l'indépendance de l'irritabilité musculaire, essayer de montrer que toute contraction musculaire diminue l'énergie de l'irritabilité en produisant un changement qui, après la cessation de la circulation, hâte l'apparition de la rigidité cadavérique et de la putréfaction. Je vais aussi essayer de faire voir que, pendant le repos et sous l'influence du sang chargé d'oxygène, il s'opère dans les muscles, séparés des centres nerveux, des modifications telles qu'après la mort l'irritabilité y dure bien plus longtemps que dans des muscles non paralysés, et que la rigidité cadavérique et la putréfaction y paraissent bien plus tard.

1° Après avoir mis à nu le renflement lombaire de la moelle épinière sur un mammifère, je coupe toutes les racines des nerfs du membre abdominal d'un côté, puis je fais prendre à l'animal un poison capable de donner des convulsions. Des deux membres postérieurs dans ces conditions, un seul, celui qui tient encore à la moelle par ses nerfs, a de véritables convulsions, l'autre restant entièrement immobile ou ne présentant que des tremblements peu considérables. Je trouve alors, après la mort, que c'est le membre abdominal qui a eu des convulsions qui perd le plus tôt son irritabilité, que c'est lui aussi qui acquiert et qui perd le plus tôt la rigidité cadavérique, et enfin que c'est dans lui que la putréfaction survient le plus rapidement. J'ajoute que plus les convulsions ont été fortes et de longue durée, plus les différences sont tranchées; elles peuvent l'être à ce point que la durée de l'irritabilité musculaire, après la mort, et celle de la rigidité cadavérique, peuvent être quatre ou cinq fois moindres dans le membre ayant eu des convulsions que dans l'autre.

2° Si sur un mammifère (chien, chat, lapin ou cobaye) je coupe une moitié latérale de la moelle épinière à la région dorsale, je constate que l'irritabilité musculaire, après la mort, lorsqu'elle a lieu dans les dix ou douze premiers jours après l'opération, dure notablement plus dans le membre abdominal paralysé du mouvement volontaire que dans l'autre. En outre, la rigidité cadavérique survient notablement plus tard et dure bien plus longtemps dans le membre paralysé que dans l'autre; il en est de même à l'égard de la putréfaction.

3° La simple section des nerfs d'un membre ou des nerfs moteurs de la face est suivie d'effets semblables à ceux qu'on observe dans les muscles paralysés par suite de la section d'une moitié latérale de la moelle épinière. Les muscles de la face ou des membres, dans ces circonstances, restent irritables plus longtemps après la mort, si elle a lieu dans les dix premiers jours qui suivent l'opération, et la rigidité cadavérique se montre plus tard, et fait place plus tard à la putréfaction.

4° J'ai vu des différences extrêmement tranchées entre des muscles paralysés et leurs homologues qui ne l'étaient pas, sans que j'eusse employé de poison. Ainsi, sur un lapin mort de la singulière maladie que j'ai décrite ailleurs, et dans laquelle on trouve une altération profonde des capsules surrénales, j'avais coupé, quatre ou cinq jours avant l'apparition de cette maladie, les nerfs sciatique et crural droits. Pendant la demi-heure qui précéda la mort, cet animal, ainsi que cela a si souvent lieu dans ce cas, présenta les phénomènes du roulement, et eut des convulsions violentes et incessantes dans les membres non paralysés. Après la mort, la disparition de l'irritabilité et l'apparition de la rigidité et de la putréfaction furent bien plus rapides dans la jambe du côté sain, qui avait eu des convulsions, que dans celle du côté paralysé.

5° Si sur un mammifère j'ampute les deux cuisses, d'un côté complétement, et de l'autre en ayant soin de ménager les principaux nerfs, je trouve que des deux jambes ainsi privées de circulation sanguine c'est celle qui tient encore au système nerveux central, et qui a encore pendant quelque temps des contractions musculaires, qui meurt la première. En d'autres termes, l'irritabilité musculaire y disparaît plus tôt, la rigidité cadavérique y survient et y cesse plus promptement, et enfin la putréfaction s'y développe plus tôt.

Tous ces faits conduisent à faire admettre que toute contraction musculaire s'accompagne d'un changement spécial, qui prépare dans les muscles l'apparition de la rigidité cadavérique et celle de la putréfaction.

Je me bornerai à tirer du résumé qui précède la conclusion suivante : Il existe entre l'irritabilité musculaire, la rigidité cadavérique et la putréfaction, des rapports tels que, suivant le degré de l'irritabilité au moment de la mort, la rigidité et la putréfaction se montreront ou très vite, ou plus ou moins lentement. Si l'irritabilité est à un haut degré, elle durera longtemps, la rigidité paraîtra plus tard et durera longtemps aussi, et enfin la putréfaction surviendra tardivement. Au contraire, l'inverse s'observera si le degré d'irritabilité est peu considérable. (*Comm.* : MM. Flourens, Milne Edwards, Cl. Bernard.)

PHYSIOLOGIE. — *Recherches sur la cause des mouvements rhythmiques du cœur*, par M. *James Paget*. — L'auteur donne les conclusions suivantes :

1° Les actions rhythmiques, soit des centres nerveux, soit des parois contractiles du cœur chez les invertébrés, semblent dues à ce que leur nutrition s'opère d'une manière rhythmique.

2° La substance musculaire du cœur des vertébrés, en admettant qu'elle soit gouvernée dans ses actions rhythmiques par des centres nerveux spéciaux, a une nutrition rhythmique qui lui est propre, qui correspond et qui est coordonnée avec celle de ces centres. Les altérations des tissus musculaire et nerveux du cœur pendant l'action se réparent pendant le repos.

3° La nutrition rhythmique est un mode de nutrition en harmonie avec les lois générales de la vie organique. En effet : 1° un nombre très considérable de phénomènes organiques sont composés ou d'actions et de repos alternatifs à temps réguliers, ou d'actions opposées se succédant l'une à l'autre, c'est-à-dire rhythmiques à courtes ou à longues périodes ; 2o tous les phénomènes organiques sont, pour ainsi dire, chronométrés, c'est-à-dire soumis à des lois de périodicité, et ils ne sont influencés par les circonstances extérieures que comme le sont les conditions de poids, de dimensions, de forme et de composition. (*Comm. :* MM. Flourens, Milne Edwards, Cl. Bernard.)

CHIRURGIE. — *Nouvelle méthode pour pratiquer l'opération de la pupille artificielle*, par M. *Tavignot*. (Note déposée sous pli cacheté le 15 décembre 1856, et ouverte aujourd'hui sur la demande de l'auteur.) — *Manuel opératoire*. — 1er temps. Une incision de forme spéciale est pratiquée à la partie externe de la cornée avec notre kératotome à trois lames. — 2e temps. La canule protectrice est introduite dans la chambre antérieure de l'œil, et son extrémité libre dirigée en regard de la portion d'iris qu'il s'agit de détruire sur place. — 3e temps. Une tige métallique, chauffée à blanc, est engagée dans la canule ; son action sur l'iris est rapide, instantanée et décisive ; elle est la même sur les fausses membranes qui obstruent le champ pupillaire. — 4e temps. Le cautère actuel, retiré presque aussitôt qu'introduit, laisse la canule libre ; on s'en sert pour pratiquer dans la pupille que l'on vient de créer une injection d'eau froide. — 5e temps. On retire la canule, et l'on provoque l'occlusion des paupières.

Des compresses imbibées d'eau froide, et souvent renouvelées, sont ensuite appliquées sur l'œil opéré dans le but de modérer la réaction.

Depuis que j'ai adressé cette note, dit l'auteur dans la lettre par laquelle il en demande la publication, j'ai mis en usage cette méthode nouvelle, qui substitue la cautérisation à l'excision de l'iris ; j'ai pratiqué d'ailleurs cette cautérisation, non avec un cautère rougi à blanc, mais avec une tige métallique chauffée au moyen de la pile voltaïque. (*Comm. :* MM. J. Cloquet, Jobert.)

— M. *Semanas* adresse de Lyon un mémoire ayant pour titre : *Doctrine pathogénique fondée sur le digénisme phlegmasi-toxique et ses composés morbides*. Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres et Andral.

— M. *Buisson* présente des réflexions sur la pratique de l'anesthésie pour les opérations chirurgicales. (*Comm. :* MM. Flourens, J. Cloquet, Jobert.)

SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

M. *Baudrimont* adresse un exemplaire de sa *Dynamique des êtres vivants*, opuscule dans lequel il annonce avoir eu principalement pour but de résumer ce que l'on sait aujourd'hui de positif sur l'origine et la nature de plusieurs des forces qui se développent chez les animaux. « En abordant ces problèmes, dont quelques-uns étaient nouveaux, je suis bien loin, dit-il, de prétendre en donner une solution complète ; j'ai seulement voulu appeler l'attention sur des observations qui peuvent devenir le point de départ de nouvelles recherches. Déjà j'en ai moi-même entrepris relativement à certains points pour lesquels, dans la présente publication, je n'avais eu à offrir que des conjectures : tel est, en particulier, le cas pour certaines questions relatives à la nutrition des plantes qui vivent dans l'eau. Profitant d'un séjour au bord de la mer pour m'occuper de ce sujet, je suis arrivé à quelques résultats que je me propose de soumettre prochainement à l'Académie ; mais dès à présent je puis dire que les algues marines abandonnent une quantité considérable d'oxygène sous l'influence de la lumière solaire comme les plantes atmosphériques, et que l'observation de ce phénomène suffit pour que l'on comprenne leur mode de nutrition. »

M. *Paschkewitsch* adresse, de Saint-Pétersbourg, un exemplaire d'un opuscule qu'il vient de publier sur la *Maladie pestilentielle des bêtes à cornes*. « Je désire ardemment, dit l'auteur, que l'Académie veuille bien se prononcer sur le mérite du travail que je soumets à son jugement ; je le désire d'autant plus, que la question que je traite est aujourd'hui une question européenne de la plus haute importance, et que ceux qui l'ont agitée avant moi, non-seulement ne sont pas d'accord entre eux sur la plupart des points, tels que la nature pathologique de l'épizootie, son degré de contagion, son origine, le lieu où elle a pris naissance, etc., mais encore n'énoncent rien de précis, ou même, si je dois dire toute ma pensée, ne disent rien qui ne soit complétement erroné. »

L'ouvrage, publié en Russie, est écrit en allemand : M. Rayer est invité à en prendre connaissance, pour en faire, s'il y a lieu, l'objet d'un rapport verbal.

M. *Vial* adresse une lettre relative à une modification qu'il a imaginée pour les lancettes, et qui aurait pour résultat de les empêcher de pénétrer à une profondeur plus grande que celle qu'on aurait crue d'avance nécessaire. (Renvoi à l'examen de M. Jobert de Lamballe, qui jugera s'il y a lieu de demander à l'inventeur de plus amples renseignements.)

La séance est levée à 5 heures et demie.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Cher pendant l'année 1856. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Une demande d'avis et d'analyse relative à une nouvelle source d'eaux minérales située au hameau de Mas-le-Mouly, commune de Cransac (Aveyron). — *c*. Un rapport de M. *Dufresse de Chassaigne*, médecin inspecteur des eaux minérales de Bagnols (Lozère), sur le service médical pendant l'année 1855. — *d*. Un rapport de M. le docteur *Bellety*, médecin inspecteur des eaux minérales de Sail-les-Bains (Loire), sur le service médical de cet établissement pendant les années 1854-1855. (*Commission des eaux minérales.*)

2° La correspondance non officielle comprend : *a*. Une observation de désarticulation coxo-fémorale terminée par la guérison complète, par M. le docteur *da Costa*, de Rio-Janeiro. (*Comm.:* M. Jobert). — *b*. Une lettre de M. *Allaire*, médecin à Héricy-sur-Seine (Seine-et-Marne), qui, à l'occasion de la discussion sur la statistique des causes de décès, soumet à l'Académie la proposition suivante : Les autopsies cadavériques seront un droit acquis aux médecins, en tant que la nécessité en sera reconnue indispensable pour préciser les causes de décès. — *c*. L'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins et des pharmaciens du département de la Seine adresse à l'Académie quelques observations relativement à la statistique des causes de décès. — *d*. Un paquet cacheté de M. *Louis Vézu*, pharmacien à Lyon. — *e*. Une lettre de M. *Brachet*, dans laquelle il déclare que, n'ayant point été nommé membre associé aux dernières élections, il donne sa démission de membre correspondant. — *f*. Un mémoire de M. *Robiquet*, agrégé de l'Université, sur l'emploi thérapeutique du pyrophosphate de fer, et en même temps une réponse à la réclamation de priorité de M. Leras, inspecteur d'académie à Quimper.

STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. *Guérard*.

M. *Michel Lévy*. Messieurs, je demande pardon à l'Académie d'intervenir dans la discussion. J'étais membre de la commission ;

mais je n'ai pas assisté aux séances, et je n'ai connu les conclusions qui terminent le rapport que lorsqu'elles ont été lues à l'Académie.

Il me semble que le but de la commission n'a pas été rempli comme il devait l'être. Le ministre demande à l'Académie son concours pour l'établissement d'une statistique médicale, et vous savez que la France est en retard sur ce point; il faut concourir franchement à cette excellente pensée et lui assurer la coopération des médecins; je ne trouve pas tout à fait cette idée dans les conclusions. On y dit : « Dans l'état actuel de la science en France, une bonne statistique nosologique est impossible. » Cela me paraît trop absolu Je ne trouve pas que l'impossibilité soit si complète, et la commission elle-même semble me donner raison quand elle ajoute : « Néanmoins, les principales causes de décès peuvent, dans le plus grand nombre des cas, être exactement observées. » Dans la seconde conclusion, on prétend que, « dans l'état actuel des doctrines entre lesquelles se divise le monde médical, il est impossible de préparer une classification qui, par sa clarté, le sens précis donné aux maladies, puisse être comprise par le plus grand nombre des médecins en France et ne laisser aucun doute dans leur esprit sur la nature de ces maladies. » Je ne crois pas que cette conclusion soit plus vraie; tout le monde connaît la valeur des mots *fièvre typhoïde*, *pneumonie*, et, à part quelques nomenclatures bizarres et peu répandues, je crois qu'il ne serait pas bien difficile d'arriver à un accord. Du reste, voici dans le rapport une contradiction bien manifeste et qui vient à l'appui de ma thèse ; après avoir établi en fait l'impossibilité de consigner les maladies d'après une classification nosologique commune, la commission propose précisément un moyen de consignation consistant en une table de synonymie. Elle reconnaît donc que la chose est possible.

Autre difficulté, et celle-ci dans l'ordre pratique : on propose d'établir la statistique par communes; au point où en sont les choses, il me paraît impossible d'établir une pareille statistique mortuaire Si l'on pouvait seulement l'obtenir pour les chefs-lieux de département ou de canton il faudrait s'estimer bien heureux, plus tard on pourrait essayer d'aller plus loin.

En outre le rapporteur sent bien qu'il faut une loi pour obliger les médecins à délivrer un bulletin médical, et en attendant il propose d'envoyer une circulaire ; je ne crois pas à l'efficacité de ce moyen. Certains médecins répondront à l'appel, d'autres, non, et à la fin de l'année nous aurons des résultats incomplets et dont l'on ne pourra se servir.

Mais plus que tout cela, il est une chose qui me préoccupe et sur laquelle j'appelle l'attention de l'Académie, il s'agit d'une lacune grave. Dans toute statistique il y a un point de départ et un point d'arrivée. Le point de départ ne peut être autre part que dans le corps médical; mais le point d'arrivée, où sera-t-il? Je ne le vois pas indiqué ; qui fera le dépouillement? Je n'admets pas qu'il puisse se faire par arrondissements ou par chefs-lieux, on ne peut imposer tant d'obligations aux médecins. Il faut une bonne centralisation, il faut des hommes spécialement chargés de ce travail, et rétribués pour cela, car on ne peut tout obtenir sans faire de dépenses ; il faut. en outre, que ces hommes soient médecins, car dans de pareilles questions les administrateurs sont nécessairement incompétents ; en voulez-vous un exemple : dans la statistique générale de la France qui se fait au ministère de l'intérieur, on donne pour les goîtreux le chiffre de 42,000; M. Boudin, lui, en trouve 240,000. Je demande quel est l'avis de la commission sur cette question, et je conclus pour la nécessité d'instituer à Paris un bureau médical de statistique.

M. *Guérard*. Je crois que toute question de nomenclature doit être écartée pour aujourd'hui de la discussion. J'ai dit que dans la prochaine séance une liste de synonymie serait soumise à l'approbation de l'Académie. La commission a voulu éviter au praticien une difficulté et un embarras; elle lui dit : vous nommerez la maladie comme vous faites d'habitude, et ensuite des hommes capables classeront d'après le cadre convenu. Elle a eu en vue la divergence des dénominations entre les médecins qui ont apporté dans leurs communes les doctrines en vogue alors qu'ils faisaient leurs études. Les tables de synonymie ne serviront qu'à la commission centrale ; quant au médecin privé, il conservera toute liberté. La commission a pensé qu'il n'était pas possible de faire une bonne statistique complète, mais qu'il ne serait pas impossible de donner le nom des principales maladies qui entraînent la mort.

M. le président a dit que c'était trop exiger que de demander une statistique par communes : pourquoi ne pas essayer, sauf à prendre les mesures que l'on jugera nécessaires si les obstacles sont trop graves dans certaines localités?

Quant à la circulaire, M. le ministre a demandé à l'Académie s'il ne serait pas utile, en attendant une loi, d'adresser une circulaire au corps médical. La commission y a répondu affirmativement, et ne pense pas que cela puisse avoir d'inconvénient sérieux. Si les résultats n'étaient pas satisfaisants, soit par défaut de zèle, soit par défaut de science, ce serait une occasion de faire sentir à l'administration la nécessité des médecins cantonnaux, et de lui dire combien cette création peut être utile, tant au point de vue administratif qu'à celui de la science et de l'humanité. Voilà bien des années que des confrères cherchent, par tous les moyens possibles, à obtenir cette création ; et l'occasion serait bonne de montrer que l'enregistrement ne pourra se faire que s'il est confié à des gens capables.

J'arrive à la question du dépouillement. La commission avait d'abord pensé à demander si le bulletin ne pourrait pas être renvoyé directement à l'Académie ; mais elle n'a pas tardé à comprendre que ce travail devrait absorber tous les instants de ceux à qui il serait confié, et elle n'a pas cru devoir persister. Je trouve juste que M. le président demande le renvoi des bulletins à un bureau médical, et si M. le ministre nous consulte à ce sujet, l'Académie verra s'il y a lieu d'ajouter au rapport une conclusion conforme aux idées émises par M. le président.

M. *Piorry*. J'étais éloigné de vouloir prendre la parole dans cette discussion, quoique bien des personnes m'y aient engagé; mais je crois urgent de répondre à certaines allusions. On veut faire une statistique ; or, pour la faire, il faut que les choses soient bien connues et bien déterminées, et, si elles ne le sont pas, il me paraît difficile que l'unité se fasse. Je veux bien que M. le président ne soit pas ami de ma nomenclature ; je pourrais trouver bien d'autres personnes qui l'ont adoptée. Je laisse M. Michel Lévy de côté, et je m'occupe de la question. M. Lévy croit facile de déterminer ce que c'est que la fièvre typhoïde, les scrofules, le rhumatisme. Ce n'est pas à un homme aussi instruit qu'il convient d'apporter de longs arguments : il sait combien ces dénominations sont vagues et indécises et combien il est difficile, avec des mots tels que *scrofules* et *rhumatisme*, d'arriver à un résultat positif. Il faut bien s'entendre. Que nous demande-t-on dans cette statistique ? Les causes qui ont déterminé la mort. Ce n'est donc pas la maladie qu'on nous demande, mais la cause de la lésion ; et il faudra en venir là, sinon je vous défie d'arriver à un cadre positif. Au bureau central, où se trouvent tant de médecins intelligents et qui représentent le mouvement scientifique, on exige aussi une statistique, on a été forcé d'écrire *fièvre* pour les lésions internes, et *plaie* pour les lésions externes. Le seul mot de *pneumonie* entraîne des difficultés insurmontables. Si la pneumonie était toujours une, rien ne serait plus facile ; mais il n'en est ainsi que pour le théoricien ou l'homme de cabinet. Je conclus que, dans le temps où nous sommes, et lorsque deux écoles sont en présence, l'une qui s'occupe de la maladie, et l'autre de la lésion, il est très difficile de faire une bonne statistique.

Je prierai, en outre, M. le président d'être plus réservé qu'il ne vient de l'être; que signifie le mot *barbare* appliqué à une nomenclature? Si je voulais entrer en discussion sur ce sujet, nous verrions bien de quel côté sont les barbares.

M. *le président*. Je ferai d'abord remarquer à M. Piorry que je me suis servi du mot *bizarre* et non du mot *barbare*, ensuite que j'ai parlé d'une manière générale des nomenclatures ; et je ne sais pourquoi M. Piorry persiste à considérer comme lui étant personnelles toutes les attaques relatives à cette question.

La discussion est close sur l'ensemble des conclusions ; on pro-

cède à la discussion par articles. M. Guérard donne lecture du premier ; il est ainsi conçu :

« 1° Dans l'état actuel de la science, en France, une bonne statistique nosologique, c'est-à-dire une statistique complète, est impossible.

» Mais les principales causes de décès peuvent, dans la plupart des cas, être exactement observées. »

M. *Gibert* demande la suppression pure et simple de la première phrase. A quoi sert-elle ?

M. *Guérard*. C'est pour répondre à M. le ministre.

M. *Londe* se range à l'avis de M. Gibert.

M. *Guérard*. M. le ministre demande si une bonne statistique nosologique est possible, ou, en d'autres termes, si les principales causes de décès peuvent, dans le plus grand nombre des cas, être exactement observées. La commission n'a pas jugé que ces deux membres de phrase fussent équivalents, et elle a répondu séparément à chacun d'eux.

M. *Michel Lévy* prie M. Ferrus de prendre le fauteuil de président pour pouvoir se mêler à la discussion.

Messieurs, il est évident qu'aux yeux de l'administration la question est unique, et la réponse doit l'être aussi. Je propose de répondre simplement que les principales causes de décès peuvent, dans le plus grand nombre des cas, être exactement observées.

M. *Collineau*. On ne me paraît pas tenir compte, dans l'enregistrement des causes de décès, de l'embarras dans lequel se trouvent les médecins vérificateurs. Ils n'ont pas vu le malade pendant la vie, et ils n'ont, le plus souvent, de rapport qu'avec une servante ou une garde-malade. Il faudrait exiger que le médecin qui a soigné le malade laissât un bulletin cacheté contenant le nom de la maladie et la cause du décès.

M. *Devergie* propose, pour modifier la première conclusion, une rédaction qui n'est pas adoptée.

M. *Lévy* demande le renvoi à la commission.

M. *Velpeau* voudrait savoir au moins de quoi il s'agit avant d'émettre un pareil vote.

Le renvoi à la commission est mis aux voix et rejeté.

MM. *Bégin*, *Lévy* et *Guérard* prononcent quelques mots sur le sens que l'on doit donner à la question ministérielle.

M. *Piorry*. On parle des causes qui font mourir, et comment les connaîtra-t-on avec des noms de maladies? Une maladie commence, pour me servir de l'expression reçue, abandonnée à elle-même elle doit bientôt guerir; mais survient une perte de sang considérable ou un obstacle à l'introduction de l'air dans les bronches, à quoi vous en prendrez-vous? A la fièvre typhoïde, ou bien à la perte de sang et à l'écume bronchique? Quel est notre but? D'éclairer les médecins. Il ne faut donc pas que les résultats soient vagues et illusoires ; je vous signale cette difficulté, parce qu'elle est de prémier ordre.

M. *le président*. Concluez.

M. *Piorry*. Je conclus que j'aimerais mieux que cette statistique ne se fît pas, et la raison c'est que les médecins ne me paraissent pas assez instruits.

M. *Robert*. La difficulté qui vient de surgir sur ce premier article tient uniquement à l'interprétation du mot *bonne*. Une statistique pourrait être bonne sans être aussi rigoureusement complète que l'entend le rapport.

M. *Dubois* (d'Amiens). Messieurs, je ne voudrais pas demander le renvoi à la commission, parce que cela implique toujours une sorte de blâme que ne mérite pas un travail aussi consciencieux et aussi bien fait. Mais on pourrait demander le renvoi pour le premier article seulement, et la commission tâcherait de trouver une rédaction plus conforme au désir de l'Académie.

M. *Lévy*. C'est ce que je demandais. Je me range donc à l'opinion de M. Dubois.

Après quelques hésitations et quelques objections, le renvoi à la commission, pour le premier article seulement, est mis aux voix et adopté.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Congrès de Bruxelles.

SÉANCE DU 16 SEPTEMBRE.

Président : M. Van Roosbroeck. — *Secrétaire :* M. Crocq.

DES OPHTHALMIES SPÉCIFIQUES.

M. *Levrat*. La ville de Lyon a de tout temps été exposée aux ophthalmies, aux catarrhes, aux rhumatismes. Indépendamment des ophthalmies catarrhales et rhumatismales, on voit, à la fin de l'automne, arriver des contrées marécageuses des environs de Lyon, des ophthalmies qui ont un caractère pyrétique, qui succèdent aux fièvres intermittentes, et qui cèdent au quinquina et aux purgatifs. L'ophthalmie rhumatismale se guérit au moyen du colchique et de la douce-amère. Ce sont là des ophthalmies spécifiques par leurs causes, leur nature, les diathèses qui les accompagnent et leur traitement.

M. *Anagnostakis*. Le Programme définit ainsi les ophthalmies spécifiques :

« Toute affection qui, soit par la nature de son agent producteur, soit à
» cause des conditions constitutionnelles ou diathésiques où se trouve
» celui qui en est atteint, donne lieu à des médications curatives spé-
» ciales. »

En admettant cette définition, toutes les ophthalmies seraient spécifiques. Il faut restreindre ce nom à celles qui ne peuvent se développer que sous l'influence d'une cause dominante ou constitutionnelle, et exclusivement à celles-là. Celles qui peuvent se développer en dehors de cette influence ne sont pas spécifiques. Ainsi, si l'ophthalmie phlycténulaire se développe dans d'autres circonstances que chez des scrofuleux, on ne peut pas l'appeler ophthalmie spécifique. Il n'en est pas de même des ophthalmies varioliques et syphilitiques : celles-là sont réellement spécifiques. Je propose donc l'amendement suivant :

« Toute ophthalmie qui ne peut se développer que sous l'influence d'une cause *virulente* ou *constitutionnelle*, doit être considérée comme une ophthalmie *spécifique*. »

M. *Quadri*. Tous les praticiens sont, au fond, d'accord sur les ophthalmies spécifiques, et les traitent de même. Beer, en les établissant, a rendu un service à la science ; mais on en a abusé. Je pense donc qu'on peut sans inconvénient supprimer le mot *spécifique*, mais établir qu'il y a des ophthalmies spéciales, qui deviennent telles lorsqu'elles se développent chez des sujets atteints de maladies constitutionnelles, et qui présentent des indications curatives spéciales. Elles peuvent, du reste, l'être primitivement. Je propose donc la substitution du mot *spécial* au mot *spécifique*. Les ophthalmies spéciales sont toutes celles, spécifiques ou non, qui existent dans des conditions spéciales de l'économie.

M. *Anagnostakis*. Une maladie peut être influencée dans sa marche, dans son traitement, par des conditions constitutionnelles ou diathésiques, sans être une maladie spécifique entièrement différente de toute autre.

M. *Crocq*. Je ne pense pas que la cause présumée d'une maladie et les circonstances qui l'accompagnent puissent jamais servir à en déterminer la nature Celle-ci ne peut être établie que par les lésions anatomiques. Ainsi, je connais une ophthalmie phlycténulaire, mais je ne connais pas d'ophthalmie scrofuleuse. Bien souvent j'ai vu cette forme se développer chez des sujets qui ne présentaient aucune autre altération, qui étaient bien portants et bien constitués ; cela autorise t-il à les désigner comme scrofuleux ? La sclérotite existe souvent seule, sans maladie qui la complique. Peut-on dire qu'elle est rhumatismale, et que l'individu qui la porte est rhumatisé? Il y a des ophthalmies spécifiques, et comme types je citerai l'ophthalmie variolique et l'ophthalmie chancreuse ; mais elles le sont par leurs lésions aussi bien que par leurs causes. Peut-être pourrait-on aussi désigner comme telle l'ophthalmie syphilitique ; cependant ici encore j'ai vu un chirurgien distingué déclarer syphilitique une ophthalmie, chez un sujet dont l'unique antécédent était une gonorrhée contractée vingt ans auparavant, sur la foi de l'iritis soi-disant caractéristique. Du reste, il est possible qu'on trouve quelque lésion spéciale à laquelle est due cette ophthalmie.

Au lit du malade, je serai sans doute souvent d'accord avec un méde-

cin partisan de la spécificité : un individu rhumatisé a une ophthalmie ; je traiterai son rhumatisme en même temps que son ophthalmie ; lui traitera une ophthalmie rhumatismale, et nous arriverons au même traitement. Cependant, ce n'est pas ici une simple dispute de mots ; car jamais, sur la foi d'une telle forme d'inflammation oculaire, je ne déclarerais un individu rhumatisé ou scrofuleux. Je ne reconnais donc pas d'ophthalmies spécifiques en dehors de celles qui le sont par leurs lésions ; mais le médecin ne doit jamais traiter une maladie : il doit traiter un individu malade et le traiter selon ses conditions individuelles. Je crois que l'amendement suivant serait destiné à satisfaire toutes les opinions :

« Quelle que soit l'opinion qu'on se forme sur la spécificité des ophthalmies, le praticien doit faire grande attention aux conditions constitutionnelles qui, soit comme causes, soit comme complications, peuvent coexister avec les maladies oculaires, et en tenir compte dans le pronostic et dans la thérapeutique. »

M. *le président*. Il y a des ophthalmies qui se développent sous l'influence de causes constitutionnelles ou diathésiques ; ce sont bien là des ophththalmies spécifiques. On a reconnu comme telles les ophthalmies variolique et syphilitique. M. Crocq a cherché à contester cette dernière par un exemple ; mais celui-ci n'est pas convaincant. L'ophthalmie scrofuleuse est aussi bien caractérisée. L'ophthalmie phlycténulaire avec photophobie ne se rencontre pas partout : elle existe seulement chez les scrofuleux, et annonce l'existence de la diathèse.

M. *Quadri*. Les uns n'admettent de vice général que là où il y a des manifestations évidentes ; les autres prétendent les reconnaître par des caractères spéciaux propres à l'ophthalmie elle-même. Ceux-ci vont sans doute trop loin ; il faut autre chose qu'un état local pour caractériser une diathèse : il faut un ensemble de symptômes. Cependant, les ophthalmies survenues dans certaines circonstances offrent une marche spéciale, exigent un traitement spécial. Je propose donc de supprimer le mot *spécifique* et de le remplacer par le mot *spécial*.

M. *Calvo y Martin*. L'œil ne doit pas être considéré isolément, mais comme partie de l'économie dont les divers états le modifient. Ces états varient d'après diverses circonstances, mais surtout d'après les climats, dont souvent on ne tient pas assez de compte. Il ne faut pas isoler un organe, le séparer de l'économie, mais le considérer comme partie de l'ensemble. Il ne faut pas voir seulement les lésions anatomiques, mais aussi les causes, les maladies diathésiques, qui influencent les états pathologiques. Comme M. Quadri, je crois donc qu'il faut supprimer le mot *spécifique*, qui prête à trop d'abus, mais qu'il faut établir qu'il existe des ophthalmies spéciales.

M. *Anagnostakis*. J'ai vu l'ophthalmie phlycténuleuse, dont a parlé M. le président, se développer, sans aucune manifestation scrofuleuse, chez des individus à peau brune qui ne présentaient aucun des caractères du lymphatisme. On ne peut caractériser la nature d'une affection d'après ses symptômes, mais seulement d'après ses liaisons. Il est vrai qu'il faut toujours considérer le malade en entier ; mais de là à l'admission d'ophthalmies spécifiques, il y a loin : c'est un abus de dire qu'une ophthalmie est scrofuleuse parce qu'elle existe chez un scrofuleux.

M. *Van Roosbroeck*. L'ophthalmie traumatique survenant chez un scrofuleux n'est pas une ophthalmie scrofuleuse, quoiqu'elle puisse le devenir.

M. *Henri Müller*. Je suis entièrement d'accord avec M. Crocq ; mais, comme on ne peut trancher par un vote une question scientifique, je propose la suppression du paragraphe.

M. *Donders*. Je propose de le remplacer par le suivant :

« 1° Il est démontré par les statistiques qu'un grand nombre de cas de maladies des yeux ont leur cause unique, ou du moins prédisposante, dans la constitution du malade.

» Les mêmes changements anatomiques peuvent cependant, à peu d'exceptions près, se développer quand la diathèse constitutionnelle, qui souvent en est la cause, n'existe pas.

» 2° Pour autant que certains changements morbides constitutionnels méritent d'être nommés spécifiques, il existe réellement des maladies de nature spécifique.

» Cependant il n'est pas possible de déterminer cette spécificité dans les cas particuliers par l'inspection seule de l'œil ; il faut, pour y parvenir, consulter l'état de la constitution.

» 3° Il est bon de faire attention à la constitution et aux causes qui peuvent en résulter, dans l'observation des cas de maladie ; car il est possible que, par une observation plus exacte, on trouve des différences dans les lésions anatomiques de maladies réputées semblables, mais observées dans différentes conditions de la constitution.

» 4° On a encore le droit de nommer *spécifiques* les maladies des yeux qui ont leur cause dans un agent extérieur de nature virulente spécifique appliqué sur l'œil. »

M. *Arlt*. Les *processus* pathologiques peuvent se trouver en rapport avec certaines maladies, de façon que l'examen de celles-ci permet de reconnaître le *processus* pathologique qui lui a donné naissance et de remonter à la cause. On sait que certaines modifications organiques n'arrivent qu'à la suite de certaines causes qui impriment à la maladie une marche particulière ; eh bien ! dans ce cas, l'examen de l'œil seul suffit pour conclure à ce qui se passe dans l'organisme entier. Il en est ainsi de la syphilis. Mais, pour pouvoir se prononcer ainsi, il faut une liaison constante entre la cause et le *processus* pathologique ; si, par exemple, un scrofuleux a une blennorrhagie, on ne dira pas qu'elle est scrofuleuse, puisque cette diathèse n'existe pas. Au point de vue pratique, on doit toujours prendre connaissance des causes. On n'a pas besoin des expressions *ophthalmie syphilitique*, *scrofuleuse* ; mais, quand on écrit, on doit classer les cas, et la meilleure classification est celle qui appelle l'attention du médecin sur les causes : il faut classer d'après l'état anatomique, seulement dans les cas où la cause n'est pas suffisamment connue. Mais il faut tâcher de diminuer ces cas autant que possible, de rattacher autant que possible les états locaux aux états généraux qui en sont la base, et contre lesquels le traitement doit être dirigé.

M. *Sichel*. J'appuie entièrement ce que vient de dire M. Arlt. Je repousse le mot *spécificité*, car il faut le rejeter de la pathologie ou lui donner un sens précis. Une maladie spécifique est, pour moi, celle qui reconnaît une cause spécifique, immuable, un virus. Deux ophthalmies seulement rentrent dans cette définition : ce sont l'iritis syphilitique et l'ophthalmie variolique. Les autres, dans lesquelles le travail local est combiné avec un travail général, je les ai autrefois appelées ophthalmies *combinées* ; plus tard, pour me faire mieux comprendre, je les ai appelées ophthalmies *spéciales*. Ces ophthalmies sont sous la dépendance de causes qui agissent sur tout l'organisme et donnent lieu à des phénomènes spéciaux, mais non spécifiques. L'ophthalmie phlycténulaire, dont on a parlé, ne se développe pas toujours chez des individus scrofuleux, mais le plus souvent chez des individus lymphatiques. Le lymphatisme tend à produire cette variété ; aussi l'ai-je appelée ophthalmie *lymphatique*. Ce nom indique les modifications qu'exige le traitement, sans rien préjuger sur la nature de la maladie. Je me rallie, du reste, aux propositions de M. Donders, qu'on peut parfaitement adopter.

Congrès de Bonn.

Les sections de médecine étaient divisées en médecine pratique, chirurgie, anatomie et physiologie, gynécologie et psychiatrie.

Nous empruntons aujourd'hui aux deux premières sections un résumé des travaux que nous avons pu nous procurer. Quelques-uns des auteurs ont bien voulu faire eux-mêmes ce résumé ; quant aux autres, nous avons essayé de rendre leurs pensées avec une rigoureuse exactitude.

I. Section de médecine pratique.

De l'emploi de la chair crue dans la diarrhæa ablactatorum (sevrés), par M. Weisse (de Saint-Pétersbourg). — L'auteur emploie depuis dix-sept ans ce qu'il nomme *la cure par la viande* et lit une lettre de M. Behrend, rédacteur du *Journal des maladies de l'enfance*, qui s'accorde aussi sur la valeur de ce moyen thérapeutique. Cependant, il est à remarquer que le *tænia solium* (et lui seul) attaque une bonne partie des enfants soumis à cette médication. Ce fait, constaté par M. Siebold, proviendrait de ce que la chair musculaire des bœufs venant de Circassie et de Podolie contiendrait cet annélide. Le reproche fait à la cure par la viande crue retombe par conséquent sur la qualité de la viande employée et non sur la médication elle-même. M. Weisse se sert aussi avec succès de l'emploi des huîtres dans la lienterie.

Emploi de la *liquor arsenici et hydrargyri iodati* (liquor Donovani) contre la syphilis invétérée et compliquée, par M. Dawosky. — C'est surtout dans des cas de *lupus syphiliticus* que ce moyen réussit. On doit apporter un grand soin dans la préparation de ce composé.

On prend 6,08 grains d'arsenic métallique bien pulvérisé, 15,38 grains de mercure, 50 grains d'iode, on met dans un mortier de porcelaine avec quelques drachmes d'alcool jusqu'à ce que le mélange, d'abord brun, ait pris une teinte rosée. On dissout dans de l'eau distillée et on ajoute 1 gros d'acide iodhydrique (contenant 2 grains d'iode), et l'on fait bouillir ; on refroidit, on filtre, et l'on ajoute assez d'eau pour que le tout pèse 8 onces.

Il faut bien faire attention que la liqueur ainsi obtenue soit incolore et d'une limpidité parfaite. Car lorsque les flacons sont mal bouchés, l'oxygène de l'air transforme l'arsenic super-ioduré en acide arsénieux et acide iodhydrique ; ce dernier se décompose en deux parties d'eau et en iode libre. Dans tous les cas où la liqueur a été donnée impure l'effet a été nul ou mauvais.

La cure complète consiste à donner 16 à 18 drachmes de la liqueur ; la formule est la suivante :

℞ Liq. arsenici et hydrargyri iodati. . . . ʒj ß
Extract. salsapareillæ. . . . . ʒj
Decocti speciorum liquor. . . . . ℥ viij

A prendre tous les jours ; trois fois par jour une cuillerée.

De la prophylaxie du choléra, par M. Poznansky. — Les épidémies de choléra sont proportionnelles à la condensation de l'air. Le signe pathognomonique de l'imminence de cette affection est le ralentissement du pouls, qui tombe jusqu'à 40 pulsations par minute. L'auteur propose, comme règle d'hygiène, de rechercher pendant les épidémies les individus dont le pouls serait ainsi ralenti, et de prévenir l'accès de choléra en activant la circulation.

Échantillons de Fucus amylaceum ou Mousse indienne, par le professeur Albers. — En présentant ce fucus sous forme de préparation pharmaceutique et à l'état naturel, M. Albers recommande de ne pas confondre cette plante avec la *radix anetheri muriatica*, dont elle se distingue par ses effets thérapeutiques. On obtient par la cuisson de ce fucus une gelée qui est beaucoup plus agréable au goût que le *chondrus crispus* (mousse d'Islande). La mousse indienne contient en très petite quantité les principes des végétaux marins. Elle réussit surtout dans les irritations et les inflammations des muqueuses du cou, de l'estomac, de l'intestin, dans les phthisies pulmonaires et autres dyscrasies et affections de la poitrine.

Spiromètre en caoutchouc. — M. *Schneevogt* (d'Amsterdam), présente le spiromètre de MM. *Varnout* et *Galante*, ; il explique la manière de s'en servir ainsi que les avantages et les inconvénients de cet instrument. On lui a reproché de n'être pas rigoureux et précis, ainsi que la dilatabilité variable du sac suivant la température et le temps que dure l'expérience. Mais d'un autre côté, dit l'orateur, on ne saurait trop tenir compte de son petit volume qui le rend facile à mettre dans la poche. Les erreurs provenant des variations de température sont peu importantes (à peu près 50 centimètres cubes), et le spiromètre donne des résultats assez significatifs pour qu'on ne puisse douter de l'état sain des poumons. Et c'est surtout pour le diagnostic des états pathologiques et non pour des expériences physiologiques qu'on le recommande, celui de Hutchinson étant bien préférable pour ces dernières. M. Schneevogt a fait plus de deux mille observations avec cet instrument et a déjà, dans un travail spécial (De la valeur pratique du spiromètre pour le diagnostic, *Tydschrift der Nederländisch. Matsch.* 1re année) insisté sur les avantages que la spirométrie peut donner pour le diagnostic, surtout aux époques de début de certaines maladies organiques (tubercules, emphysèmes) où les autres méthodes ne peuvent donner de bons résultats. Son utilité est encore manifeste quand il s'agit de préciser la période régressive d'une pneumonie, la résorption d'un épanchement ; on pourrait l'employer aussi à préciser l'état de la poitrine pour le service militaire, les assurances sur la vie, etc., etc. Enfin, le spiromètre peut, dans certains cas, remplacer le stéthoscope et le plessimètre, lorsqu'il n'est pas possible de les employer, ou lorsque le médecin n'a pas des sens suffisamment développés pour percevoir les sons avec la netteté désirable. Dans la pratique il faut, pour employer le spiromètre, tenir compte de l'âge, du sexe, de la longueur du corps et de celle du tronc. La capacité pulmonaire diminue à partir de la trente-sixième à la quarantième année ; elle varie suivant les différents peuples. Voici les résultats pour les habitants d'Amsterdam. Un homme dont la taille est de 1 mètre 50 centimètres a une capacité de près de 2,350 centimètres cubes ; chaque augmentation d'un centimètre de hauteur entraîne une augmentation de 52 centimètres cubes de capacité respiratoire.

Une femme de 1 mètre 50 centimètres de hauteur a une capacité respiratoire de 2,000 centimètres cubes. Chaque centimètre de plus en hauteur amène une augmentation de 30 centimètres cubes de capacité respiratoire.

Une diminution de 300 centimètres cubes sur les données normales ne permet pas de croire à un état pathologique bien prononcé ; mais on ne peut douter d'une prédisposition aux affections de la poitrine. Enfin la spirométrie donne aussi d'excellents résultats dans les maladies du cœur, l'hydropisie, la grossesse, etc.

II. Section d'anatomie et de physiologie.

Des capsules surrénales et de leur rôle physiologique. — Le professeur Harley a extirpé ces organes sur divers animaux. Les chats et les chiens vivent de deux à trois jours jusqu'à cinq ou six semaines après l'opération. Brown-Séquard perdit les animaux qu'il opéra en moins de quarante-huit heures et trouva que la piqûre des capsules surrénales était mortelle. Il a été donné à M. Harley d'écraser entièrement ces organes sans que cette mutilation fût suivie d'accidents. C'est surtout sur des rats qu'il est facile d'opérer ; ces animaux sont entièrement rétablis au bout de huit jours. A l'appui de son assertion, l'orateur montre deux rats blancs opérés depuis plus d'un mois, qui ont l'air de se bien porter et qui ne présentent pas les modifications dans la coloration de la peau qu'Addison regarde comme la suite d'affections des capsules surrénales. Un des animaux présentés a été mis au monde par un rat dont on avait extirpé la rate et les capsules surrénales.

A ce sujet, M. *Klob* insiste sur la non-existence de modifications de la peau dans toutes les affections de ces organes. Il a vu un jeune homme dont les capsules surrénales étaient détruites par une dégénérescence cancéreuse, ne pas présenter d'altérations dans la couleur de sa peau.

De l'endosmose, par le professeur Fick. — On a réuni sous ce nom : 1° la diffusion à travers des parois poreuses ; 2° l'espèce d'équilibre qui se produit entre deux liquides hétérogènes à travers des parois non organisées.

Dans ce dernier cas, si l'on emploie comme moyen de séparation des feuilles de collodium desséché et une solution de sel marin, on remarque que le passage de l'eau reste constant, mais que la membrane devient de plus en plus perméable pour le sel. L'intensité du courant d'eau est proportionnelle à la concentration de la solution. L'intensité du courant salé n'augmente pas aussi rapidement que la concentration. Si l'on emploie des parois poreuses, le courant salé est proportionnel à la concentration ; la rapidité du courant aqueux augmente lorsque la concentration est plus grande.

M. *Helmholtz* fait observer l'influence que la composition chimique de la paroi exerce sur ce phénomène ; il rappelle les expériences de Graham, l'action endosmotique beaucoup plus intense des solutions faibles de potasse caustique que des solutions concentrées ; il cite l'action diverse de cette solution sur la mobilité des spermatozoïdes et de l'épithelium vibratile.

Le professeur *Wittich* conseille d'employer l'amnios pour les expériences endosmotiques.

Le professeur *Donders* déclare qu'il a expérimenté sur des coupes de la cornée et de la sclérotique. Si on les traite par des acides étendus, d'une concentration différente, on remarque que ces membranes en laissent passer une quantité plus ou moins grande, suivant la quantité de liquide absorbée par la membrane. Du reste les phénomènes que l'on observe avec des membranes organisées sont très complexes. Ainsi l'acide acétique concentré dilate le tissu corné ; des solutions étendues du même acide produisent un effet contraire.

M. *Helmholtz*. Dans les parois poreuses inorganiques, la cohésion reste toujours la même. Dans les membranes organisées, au contraire, l'imbibition semble avoir une action sur les espaces moléculaires.

Le professeur *Gerlach*. Les membranes organisées ont un pouvoir absorbant pour les substances colorantes, dont l'étude n'est pas sans intérêt. Des solutions alcalines et étendues de carmin colorent en rouge peu foncé la cellule, en rouge vif le noyau, en rouge très intense les nucléoles. C'est un fait purement cadavérique ; car des animaux vivants que l'on fait plonger dans de semblables solutions ne présentent pas cette absorption dans l'intérieur de leurs fissures.

M. *Welcker* fait remarquer que les éléments granuleux se colorent avec le plus de facilité.

Le professeur *Schaaffhausen* a retiré de bons résultats de l'emploi des principes colorants dans ses préparations microscopiques ; c'est ainsi qu'il est parvenu à découvrir la manière dont les nerfs se terminent dans les muscles : le faisceau nerveux primitif se divise en nombreux ramuscules qui enveloppent comme un filet la fibre musculaire primitive.

M. *Donders* pense que l'on pourrait retirer de bons effets de certains acides pour l'étude des rapports histologiques. Meissner a obtenu de superbes préparations des nerfs du tube digestif en se servant de l'acide pyroligneux.

Quant à l'endosmose il la croit très différente suivant que l'être organisé est vivant ou mort. Il cite l'imbibition du principe colorant de la bile qui est évidemment un phénomène cadavérique.

Développement de la substance osseuse, par le professeur H. Müller (de Wurzbourg). Dans les théories admises jusqu'à ce jour, on croit que le tissu osseux est formé : 1° par le dépôt de sels calcaires dans une masse cartilagineuse (dépôts périostiques, os secondaires) ; 2° par la métamorphose de la substance cartilagineuse (substance fondamentale, capsules, cellules). D'après mes recherches, poursuit l'orateur, cette dernière métamorphose ne se produit pas.

La véritable masse osseuse consistant en capsules rosées et en substance fondamentale lamelleuse, se produit partout de la même manière, par la métamorphose calcaire d'une substance ostéoïde conjonctive (substance ostéogène). Dans les endroits où l'os semble provenir du cartilage, le cartilage est seulement remplacé par la masse osseuse de nouvelle formation.

L'ossification du cartilage n'a, dans les vertébrés supérieurs qu'une importance provisoire ; elle disparaît rapidement par suite de la formation des espaces médullaires, tandis que la véritable substance osseuse poursuit toutes les phases de son développement. Les corpuscules osseux stelliformes et radiés sont en partie engendrés par les cellules de cartilage. On observe ces phénomènes près de l'endroit où s'ossifient les os longs. Les espaces médullaires s'avancent, s'ouvrent dans les capsules du cartilage en grande partie remplies de sels calcaires ; dans l'intérieur de ces espaces médullaires (et en partie dans les quelques capsules qui sont ouvertes) on voit se former la vraie substance osseuse. C'est d'abord une couche très mince, qui s'incruste de dépôts calcaires, tandis que la substance fondamentale et les capsules du cartilage se détruisent peu à peu. Cet acte physiologique peut varier un peu quoique le fond reste le même. Ainsi, chez les oiseaux, il diffère par quelques détails peu importants de ce qui se passe chez les mammifères.

On le retrouve de même dans les os rachitiques. Les capsules sont ouvertes en partie et sont remplies par une ou plusieurs cellules radiées qu'entoure la substance ostéogène. Cependant la formation des espaces médullaires varie ; on voit souvent dans les capsules closes des modifications qui ne se rencontrent pas dans le cartilage s'ossifiant : il est ensuite nécessaire, pour la conservation de cet os, qu'il se dépose une quantité assez considérable de substance ostéogène encore privée de sels calcaires, à l'intérieur du canal médullaire. Les noyaux épiphysaires spongieux sont presque exclusivement formés par cette substance. Dans les noyaux osseux (épiphyses, os courts) qui apparaissent à l'intérieur du cartilage à une époque plus avancée de la vie fœtale ou après la naissance, on voit la véritable substance osseuse se former aux dépens des canalicules cartilagineux et de la substance ostéogène qui se produit dans leur intérieur, tandis que le cartilage calcaire disparaît et n'arrive jamais à la véritable constitution osseuse.

Les noyaux osseux des vertèbres sacrées et coccygiennes se produisent à l'entour de la *chorda dorsalis*, dont on trouve les restes sous la forme de prolongements dans l'intérieur de ces vertèbres. Après la naissance, ces vestiges sont détruits par l'ossification ; quelques-uns se métamorphosent et concourent à former les ligaments intervertébraux.

Dans la formation des premiers noyaux osseux, dans les os longs, on voit la vraie substance osseuse sous forme de lamelle mince à l'extérieur du cartilage, et chez les mammifères comme chez les amphibies et les poissons on voit cette production osseuse périostale précéder le dépôt de sels calcaires à l'intérieur du cartilage.

De même que la véritable ossification à l'intérieur du cartilage se fait en suivant les espaces médullaires dans lesquels se développent de très bonne heure des vaisseaux sanguins, de même dans les os plats (secondaires) du crâne, le dépôt des rayons ossifiés suit surtout le réseau des vaisseaux sanguins qui se trouve à leur périphérie.

Racines des nerfs spinaux. — Le professeur *Lenhossek* montre des dessins dans lesquels les racines postérieures de même que les racines antérieures des deux nerfs spinaux naissent en partie des groupes de ganglions du côté opposé et se croisent, par conséquent, en avant et en arrière du canal médullaire. Il faut donc considérer les cornes de la moelle comme des colonnes, et le rapport central des nerfs cérébro-spinaux reste tel que les nerfs moteurs naissent des colonnes motrices, les nerfs de sensibilité des colonnes sensitives, et les nerfs mixtes des deux à la fois.

Anatomie de la moelle allongée. — M. *Schröder van der Kolk* montre des dessins de la moelle allongée. Les faisceaux antérieurs s'enfoncent dans le cerveau par les pyramides. Les autres fibres de la moelle allongée viennent du cerveau et s'inclinent auprès des nerfs qui naissent de la moelle allongée. Les longs paquets de fibres qui se trouvent à la partie extérieure du noyau de l'accessoire et du nerf vague sont les terminaisons des faisceaux latéraux. La poitrine, le ventre et le diaphragme ne sont pas paralysés dans l'hémiplégie, parce que leurs nerfs se terminent dans la moelle allongée, dans laquelle se trouvent réunis par des fibres transversales, et agissant simultanément pour les deux côtés à la fois, les organes centraux présidant aux mouvements respiratoires involontaires. Les racines du nerf auditif qui vont jusqu'au septum sont des nerfs réflexes pour des parties motrices. De même, des nerfs réflexes unissent les noyaux de l'auditif et du facial. Les olives sont réunies transversalement et envoient des fibres à l'hypoglosse ; elles sont plus volumineuses chez l'homme que chez les animaux, à cause de l'articulation plus nette des sons. Chez deux idiots qui ne pouvaient articuler les mots, l'orateur dit avoir trouvé une incurvation des corps olivaires. Les oiseaux de proie, dont l'expression mimique est si expressive, ont les corps olivaires supérieurs très développés. Les corps olivaires inférieurs sont unis à l'accessoire et à l'hypoglosse et président à la déglutition. La cinquième paire, qui, par sa marche de haut en bas, est en contact avec beaucoup de nerfs qui naissent transversalement, prouve bien qu'il est un nerf réflexe.

Influence de l'alimentation graisseuse sur la sécrétion urinaire. — M. *Böcker* conclut de ses expériences, contrairement à ce qu'a avancé Bischoff, que l'alimentation graisseuse ne diminue ni la quantité d'urine, ni ses principes solides, ni l'urée. Il a fait des expériences pendant soixante et douze jours. Par la graisse, l'assimilation des substances alimentaires protéiques est augmentée ; les fèces sont modifiées en quantité et en qualité. Le sucre diminue la quantité d'urée et ne se transforme pas en graisse.

Influence des nerfs sur la sécrétion de la salive, par le professeur Czermak. — Si l'on électrise le rameau lingual, la sécrétion de la salive est activée pendant plusieurs minutes ; si l'on électrise le sympathique au cou, la sécrétion salivaire, d'abord activée, cesse bientôt après. Si l'on électrise les deux nerfs à la fois, la sécrétion, d'abord très abondante, diminue après quinze à vingt secondes et s'arrête. L'auteur compare cette action à celle que le nerf vague exerce sur les mouvements du cœur, en les ralentissant et les faisant cesser.

Influence des nerfs sur l'inflammation, par M. Donders. — La section des nerfs de sensibilité de l'oreille n'a aucune influence sur la marche de l'inflammation de cette partie, tandis que la section du sympathique en augmente l'intensité, probablement à cause du manque de contraction des artères. Si l'on coupe le trijumeau, l'œil devient trouble ; mais si l'on protége l'œil contre les irritations produites par les corps étrangers que la sécrétion lacrymale enlève d'habitude, l'inflammation ne se produira pas sitôt, et la cornée ne subira pas de modifications. C'est ce problème qu'un élève de M Donders a résolu en cousant devant l'œil dont le trijumeau a été sectionné (peu importe que ce soit en avant ou en arrière du ganglion) l'oreille du lapin, qui conservait ainsi sa sensibilité et qui ne heurtait pas les corps étrangers, averti qu'il était par la peau de son oreille.

M. *Baum* rappelle, à cette occasion, que Stromeyer a conseillé, dans les cas d'inflammation de l'œil après la paralysie du trijumeau, de fermer artificiellement l'œil. Il croit cependant que l'irritation mécanique n'est pas seule cause de l'inflammation, parce que, dans un cas de fracture de la base du crâne avec lésion du trijumeau, il a vu suppurer le maxillaire inférieur.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'extraction de la cataracte par incision linéaire, et de l'extraction scléroticale, par le professeur Stœber.

Le procédé de l'incision linéaire de la cornée pour l'extraction de la cataracte, conseillé par un grand nombre d'auteurs d'une manière générale, n'a jamais été adopté par la majorité des opérateurs à cause de la difficulté, ou même de l'impossibilité d'extraire les cataractes dures par une petite ouverture ; mais il ne présente pas les mêmes inconvénients quand il s'agit d'une cataracte molle ; et même il l'emporte alors de beaucoup sur les méthodes à lambeau qui exposent à la mortification du lambeau, quel que soit le procédé mis en usage. Remise en honneur par M. de Graefe, l'extraction par incision linéaire est appliquée par lui à toutes les cataractes liquides ou laiteuses, et à celles dans lesquelles la masse du cristallin est transformée en une matière molle, gélatineuse. La seule difficulté qu'elle présente, c'est la détermination des cas auxquels elle est applicable ; on n'est jamais parfaitement sûr, suivant M. Desmarres (sauf pourtant dans quel-

ques cas de cataracte bleu d'empois), de trouver dans la partie opaque la mollesse nécessaire. Depuis environ dix-huit mois, cet habile oculiste a pratiqué une vingtaine de fois l'opération en question, et souvent il s'est trouvé dans la nécessité d'introduire plusieurs fois la curette pour extraire la lentille.

A l'exemple de M. de Graefe, M. le professeur Stœber (de Strasbourg) vient d'opérer plusieurs malades par l'extraction linéaire, mais en modifiant avantageusement le procédé opératoire (voyez obs. I). M. de Graefe pratique l'opération en trois temps : il incise la cornée au moyen du couteau lancéolaire, puis il introduit un kystitome pour ouvrir la capsule, et enfin il évacue la matière cristalline.

Obs. I. — *Cataracte et diabète, extraction par incision linéaire. Succès.* — Malade de vingt-trois ans, affectée de diabète depuis plusieurs mois, et d'une maigreur extrême. Elle a perdu la vue, mais distingue le jour de la nuit. Les yeux sont bien conformés extérieurement; iris bleus, poussés en avant, se contractant lentement. Cristallins opaques, volumineux, avec tous les caractères des cataractes molles.

Opération. Le 21 février, la pupille de l'œil droit ayant été fortement dilatée, la malade fut couchée sur un lit, un aide écarta les paupières : « Je fixai, dit M. Stœber, l'œil à sa partie interne au moyen d'une pince tenue de la main droite, et j'enfonçai de la main gauche un kératotome à travers la cornée jusque dans la capsule du cristallin. La ponction fut faite au côté externe de la cornée, un peu en dedans de la partie qui correspond au bord pupillaire de l'iris; le tranchant du couteau fut dirigé vers en bas.

» La lame, ayant pénétré assez avant pour ouvrir la capsule et faire à la cornée une incision de 7 à 8 millimètres, fut retirée. L'humeur aqueuse et une petite quantité de matière cristalline s'échappèrent immédiatement. Je saisis ensuite la curette de Daviel, je pressai légèrement sur la sclérotique à sa jonction avec le bord externe de la cornée, de manière à entr'ouvrir les lèvres de la plaie, et nous vîmes immédiatement la matière cristalline s'échapper par la plaie sous forme d'une gelée molle, et la pupille devenir complétement nette. »

L'œil fut fermé au moyen de deux bandelettes de taffetas gommé et des compresses froides y furent appliquées pendant six heures. Il ne survint aucun accident et la malade recouvra la vue.

Obs. II. — *Cataracte entièrement molle en apparence; erreur de diagnostic; extraction par incision linéaire. Demi-succès.* — Jeune cultivateur de vingt-neuf ans, bien constitué, aveugle de l'œil gauche depuis plusieurs mois. Yeux bien conformés, iris mobiles; celui de l'œil droit un peu plus lent dans ses mouvements et plus convexe.

A l'examen on reconnaît à l'œil gauche une cataracte corticale commençante, formée de rayons nacrés convergents. A droite, la cataracte est complète, volumineuse; elle occupe toute la masse du cristallin et présente une opacité inégale, nuageuse, faisant pressentir une cataracte molle.

Opération le 4 mars. Comme dans l'observation précédente, écoulement de l'humeur aqueuse et d'une certaine quantité de matière cristalline; mais il reste derrière la pupille une cataracte que des pressions réitérées ne parviennent pas à déloger.

Le lendemain, le noyau central qui n'avait pu s'échapper par la plaie de la cornée fut trouvé dans la chambre antérieure; il était peu volumineux; on n'essaya pas de l'extraire.

7 mars. Un peu d'injection de l'œil, saignée; calomel et magnésie, 10 centigrammes, trois fois par jour.

10 mars. Huit sangsues derrière l'oreille, instillation de solution et extrait de belladone.

21 mars. Le cristallin est en partie absorbé : commencement de cataracte secondaire. L'irritation a disparu.

22 mars. Nouvelle inflammation de l'œil à la suite d'un refroidissement; sangsues, calomel, belladone.

26 mars. Même accident, qui cède en huit jours aux mêmes moyens.

14 avril. Il reste un petit noyau de la cataracte à la partie la plus déclive de la chambre antérieure. Pupille libre sans irrégularités. Derrière cette ouverture on aperçoit une cataracte secondaire, occupant une partie du champ pupillaire; une autre partie est nette.

15 novembre. Il ne reste plus de traces du cristallin. Une partie du champ pupillaire est libre. Le malade y voit assez pour travailler dans les champs sans lunettes; avec des verres biconvexes n° 5, il distingue de loin; mais il ne parvient pas à lire, même avec les numéros 2 et 2 1/2.

Obs. III. — *Cataracte molle aux deux yeux; extraction linéaire; cataracte secondaire.* — Jeune homme de vingt-quatre ans, lymphatique, d'une faible constitution. Yeux bien conformés; cataracte molle, volumineuse.

29 juin. Opération comme ci-dessus. Il reste un peu de substance opaque dans les deux yeux; à l'œil gauche elle se trouve à la partie inférieure; à l'œil droit elle occupe la partie supérieure et moyenne. Dans le premier, elle disparaît en quelque jours, mais les deux lèvres de la plaie faite à la capsule deviennent opaques et présentent l'aspect de deux bosses très minces. Dans le second, l'opacité persiste et paraît due à une fausse membrane. La vue s'y est moins nettement rétablie que de l'autre côté.

M. le docteur Desmarres n'adopte point le procédé opératoire de M. Stœber, qui exposerait davantage aux cataractes secondaires, les deux feuillets de la capsule cristalline s'adossant après contraction, et d'autant mieux qu'ils ne contiennent que peu de chose. Alors les couches intra-capsulaires, non encore opaques, comme cela arrive souvent, ou mieux les couches périphériques du cristallin qui n'ont pu être extraites constituent une cataracte secondaire qu'il faut opérer plus tard. Il conseille donc de ne couvrir d'abord que la cornée, et dans un second temps de déchirer largement la capsule, afin d'obtenir une pupille nette et éviter autant que possible une opération secondaire.

— L'extraction de la cataracte par une incision faite à la sclérotique est une opération qui expose à des accidents trop nombreux pour qu'elle ait pu rester dans la pratique : aussi a-t-elle été abandonnée par la plupart des ophthalmologistes. C'est M. Sichel qui, le premier, la proposa dans les cas de cataracte membraneuse et de fausses cataractes. Mise en usage cinq fois par MM. Jaeger père et fils, elle ne donna que des résultats peu satisfaisants, et dans un cas même elle fut suivie d'hémorrhagie interne et de phlegmon de l'œil. Les observations publiées par M. Stœber donneraient à espérer pour cette opération un meilleur avenir que ne le feraient croire les faits connus avant lui, s'il n'était plus avantageux encore de faire une petite ponction à la cornée, au lieu de la ponction scléroticale, qui expose aux hémorrhagies, à l'écoulement du corps vitré, et à des inflammations interminables. Ces observations sont au nombre de six. La première est celle d'une journalière âgée de quarante ans, affectée de cataracte secondaire avec fausses membranes des deux yeux. Le résultat définitif est très bon; les pupilles sont très nettes. La malade peut travailler dans les champs, éplucher des légumes; mais elle ne voit pas assez pour coudre, et les verres biconvexes n'améliorent pas beaucoup la vue

Dans la deuxième observation, dont le sujet, vieillard de soixante-douze ans, portait dans l'œil droit depuis quarante ans une cataracte avec fausses membranes, l'extraction scléroticale donne le résultat suivant : la pupille est nette dans les trois quarts de son étendue; en dehors et en bas, on aperçoit un reste de cataracte; la vue s'améliore de jour en jour, le malade reconnaît parfaitement les personnes avec des verres biconvexes

La troisième observation est celle d'une cataracte capsulo-lenticulaire congénitale opérée quelques années auparavant par abaissement et broiement. A droite, la pupille était devenue nette; à gauche, il s'était formé une cataracte secondaire. M. Stœber essaya en vain d'extraire la fausse membrane par la sclérotique.

Il fut plus heureux dans un autre cas, où l'incision de la sclérotique lui permit d'attirer la fausse membrane, qui cependant ne put être amenée au dehors. Néanmoins, la pupille resta parfaitement nette.

Un succès complet couronna l'opération dans la cinquième observation. La cataracte produite par cause traumatique était constituée par des concrétions plastiques déposées sur la capsule. Celle ci put être tout entière amenée au dehors. L'œil reprit son aspect normal; cependant le malade ne put jamais lire de l'œil opéré; il y avait sans doute une altération de la rétine due à la commotion qu'elle avait éprouvée.

La sixième observation, enfin, est celle d'une cataracte secondaire; les fausses membranes ne purent être retirées que partiellement : les tentatives d'extraction furent suivies d'une inflammation de l'iris, qui céda au bout de plusieurs semaines à un traitement énergique, mais en laissant la pupille oblitérée par de nouvelles fausses membranes.

Il nous reste à faire connaître le manuel opératoire mis en usage par M. Stœber.

L'incision de la sclérotique se fait au moyen d'un couteau lancéolaire ou d'un kératotome dans la direction de l'axe antéro-postérieur du globe oculaire, en commençant à 3 ou 4 millimètres du bord de la cornée, dans une étendue de 5 à 7 millimètres, et à 3 ou 4 millimètres au-dessous du diamètre horizontal de la cornée ; on évite ainsi la lésion du ligament ciliaire et des artères ciliaires longues. Pour extraire la fausse membrane, il suffit d'une pince fine à dents mousses et d'un crochet ; ce dernier ne s'emploie que dans les cas où la fausse membrane, trop adhérente, est déchirée par les dents de la pince. Dans les cas où la fausse membrane est adhérente au bord pupillaire de l'iris dans une grande étendue, on cherche d'abord à la détacher en partie, surtout vers le bord externe, au moyen d'une aiguille à cataracte introduite par la plaie.

Quand la fausse membrane a été déchirée, mais non extraite, l'opération amène quelquefois un résultat favorable, les lambeaux se roulant sur eux-mêmes et débarrassant le champ de la pupille en partie ou en totalité.

L'extraction scléroticale expose à différents *accidents;* quelquefois on ne réussit pas à retirer la fausse membrane. Il faut alors la déchirer en divers sens, afin de dégager autant que possible la pupille. On a redouté beaucoup dans cette opération l'écoulement de l'humeur vitrée. M. Stœber croit ces craintes exagérées. L'iritis peut succéder ici, comme dans tous les autres procédés, aux efforts que l'on fait pour détacher les fausses membranes de l'iris. Le phlegmon de l'œil, observé sur un des opérés de M. Ed. Jaeger, est un accident dont la gravité fait supposer que des causes étrangères sont venues apporter dans ce cas à la sclérotomie un danger qu'elle n'a point habituellement.

Les conclusions générales de M. Stœber sur le traitement de la cataracte secondaire sont les suivantes :

1° Pour remédier à la cataracte secondaire, on peut avoir recours à trois méthodes : l'abaissement, l'extraction, l'opération de la pupille artificielle.

2° L'abaissement est indiqué lorsque la fausse membrane est peu adhérente à l'iris ou qu'elle ne l'est pas du tout, et que les parties profondes de l'œil n'ont pas été enflammées antérieurement. Dans ces conditions, cette opération réussit ordinairement très bien, à moins que la fausse membrane ne présente pas assez de résistance pour être abaissée, cas dans lequel il faut chercher à la broyer, à la dilacérer.

3° L'extraction paraît indiquée dans le cas où la cataracte secondaire est adhérente au bord pupillaire de l'iris dans une étendue un peu considérable, par exemple le quart de la circonférence pupillaire ; car alors l'abaissement est ordinairement impossible ; l'aiguille ne parvient pas à détacher ces adhérences étendues.

4° L'extraction scléroticale doit, en général, dans ces circonstances, être préférée à l'extraction par kératotomie. (M. Desmarres est d'un avis diamétralement opposé.)

5° Dans les cas où l'adhérence de la fausse membrane avec tout le bord pupillaire de l'iris est complète, et dans les cas où les méthodes précédentes auront échoué, l'opération de la pupille artificielle doit être pratiquée. Cette opération ne doit pas être admise comme méthode générale dans le traitement des cataractes secondaires, car il vaut toujours mieux dégager, lorsqu'on le peut, la pupille normale située en face du centre de la cornée, que d'en établir une artificielle placée plus ou moins latéralement, et par conséquent plus défavorable à la vision. (*Gazette médicale de Strasbourg*, nos 7 et 8, 1857.)

En regard de ces conclusions, mettons celles qui résultent de la pratique de M. Desmarres :

1° Toute cataracte secondaire doit d'abord être opérée par extraction.

2° C'est par la cornée qu'on doit manœuvrer, et non par la sclérotique.

On réussit quelquefois, il est vrai, par l'abaissement sclérotical, mais on s'expose à de terribles mécomptes que l'on n'a jamais en opérant par la cornée : là, en effet, on dirige son incision où l'on veut, *suivant le point occupé* par les adhérences. Lâches ou serrées, ces adhérences ne peuvent résister, car c'est au dehors que la cataracte est attirée et qu'on en pratique l'ablation.

3° Quant à la pupille artificielle, on ne la pratiquera que dans les cas d'atrésie complète et ancienne de la pupille par la capsule couverte de pseudo-membranes.

Examen chimique du lait d'une femme atteinte de galactorrhée ancienne, guérie rapidement par l'huile de chènevis, par M. P. Vigier, interne des hôpitaux.

Dans ce travail qu'il a présenté à la Société de pharmacie de Paris, M. Vigier s'était proposé seulement de déterminer la composition chimique d'un liquide analogue au lait par ses propriétés physiques, et sécrété par la glande mammaire chez une femme, dans des circonstances tout à fait exceptionnelles. C'est ainsi qu'il a été amené à comparer entre eux quelques-uns des procédés si nombreux qui, à diverses époques, ont été proposés pour doser les principes immédiats du lait. Le liquide qui a servi à faire ces expériences a été fourni par une malade dont voici en quelques mots l'observation.

Obs. — G..., de Château-Landon, âgée de trente-sept ans, maigre, petite, chétive, hystérique, teint coloré, joues ridées, cheveux déjà gris, est entrée, le 18 avril 1857, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Manec. Elle est atteinte de galactorrhée intense depuis sept ans ; le sein droit seul est dur, volumineux, et laisse couler 600 à 700 grammes de lait en vingt-quatre heures ; le gauche, quoique un peu douloureux, est flasque et petit. Cette femme a une faim continuelle, et après la digestion, qui est très rapide, le lait coule en formant un jet d'un décimètre de longueur. Dans les autres moments de la journée, il tombe goutte à goutte de son sein. Plus la sécrétion est abondante et plus la faim et la maigreur augmentent ; aussi refuse-t-elle de manger des légumes, qui, dit-elle, lui font rendre beaucoup de lait.

C'est de son premier accouchement (1850) que date cette affection. A cette époque, elle perdait six à sept livres de lait par vingt-quatre heures. Elle fut obligée de nourrir son enfant au biberon, la succion lui donnant la fièvre, le délire et même des accès de folie. Elle eut ensuite deux grossesses, l'une en 1853 et l'autre en 1856, pendant lesquelles le lait ne cessa de couler ; les règles furent toujours normales. Elle essaya de nouveau de donner à teter ; mais les accès de folie et d'hystérie reparaissant, elle suspendit l'allaitement, recommença l'usage des médicaments qui, jadis, avaient été infructueux, consulta plusieurs médecins, puis, désespérée, voyant ses forces physiques et morales s'affaiblir de plus en plus, elle se rendit, en dernier ressort, à l'hôpital de la Charité, pour y demander quelque soulagement à ses souffrances.

Le liquide lactiforme, reçu dans un gobelet attaché à la ceinture, et examiné au moyen du lacto-densimètre, du microscope, du lacto-butyromètre, du lactoscope et du polarimètre, fut reconnu être du lait excellent et très propre à servir à l'allaitement, différant en cela du lait des galactorrhées, qui est ordinairement peu abondant et très faible en principes nutritifs.

Avant de procéder à une analyse exacte, il attendit que la malade fût habituée au séjour de l'hôpital : que le repos, la nourriture uniforme eussent produit sur elle leur salutaire effet. Quand il vit que le lait de tous les jours avait une identité complète de composition, il fit recueillir tout le lait qu'elle donna en vingt-quatre heures, et soumit de suite les 650 gram. obtenus, à divers genres d'expériences, pour approcher le plus possible de la vérité.

Ce lait, tout en ayant la même alcalinité, la même odeur que le lait ordinaire de femme, avait une saveur un peu plus sucrée et une couleur plus belle. Sa blancheur pouvait se comparer à celle d'un lait d'amandes léger.

Au microscope, les globules de beurre sont nettement dessinés, avec leur centre limoneux et leur bord formé par un cercle noir très régulier ; ils présentent des diamètres de 1/100 à 1/300 de millimètre. L'abondance de ces derniers a une grande influence sur la couleur de ce lait. Il n'y existe ni globules de pus, ni globules de sang, reconnaissables les uns à leur diamètre, à leur granulation et à leurs noyaux, les autres à leur aplatissement central et à leur coloration. Il ne put reconnaître non plus l'existence des cellules caractéristiques du colostrum.

La densité de ce lait, prise au moyen d'un densimètre ordinaire et du lacto-densimètre de Quevenne, fut de 1033,2, et celle du sérum de 1030.

Guidé par les conseils et l'expérience de M. Regnauld, pharmacien en chef de la Charité, M. Vigier s'est livré à de nombreuses opérations chimiques, qu'il décrit minutieusement, comme il convient d'ailleurs, et apporte le fruit de ses observations sur la valeur des divers procédés et appareils de dosage des éléments du lait, sur lesquels il existe de sérieuses dissidences entre les chimistes. Ces questions étant entièrement du ressort de la chimie, et devant être vidées par les gens du métier, nous les passons sous silence, nous bornant à faire connaître les résultats obtenus par les moyens jugés préférables par l'auteur.

Pour qu'on puisse établir une comparaison, et arriver par là à conclure que le lait d'une galactorrhée très abondante était de bonne qualité, M. Vigier a mis en regard de son analyse la moyenne de plusieurs analyses de lait normal de femme, d'un travail de MM. Filhol et Joly, couronné en 1853 par l'Académie de médecine de Belgique :

VIGIER.		FILHOL ET JOLY.	
Eau	87,750	Eau	87,46
Beurre	3,480	Beurre	4,75
Lactine	6,662	Lactine	5,91
Caséine	1,571	Caséine	0,98
Matières extractives	0,360	Matières extractives	0,88
Sels	0,177	Sels	0,21
Total	100,000	Total	100,09

La présence du glycose dans les urines des femmes en gestation et en lactation, annoncée par MM. Reveil et Blot, et contestée par M. Leconte, qui soutient que la plupart de ces urines ne réduisent pas la liqueur de Felhing, et que si, par hasard, cela a lieu, il est impossible de démontrer que la substance réductrice soit du glycose, a suggéré à M. Vigier l'idée d'examiner l'urine de cette femme, qui était en pleine lactation. Désirant savoir si la substance réductrice n'existait pas dans cette urine, il fit des essais pendant plusieurs jours, et il n'obtint jamais de précipité. Il purifia l'urine par l'acétate de plomb, précipita le plomb par le sulfate de soude : il n'y en eut pas davantage. Il examina cette urine au polarimètre, et le plan de polarisation ne fut pas dévié. Il fit plusieurs essais avec quatre fois plus de liqueur de Felhing que d'urine · il obtint chaque fois le précipité rouge brique de sous-oxyde de cuivre. Finalement, il acquit la certitude que l'urine de cette malade ne présentait pas de traces de glycose ou de la substance réductrice dont M. Reveil a constaté la présence dans l'urine des femmes en couches.

Mais il est temps de revenir à la malade. On comprend facilement dans quel état d'épuisement cette sécrétion continuelle de lait jetait cette femme, et combien elle désirait en voir tarir la source ; aussi M. Mance la soumit-il consécutivement à plusieurs modes de traitement, entre autres aux frictions avec l'huile camphrée, aux cataplasmes émollients et aux purgatifs. Mais la quantité de lait était toujours constante. Il ordonna, en dernier lieu, l'application de cataplasmes de farine de lin arrosés d'huile de chènevis ; la diminution du lait fut évidente le lendemain, et devint de jour en jour plus appréciable. L'usage de l'huile de chènevis fut suspendu pendant quelque temps, et la sécrétion augmenta rapidement ; il fut repris, elle diminua, et si bien qu'aujourd'hui elle a disparu, à la grande joie de cette femme, qui va retourner dans sa famille sous peu de jours. (*Journal de pharmacie et de chimie*, sept. 1857.)

Bons effets de l'opium à haute dose (notamment dans l'empoisonnement par les baies de bryone), par FRÉD. PRITCHARD.

L'auteur rapporte d'abord trois cas dans lesquels il a employé avec succès l'opium à haute dose. Dans les deux premiers, il avait à traiter des individus affectés d'iléus. Dans le dernier, il s'agit d'une femme chez laquelle une hernie ombilicale étranglée avait résisté au taxis et aux autres moyens habituels. Dans ces trois cas, l'auteur prescrivit quatre grains d'opium solide à prendre en une seule pilule ; la guérison suivit de très près ce traitement. Nous rapportons plus au long le dernier exemple que M. F. Pritchard cite pour démontrer les effets avantageux de l'opium à haute dose : il nous paraît intéressant, surtout parce qu'il présente une relation complète d'un fait d'empoisonnement par les baies de bryone.

OBS. — Le 22 août, à huit heures, mon assistant vint me chercher pour visiter un individu du nom de Richard Brown ; il avait reconnu qu'il était affecté de tétanos, mais il n'avait pu assigner une cause quelconque à cette affection. Il m'informa que, lors de sa première visite, il avait trouvé le patient dans un grand épuisement ; le pouls était petit, les extrémités étaient froides, et ces symptômes étaient accompagnés de convulsions tétaniques. Il avait prescrit de l'ammoniaque, de l'opium et de l'éther chlorique à hautes doses, et avait fait prendre au malade une pinte d'eau-de-vie dans l'espace de deux heures.

Quand je vis le malade, il s'était fait une certaine réaction ; le pouls était ferme, l'état de la peau amélioré ; mais les convulsions tétaniques étaient devenues plus violentes. Violent opisthotonos, le corps était complétement courbé en arc ; les yeux étaient saillants, la face et le cou livides, la respiration difficile. Muscles abdominaux fortement rétractés. En résumé, tous les muscles étaient si rigides et si tiraillés, qu'il était impossible de décrire les souffranees de ce malheureux Ajoutez à cela que, durant chaque paroxysme, son pénis devenait si turgide, et je suppose si douloureux, qu'il le serrait violemment avec sa main, et nous avions bien de la peine à le faire lâcher prise.

Je prescrivis un lavement de térébenthine et d'asa fœtida, l'inhalation de chloroforme et des frictions sur l'abdomen avec cette substance. Ces remèdes amènent une légère rémission des symptômes ; mais aussitôt que les effets du chloroforme se dissipent, les accidents reparaissent avec la même violence.

Je continuai à le visiter chaque heure, et mes assistants restèrent avec lui, lui administrant de temps en temps le chloroforme et le stimulant avec de l'eau-de-vie. A quatre heures, les convulsions paraissent sur le point d'amener la mort. Connaissant les bons effets de l'opium à haute dose dans les affections spasmodiques, je me décide à lui donner quatre grains en deux pilules dans 2 onces d'eau-de-vie. A sept heures, les convulsions commencent à s'apaiser, et à onze heures et demie elles cessent entièrement. Il sentit alors le besoin de dormir, et le matin du jour suivant il se réveilla tout à fait exempt de douleur, se plaignant seulement d'engourdissement. L'inhalation du chloroforme fut continuée jusqu'à dix heures du soir ; pendant ce temps, on en avait administré 6 onces.

Durant le samedi, il ne put répondre à aucune question, et je restai dans l'obscurité complète au sujet de la cause de sa maladie ; mais le lundi, il me raconta que le vendredi précédent il avait mangé quelques baies qu'il avait cueillies dans une haie sur le bord de la route, qu'il avait ressenti un peu de chaleur à la bouche, mais qu'il n'avait éprouvé aucun autre inconvénient.

J'envoyai dans l'endroit, et l'on y cueillit quelques baies de douce-amère et de bryone. Aussitôt que l'individu les vit, il indiqua les baies de bryone comme étant celles qu'il avait prises, et me dit qu'il en avait mangé environ trente.

Ce qu'il y a de particulier dans ce cas, dit l'auteur, c'est qu'il n'y a eu aucun phénomène d'empoisonnement avant l'attaque du tétanos. Orfila mentionne que la racine de bryone cause des vomissements, des défaillances, de vives douleurs, des évacuations alvines profuses, etc. Pye rapporte un cas funeste après l'ingestion de deux verres d'une infusion de cette racine pour traiter une fièvre. Des coliques atroces et une purgation abondante s'ensuivirent, et le patient mourut.

Je laisse à d'autres, ajoute-t-il, à juger si la guérison a été due au traitement. Les effets du chloroforme ayant eu pour résultat de relâcher les muscles, de faire cesser la roideur et la douleur, je me crois pleinement justifié d'avoir continué son emploi pendant un temps aussi long. On pourrait discuter l'administration d'une aussi forte dose d'opium ; mais, quand je vis le malade épuisé par les convulsions, et quand je me rappelai le bénéfice que j'avais tiré de cette médication dans d'autres circonstances, je résolus d'en faire l'essai dans ce cas. (*British Medical Journal*, n° 38, 19 septembre 1857.)

Sur le ralentissement du pouls dans la compression du cerveau, par C.-H. VON LENGERKE.

En examinant des chiens auxquels il avait fait une ouverture au crâne, l'auteur constata qu'une compression un peu forte du cerveau au moyen du doigt a pour effet constant un ralentissement du pouls. Ce phénomène s'expliquerait très simplement par la compression du nerf vague, qui résulte de la pression exercée sur l'encéphale. Une expérience faite récemment à l'amphithéâtre de Marbourg met en évidence cette action sur le nerf vague. On enlève une portion du crâne dans la région du sinciput, et l'on coupe la tête pour avoir sous les yeux le trou occipital. On voit alors que, lorsque le doigt appuie sur le cerveau, le cervelet est pressé très fortement contre le trou occipital : le nerf vague doit certainement être par là irrité mécaniquement. (*Arch. f. phys. Heilk.*, 1857, 1er et 2e cah.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie, t. II et III de la 2ᵉ série. 2 vol gr. in-8°, 1856 et 1857. Paris, chez J.-B. Baillière et fils.

Mémoires de la Société médicale d'observation de Paris, t. III, 1856. — **Recueil des travaux de la Société médicale d'observation de Paris,** fascicules 1ᵉʳ et 2ᵉ, 1857. Paris, chez J.-B. Baillière et fils.

Bulletins de la Société de chirurgie de Paris pendant l'année 1856-1857. Paris, chez Victor Masson.

Nos lecteurs comprendront aisément l'impossibilité de donner une analyse étendue des cinquante mémoires environ qui émanent de la *Société de biologie* et de la Société médicale d'émulation, non plus que des bulletins où sont résumés les travaux de la Société de chirurgie pour une année entière. D'un autre côté, il n'y aurait pour eux aucun avantage à ne trouver ici que de vagues aperçus, qui, pour vouloir tout embrasser à la fois, ne rendraient véritablement compte de rien et n'auraient ni le mérite de la simple analyse ni celui d'une critique motivée. Il nous a paru que, dans ces conditions, ce qu'il y avait de moins défectueux était d'indiquer d'abord le sujet de tous les mémoires, afin que le lecteur connaisse au moins les nouvelles sources d'instruction qui lui sont offertes; ensuite de résumer ceux de ces mémoires qui paraîtraient les plus intéressants ou dont le contenu ne serait pas arrivé, par les voies académiques ou autres, à la GAZETTE HEBDOMADAIRE, mais de les résumer avec quelque étendue et d'une manière vraiment profitable.

— Les travaux insérés dans les MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE sont les suivants (1) :

TOME II. — 1. Mémoire sur l'induration pulmonaire, nommée carnification congestive; par MM. Isambert et Charles Robin. — 2. Rapport sur les expériences de M. Brown-Séquard, relatives aux propriétés et aux fonctions de la moelle épinière; par M. Paul Broca. — 3. Recherches sur la voie de transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière, par M. Brown-Séquard. — 4. Recherches expérimentales sur la distribution des fibres des racines postérieures dans la moelle épinière, et sur la voie de transmission des impressions sensitives dans cet organe, par M. E. Brown-Séquard. — 5. Mémoire sur la production accidentelle d'un tissu ayant la structure glandulaire dans les parties dépourvues de glandes; par M. Charles Robin. — 6. Mémoires sur l'hématoïdine et sur sa production dans l'économie animale; par MM. Charles Robin et Mercier. — 7. Note sur des filaments floconneux de couleur orange qui se produisent dans certaines plaies récentes; par M. le professeur Zeis (de Dresde). — 8. Hémorrhagie siégeant dans la protubérance annulaire; paralysie sans convulsions; résolution des membres; mort deux heures après l'accident; par M. A. Laboulbène. — 9. Recherches sur les hydatides, les échinocoques et le cœnure, et sur leur développement; par M. C. Davaine. — 10. Recherches sur l'action des poisons sur le cœur; par M. Ad. Moreau. — 11. Note snr l'application de la glycérine à la thérapeutique externe; par M. Luton. — 12. Quelques propositions sur les fibromes, ou tumeurs formées par les éléments du tissu cellulaire, avec des remarques sur la nomenclature des tumeurs; par M. Verneuil. — 13. Gangrène du pied et de la jambe gauche; dépôts fibrineux multiples dans les reins, la rate, le foie; engorgements hémoptoïques dans les deux poumons; par M. Charcot. — 14. Note sur la composition des gaz qui infiltraient le tissu cellulaire dans un cas d'affection charbonneuse chez l'homme, et sur leur analogie avec le gaz des marais; par M. Adolphe Gubler. — 15. Recherches sur la structure des amygdales et des glandes situées sur la base de la langue; par M. C. Sappey. — 16. Paralysie des membres supérieurs seuls; conservation de la sensibilité; induration de la moelle épinière; ramollissement dans l'espace compris entre les 3ᵉ et 6ᵉ vertèbres dorsales; par M. A. Laboulbène. — 17. Description anatomique d'un veau monstrueux du genre gygomèle (famille des polyméliens); par M. Armand Goubaux. — 18. Mémoire sur la sécrétion et la composition du lait chez les enfants nouveau-nés des deux sexes; par M. Adolphe Gubler. — 19. De la cryptorchidie chez l'homme et les principaux animaux domestiques; par MM. Armand Goubaux et Follin. — 20. Recherches expérimentales sur les voies de transmission des impressions sensitives et sur des phénomènes singuliers qui succèdent à la section des racines des nerfs spinaux; par M. E. Brown-Séquard.

TOME III. — 1. Note sur l'action physiologique et thérapeutique du chlorate de potasse; par M. Isambert. — 2. Observation et réflexions sur un cas de coloration bronzée de la peau, coïncidant, chez un phthisique, avec une dégénérescence graisseuse des deux capsules surrénales; par M. Segond Féréol. — 3. Mémoire sur une affection caractérisée par des palpitations du cœur et des artères, la tuméfaction de la glande thyroïde et une double exophthalmie; par M. Charcot. — 4. Mémoire sur la mensuration de l'angle facial, des goniomètres faciaux et d'un nouveau goniomètre facial inventé par l'auteur; par M. H. Jacquart. — 5. Note sur un cas de leucocythémie; par MM. Isambert et Ch. Robin. — 6. Kyste de l'ovaire uniloculaire; ponctions antérieures; reproduction du liquide; injection iodée; réduction très grande du kyste; santé générale très bonne depuis deux ans; par M. A. Laboulbène. — 7. Mémoire sur quelques observations de physiologie pathologique tendant à démontrer l'existence d'un principe coordinateur de l'écriture, et ses rapports avec le principe coordinateur de la parole; par M. Marcé. — 8. Note sur un cas d'amputation spontanée incomplète du tronc et du cou par enroulement et striction du cordon ombilical chez un fœtus de trois mois; par M. J.-B. Hillairet. — 9. Étude physiologique des venins du crapaud, du triton et de la salamandre terrestre; par M. Vulpian. — 10. Note sur les hémorrhagies des vésicules ovariennes; par M. Charles Robin. — 11. Histoire d'un insecte de l'ordre des coléoptères qui produit une galle sur le drabo-verna; par M. A. Laboulbène. — 12. Note sur une galle du tamarix brachystylis; par M. Louis Amblard. — 13. Recherches prouvant que diverses tumeurs, dites sarcocèles du testicule, siégent dans l'épididyme; par M. Ch. Robin. — 14. Note sur les cavités caractéristiques des os, par M. Ch. Robin. — 15. Recherches sur l'anguillule du blé niellé, considérée au point de vue de l'histoire naturelle et de l'agriculture; par M. C. Davaine. — 16. Du rétrécissement aortique au niveau de l'abouchement du canal artériel; par M. Dumontpallier. — 17. Note sur l'anatomie pathologique de l'éléphantiasis des Arabes; par M. Vulpian. — 18. Études sur la monorchidie et la cryptorchidie chez l'homme; par M. Ernest Godard.

Le travail de MM. Isambert et Ch. Robin sur l'induration pulmonaire a pour but : 1° de mieux déterminer les caractères anatomiques de la lésion pulmonaire appelée *carnification*, et de les mieux déterminer surtout au moyen de l'investigation microscopique; 2° d'établir que la carnification n'est pas aussi exclusivement propre à l'enfance et à la vieillesse qu'on le croit généralement, mais qu'elle se lie *fréquemment*, chez l'adulte, aux maladies « qui amènent une grande gêne dans la circulation pulmonaire », et n'est « peut-être pas identique » avec l'inflammation chronique du poumon.

Il nous semble qu'on s'entend assez bien aujourd'hui sur les caractères *extérieurs* de la carnification pulmonaire. C'est un état dans lequel le parenchyme est dur, difficile à enfoncer avec le doigt, mais en même temps plus ou moins souple, au lieu de présenter la compacité de l'induration chronique ordinaire, dépourvu de granulations, de couleur rouge sombre ou rouge grisâtre, parfois marqué de taches noires, ayant enfin la consistance et le plus souvent l'aspect de la chair musculaire. Inutile de rappeler toutes les recherches dont ce point d'anatomie pathologique a été l'objet. Des investigations de MM. Isambert et Robin, devancés *en partie*, comme ils le rappellent eux-mêmes, par les anatomistes allemands (Voy. Bock, Lehrbuch der pathol. Anat., Leipzig, 1852), il résulterait que la carnification consiste, « 1° essentiellement dans l'interposition entre les éléments nerveux du tissu pulmonaire d'une matière amorphe de nouvelle formation; 2° successivement dans la présence de granulations d'hématoïdine provenant d'hémorrhagies interstitielles antérieures, granulations qui peuvent présenter deux dispositions principales : *a*, une infiltration générale; *b*, une disposition en amas, ou mamelons séparés par des interstices presque à l'état normal. » C'est là l'ensemble des caractères qui sont propres à la carnification; mais on comprend bien qu'ils n'appartiennent pas tous à tous les degrés de la maladie. Comme l'indique la formule de langage adoptée par les auteurs, le dépôt de la matière amorphe est le trait distinctif de ce genre de lésion;

(1) Comme le titre l'indique, les volumes contiennent aussi le *Compte rendu des séances*; mais notre analyse ne portera que sur les *Mémoires*.

les granulations d'hématoïdine n'en sont qu'un élément accessoire, quoique très important encore, et qui n'intervient que consécutivement. Déjà M. Virchow avait reconnu la présence de pigment (résultant de la transformation de l'hématine en hématoïdine) dans certains poumons indurés et d'un rouge brunâtre, ce qui lui avait fait donner à la lésion le nom d'*induration pigmentaire*, et M. Dietrich avait attribué l'induration elle-même à un accroissement de la masse du tissu parenchymenteux aux dépens de l'aire des cellules pulmonaires, sans augmentation de volume du poumon lui-même. Déjà aussi, en 1853, l'un des auteurs du mémoire, M. Robin, plus précis dans son investigation que M. Dietrich, avait reconnu sur le poumon d'un sujet mort d'un rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche une diminution des fibres élastiques normales, la présence, au milieu de celles-ci, de fibres de tissu cellulaire et d'éléments fibro-plastiques, et enfin l'interposition d'une *substance amorphe finement granulée*. Ce qui fait l'importance du présent travail, c'est d'abord la confirmation des recherches antérieures; c'est ensuite la détermination de la valeur respective des deux éléments principaux de la lésion (substance amorphe et hématoïdine), et une étude plus complète et plus profonde de sa marche et de ses progrès.

Ce mémoire contient cinq observations de carnification pulmonaire recueillies chez des individus âgés seulement de dix-huit à quarante-quatre ans. Chez quatre d'entre eux l'altération était liée à un embarras habituel de la circulation des poumons, par suite d'affection organique du cœur; et cette affection elle-même a consisté trois fois dans un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, et une fois dans une insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires droites. Chez le cinquième sujet, le cœur n'offrait que des taches opalines sur la péricarde et sur l'endocarde; les deux poumons contenaient des tubercules. Les circonstances dans lesquelles cette altération se produit assez fréquemment chez l'enfant et chez le vieillard (chez ce dernier surtout, qui la présente d'ordinaire à la suite d'une stase prolongée du sang dans le parenchyme pulmonaire), étaient de nature à faire pressentir qu'on pouvait la rencontrer également chez l'adulte; car il ne manque pas, à l'âge moyen de la vie, d'affections susceptibles d'enrayer la circulation pulmonaire. Néanmoins, jusqu'ici, la carnification pulmonaire n'avait été attribuée qu'à l'enfance et à la vieillesse. Le travail de MM. Isambert et Robin lève à cet égard toute incertitude. Il reste seulement à savoir si l'altération qu'ils décrivent est parfaitement identique, au point de vue de l'histologie, avec celle qui se présente sous les mêmes apparences extérieures aux deux périodes extrêmes de la vie. C'est un sujet de recherches qu'ils se proposent à eux-mêmes.

Quant à la question de savoir jusqu'à quel point la carnification se rapproche de la phlegmasie chronique, les auteurs ne la résolvent pas. Pour nous, nous ne pouvons que répéter ce que nous disions à ce sujet il y a un an en rendant compte d'un travail de M. Raimbert sur la pneumonie chronique (Gaz hebd. 1856, p. 655). Le *processus* morbide qui amène la formation de la carnification pulmonaire n'est pas essentiellement de nature inflammatoire, ou du moins ce n'est pas une inflammation qui est le *point de départ* de la lésion; mais nous croyons que le travail intime par lequel celle-ci s'accomplit est fort analogue, s'il n'est pas tout à fait semblable, à celui de l'inflammation; et nous invoquons, en dehors des caractères histologiques, les mouvements de fièvre qu'amène si fréquemment la stase sanguine du poumon, alors même qu'elle est le plus évidemment de nature passive.

On pourra rapprocher les altérations propres à la carnification de celles qui appartiennent à l'*infarctus hémoptoïque*, en se reportant à un de nos précédents articles où déjà nous avons dit quelques mots du travail de MM. Isambert et Robin.

(La suite au prochain numéro.)

Dr A. Dechambre.

VIII.

VARIÉTÉS.

De la réquisition des Médecins.

La Cour de cassation, dans deux arrêts, a consacré le droit de réquisition judiciaire à l'égard des médecins. Voici un article du Journal de droit criminel qui commente ces deux arrêts. Nous reviendrons sur la question.

Comment est sanctionné le devoir, pour les médecins et autres hommes de l'art, de prêter leur concours à la justice qui le requiert?

« I. Dans l'ancien droit, les experts pour vérification d'écritures pouvaient refuser leur concours, par le motif sans doute qu'il s'agissait [illegible] travail intellectuel qui ne saurait être requis avec contrainte; et [illegible] moins les médecins ou chirurgiens, s'ils refusaient le ministère [illegible] par ordonnance du juge, encouraient une répression, parfois [illegible] perte de leur état (Serpillon, *Code du faux*, p. 20-49, et *Code crim.*, [illegible] p. 407; Jousse, *Justice crim.*, t. I, p. 408; t. II, p. 43.

» La législation actuelle, loin de poser une règle précise à cet [illegible] rend difficile une solution satisfaisante en ce qu'elle contient une [illegible] dispositions diverses qui fournissent des raisons de douter plutôt que [illegible] raisons de décider. Le Code de procédure civile, après avoir [illegible] formes pour la nomination d'experts par le juge, admet qu'un expert [illegible] refuser sa mission en ne se présentant point, et, pour le cas de [illegible] négligence après serment prêté, limite la condamnation possible aux [illegible] frustratoires avec dommages et intérêts, s'il y échet (art. 316). Le [illegible] d'instruction criminelle, ayant prévu le cas de flagrant délit et [illegible] ment celui d'une mort violente ou de cause suspecte, dit que le [illegible] reur impérial se fera accompagner ou assister d'une ou de deux [illegible] de l'art, d'un ou de deux officiers de santé, qui feront leur rapport [illegible] serment, mais sans émettre ici aucune disposition coercitive ou [illegible] sive (art. 43 et 44); tandis qu'il y a des dispositions de cette [illegible] l'égard des témoins récalcitrants dans l'article 80, conférant au juge d'instruction lui-même le pouvoir de prononcer une condamnation [illegible] l'amende avec contrainte par corps, et dans les articles 304 et 355 [illegible] dant cette règle coercitive vis-à-vis des témoins cités par le [illegible] d'assises pour un supplément d'instruction, ou bien assignés pour [illegible] en cour d'assises. Le Code pénal ne comprend pas les experts [illegible] disposition qui, pour le cas de refus avec allégation d'une excuse [illegible] nue fausse, édicte contre les jurés et témoins, outre les amendes [illegible] non-comparution, un emprisonnement de six jours à deux mois (art. [illegible]); mais il ne fait aucune distinction quant aux personnes, lorsqu'il [illegible] d'une amende de police « ceux qui, le pouvant, auront refusé ou [illegible]
» de faire les travaux, le service, ou de prêter le secours dont ils [illegible]
» été requis, dans les circonstances d'accidents, tumulte, [illegible]
» inondation, incendie ou autres calamités, ainsi que dans les [illegible]
» brigandages, pillages, flagrant délit, clameur publique ou [illegible]
» judiciaire (art. 475, n° 12). » Enfin le décret du 8 juin 1811, [illegible] les différentes opérations médicales avec transport judiciaire, [illegible] experts sur la même ligne et ne leur accorde que des émoluments [illegible] fisants, qui sont parfois inférieurs à leurs déboursés, tandis que [illegible] cas demandent toutes les ressources de la science et obligent à [illegible] des médecins renommés, pour qui le déplacement est aussi diff[illegible] coûteux (voyez les art. 16, 17, 19, 24, 25, 90, 91, 96, et [illegible], *Frais de justice*, p. 41 et 44).

» De là quelques exemples d'hésitations et même de refus [illegible] d'injonctions persistantes et même de poursuites à fin de répression [illegible] qui nécessite une décision en principe.

» II. Pas plus que les experts en écritures, les médecins ou chirurgiens ne peuvent être assimilés aux témoins et contraints ou punis, soit en vertu de l'article 80 du Code d'instruction criminelle ou des art. [illegible] et 355, soit par application de l'article 236 du Code pénal. Il y [illegible] plusieurs raisons. Le témoin est indiqué par les circonstances du [illegible] par l'instruction; la déposition de tel témoin peut être absolument [illegible] saire; elle ne demande pas un travail intellectuel : il y a donc [illegible] judiciaire et légale, sans aucun obstacle de droit ou de convenance, [illegible] les moyens coercitifs et répressifs vis-à-vis du témoin proprement [illegible] Quant à l'expert, c'est le choix du juge qui l'appelle; à défaut de [illegible] personne, on peut employer telle autre, dont l'état fait présumer une capacité suffisante. Sans doute, il y a des cas où l'on doit appeler un [illegible] teur en médecine ou en chirurgie, au lieu d'un simple officier [illegible] où les connaissances spéciales de tel docteur doivent le faire [illegible] d'autres; mais la présomption est que le juge aura toujours à sa [illegible] tion un expert suffisamment instruit et consciencieux, et la garantie [illegible] justice se trouve dans le devoir moral que comprennent [illegible]

ceux auxquels elle s'adresse, sans parler de leur intérêt et du tort que leur ferait un refus sans cause légitime. Comment, d'ailleurs, employer la contrainte pour un travail d'intelligence ou une opération scientifique, pour obtenir un avis ou une opinion qui n'ont de valeur qu'autant qu'il y a eu pleine liberté? Et puis, le législateur eût-il pu autoriser ici la contrainte et à punir le refus, toujours est-il qu'il ne l'a fait par aucune disposition pareille à celles qui concernent les témoins. Telle est la doctrine généralement admise et enseignée, sans qu'aucun arrêt ait jugé le contraire (voy. *Journal du droit criminel*, art. 859 et 962; *Théorie du Code pénal*, t. IV, p. 425; Mangin, *Instruction criminelle*, t. I, n° 86; Duverger, *Manuel du juge d'instruction*, t. II, p. 89; Devergie, *Traité de médecine légale*, t. I, p. 8; Trébuchet, *Jurisprudence de médecine*, p. 9).

» III. Les raisons qui ont déterminé le législateur à ne pas comprendre les experts dans l'article 80 ne devraient-elles pas aussi leur rendre inapplicable l'article 475, n° 12? C'est l'avis des auteurs de la *Théorie du Code pénal*, qui soutiennent que cette dernière disposition a seulement en vue un concours matériel; qu'elle ne peut pas s'appliquer au concours intellectuel, qui doit être libre et qui est rarement d'une urgence extrême (t. VIII, p. 392). Ajoutons qu'il serait étrange, quand le juge d'instruction et le président de la Cour d'assises n'ont pas de pouvoir vis-à-vis des experts refusant leur concours, de considérer comme obligatoire avec sanction pénale la réquisition de tout officier de police administrative ou judiciaire; et qu'une poursuite en simple police est peu en rapport avec l'infraction, si l'on suppose qu'un médecin a manqué aux devoirs moraux et légaux d'une profession de cette importance, car il est certain que l'article 475 ne peut jamais être appliqué par le juge d'instruction ou le président d'assises (Duverger, t. I, p. 437). La jurisprudence elle-même a reconnu que notre législation pénale n'a pas de dispositions contre un refus inhumain, tel que celui d'une sage-femme appelée pour l'accouchement d'une indigente (Cour de cassation, 4 juin 1830) et celui d'un aubergiste chez qui la gendarmerie avec le maire conduisait un homme atteint d'une congestion cérébale pour lui faire donner les premiers secours (rejet, 17 juin 1853; *Justice criminelle*, art. 5581). Mais la Cour de cassation applique l'article 475 à toutes les personnes, même aux médecins appelés comme experts, dès qu'il y a l'une des circonstances ici prévues, et spécialement celle de *flagrant délit*. Un premier arrêt, se fondant uniquement sur le texte, a déclaré passible de la peine de police un officier de santé chirurgien qui n'avait pas déféré à la réquisition à lui faite par le maire pour qu'il visitât le cadavre d'un homme pendu (Cour de cassation, 6 août 1836; *Justice criminelle*, art. 1912). Un arrêt récent a jugé l'article 475 inapplicable, parce qu'il n'a pas considéré comme rentrant dans ses prévisions la mort accidentelle à l'occasion de laquelle un médecin avait été requis par le commissaire de police, qui ne demandait que la constatation du décès (rejet, 18 mai 1855; *Justice criminelle*, art. 6260). Les deux arrêts que nous recueillons appliquent cette disposition pénale dans des cas de blessures et de découverte d'un cadavre qui ont paru constituer le flagrant délit. »

ARRÊT (Ministère public contre Cayet). — LA COUR : —vu l'article 475 du Code pénal,— attendu que cet article punit d'une amende de 6 à 10 francs ceux qui, le pouvant, auront refusé ou négligé de faire les travaux, le service, ou de prêter le secours dont ils auront été requis, dans les circonstances d'accidents, tumultes, naufrage, inondation, incendie ou autres calamités, ainsi que dans le cas de brigandage, pillage, flagrant délit, clameur publique ou d'exécution judiciaire; — qu'il résulte du procès-verbal du commissaire de police que cet officier de police judiciaire a requis le sieur Cayet, officier de santé, de l'accompagner dans un cas de flagrant délit, pour apprécier la nature et les circonstances d'une blessure faite au nommé V. Marchand; que cette réquisition, faite en vertu des articles 43 et 50 du Code d'instruction criminelle et dans l'un des cas prévus par l'article 475, n° 12 du Code pénal, imposait à l'homme de l'art auquel elle était adressée l'obligation de prêter son concours, dans l'intérêt de la justice, aux opérations qui en étaient l'objet, à moins qu'il ne justifiât d'une impossibilité personnelle d'y obtempérer; — que le jugement attaqué ne constate aucune impossibilité de cette nature; qu'il se borne à déclarer que l'article 475, n° 12, n'est pas applicable au cas ou un homme de l'art est requis pour apprécier la nature et les circonstances d'un crime ou délit, et que c'est par suite de cette interprétation qu'il a renvoyé le sieur Cayet des fins de la poursuite; — que, par là, ce jugement a commis une violation formelle de l'article 475, n° 12, qui comprend le flagrant délit parmi les cas qu'il a énumérés; — casse.

Du 20 février 1857. — Cour de cassation. — M. F. Hélie, rapporteur.

ARRÊT (Ministère public contre Lannégrie). — LA COUR : — vu l'article 475, n° 12, du Code pénal; — attendu que cette disposition punit d'amende, depuis 6 jusqu'à 10 francs inclusivement, ceux qui, le pouvant, auront refusé de faire le service ou de prêter le secours dont ils auront été requis dans le cas de flagrant délit; — et attendu, dans l'espèce, qu'il résulte d'un procès-verbal régulier et du jugement énoncé qu'Étienne Lannégrie, docteur en médecine, fut requis, le 23 octobre dernier, par le commissaire de police des ville et canton de Morlaix, d'accompagner cet officier de police judiciaire, à l'effet de constater l'état d'un cadavre qui venait d'être trouvé sur le bord de la mer, et d'en faire son rapport pour être adressé au procureur impérial; que cette réquisition était aussi légale et aussi obligatoire, selon les articles 32, 43, 49 et 50 du Code d'instruction criminelle, que si elle avait été faite par le procureur impérial, puisqu'elle avait pour cause un cas de flagrant délit; — que ledit Lannégrie, qui refusa d'y obtempérer, ne pouvait être affranchi de la peine par lui encourue, que dans le seul cas où le tribunal saisi de la prévention aurait, d'après la preuve de ce fait, produite devant lui, déclaré en termes formels qu'il avait été réellement dans l'impossibilité d'y obéir; qu'en le relaxant de la poursuite, notamment par les motifs qu'il n'avait pas accepté la fonction qu'on voulait lui confier, et que le service était réclamé de lui dans un cas d'accident individuel et privé, déjà accompli, qui n'affectait point l'ordre public ni la sécurité des citoyens, le susdit jugement a commis un excès de pouvoirs, faussement interprété, et, par suite, violé expressément l'article 475, n° 12, du Code pénal; — casse.

Du 20 février 1857. — Cour de cassation. — M. Rives, rapporteur.

COUR IMPÉRIALE D'AMIENS (chambre correctionnelle).

« L'individu condamné par un tribunal correctionnel pour blessures par » imprudence peut être, pour le même fait, et sur l'appel *a minima* » du ministère public, déclaré coupable par la Cour impériale d'ho» micide par imprudence, lorsque la victime vient à décéder avant » l'arrêt de la Cour. »

Cet arrêt vient d'être rendu contre M. Chevalier, pharmacien à Amiens, qui avait été poursuivi devant le tribunal de cette ville, comme ayant exercé illégalement la médecine et occasionné des accidents graves en cautérisant une plaie.

M. Heyfelder, chirurgien en chef du premier hôpital de Saint-Pétersbourg, est arrivé à Munich, pour s'informer de l'état du département de santé de l'armée bavaroise.

— Par décrets des 10 et 17 octobre, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Officiers. — MM. Guérin, médecin-major de 1re classe au régiment d'artillerie à pied de la garde impériale; Habaïby, médecin-major de 1re classe au 1er régiment de cuirassiers de la garde impériale; Becœur, médecin-major de 2e classe au régiment des guides de la garde impériale.

Chevaliers. — MM. Ruëf, médecin des établissements charitables de Strasbourg; Bonino, médecin major de 2e classe au 64e de ligne; Larivière, médecin-major de 2e classe au 6e de lanciers; Barreau, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital de Metz; De Guillin, médecin-major de 1re classe au 2e régiment de voltigeurs de la garde impériale; Aubert, médecin aide-major de 1re classe au 3e régiment de voltigeurs de la garde impériale; Costa, médecin aide-major de 1re classe au 4e régiment de voltigeurs de la garde impériale; Mouillac, médecin aide-major de 1re cl. au 2e régiment de cuirassiers de la garde impériale; Robert, médecin aide-major de 2e classe au régiment de lanciers de la garde impériale; Lisse, pharmacien aide-major de 1re classe.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

ABEILLE MÉDICALE. — N° 26. Artériotomie dans l'apoplexie, par *Delfraysse*.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Octobre. De la *spedalsked* et de la *radezyge*, et considérations sur la lèpre, par *Delioux de Savignac*. — Thrombose et embolie, par *Lasègue*. — Coloration partielle de la peau en noir ou en bleu chez les femmes, par *Leroy de Méricourt*. — Épanchements dans la tunique vaginale métastatiques des inflammations de l'arrière-bouche, par *A. Verneuil*.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 15 septembre. Accidents consécutifs à l'application des sels de plomb sur la muqueuse buccale, par *Delioux*. — Traité des abcès par congestion, par *Pain* — Propositions sur la fièvre typhoïde, par *De Larue*. — 30 septembre. Saignée dans la grossesse, par *Silbert*. — Des cachexies par *Forget*. — Nouveaux moyens pour la réunion immédiate, par *Bouisson*.

ÉCHO MÉDICAL DE PARIS. — N° 37. Relation chirurgicale, etc. (suite). — Concrétions fibrineuses, etc. (suite). — 38. Ostéomyélite des amputés (suite).— 39. *Idem*. — Concrétions fibrineuses (suite).

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — N° 38. Sur la myocardite (suite). — 39. Influence de la taille sur la capacité vitale, par *Schnepf*. — Paralysies dynamiques (suite). — 40. Myocardite (suite). — Section sous-cutanée de l'enveloppe fibreuse et de la cloison des corps caverneux, pour remédier à un vice de conformation de la verge, par *Bouisson*.

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — N° 8. Tournis (suite). — Endocardite chez une vache, par *Boizy*.—Traitement de la pousse par l'arsenic, par *Ledru*.— Contagion de la fièvre aphtheuse, par *Donnarieix*. — Inoculation du typhus du bœuf, par *Prangé*. — Injections iodées, par *Verrier*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 15 septembre. Leçons sur la scrofule, par *Bazin*. — 30 septembre. Dilution des doses comme principe de thérapeutique. — Syphilisation en Norwége, par *Guérault*.

GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE. — N° 9. Hernie étranglée, testicule dans l'abdomen, par *Andréini*. — Maladies de l'armée d'Orient, par *Cazalas*. — Prostitution en Algérie, par *Bertherand*. — Ivresse par le kiff, par *Bertherand* et *Latour*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 17. Sur le scorbut, par *Lavirotte*. — Immobilité, etc., dans la maladie de Pott (fin), par *Gillebert-d'Harcourt*. — Mécanisme de l'excrétion urinaire, par *Bron*. — Plaie de l'avant-bras, par *Bomhacourt*. — 18. Hernie étranglée tardivement reconnue, par *Fasset*. — Remarques sur le scorbut, par *Lavirotte*.

GAZETTE MÉDICALE D'ORIENT. — N° 6. Éthérisation au point de vue de la responsabilité médicale. — Scorbut dans l'escadre française de la mer Noire, par *Arnaud*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 9. Influence exercée par les médicaments sur la glycogénie, par *L. Coze*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Septembre. *Roetheln* des Allemands (suite). — Clinique obstétricale & des anesthésiques, par *Jeannel*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — 15 septembre. Sur les épulies, par. *L. Saurel*. — Eau minérale de Velleron contre les fièvres intermittentes, par *Cade*. — Sur le sous-nitrate de bismuth, par *Lazowski*. — 30 septembre. Affection tuberculeuse du testicule, par *Bouisson*. — Atalie supprimée par l'éthérisation de l'utérus, par *Ch. Saurel*. — Sur les épulies (suite), par *L. Saurel*.

UNION MÉDICALE DE LA GIRONDE. — Septembre. Complications des fractures des membres (suite). — Gastralgie enzootique chez le cheval, par *Dupont*. — De la blennorrhagie, par *Buisson* et *Perrens*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 11° livraison. Sur les constitutions pathologiques régnantes, par *Boens*. — Bains de vapeur térébenthinée, par *Munaret*.

ÉCHO MÉDICAL (Suisse). — N° 9 (20 septembre). Arthropyosis de l'épaule : réflexions sur la résorption purulente, par *Delaharpe*. — Eaux de Schweizerhalle, par *Boley*. — Fissures à l'anus, suite d'accouchement précipité, par *Burnier*.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT F. PSYCHIATRIE. — Août 1857. Deux cas de monomanie homicide, avec épicrise, par *Delbrück*. — La maison de fous, un monde en petit, et le monde, une maison de fous en grand, par *Schwartz*.

DEUTSCHE KLINIK. — N°° 35 et 36. — 35. Expériences sur les effets de l'acétate de cuivre et de quelques autres sels de cuivre à acide organique, par le professeur *Falck*. — Cas d'invagination, élimination d'une portion d'intestin de 32 pouces de longueur, guérison, par *Frommann*. — 36. Sur la mélanose du poumon, par *Oppert*.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT F. D. STAATSARZNEIKUNDE. — 10° vol., 2° cahier. — L'enfance de l'homme, contribution à l'anthropologie et à la psycologie, par *O. Heyfelder*.

MONATSSCHRIFT F. GEBURTSKUNDE. — Août 1857. Le céphalotribe perforateur, par *Cohen*.

ŒSTERREICH. ZEITSCHRIFT. — N°° 34 et 37. — 34. Sur le typhus dans ses rapports avec le développement et la marche des troubles psychiques, par *L. Schlæger*. — 35. Sur le cathétérisme, par *J. Flœgel*. — 36. Sur le diabète insipide. — 37. Anévrysme de l'aorte thoracique et abdominale ; — cas d'hygromacystique de la rotule guéri par la glycérine iodée, par *Eder*.

WIENER MEDIZIN. WOCHENSCHR. — N° 35. Sur la position des viscères abdominaux (suite), par le professeur *Engel*.

WIENER MEDIZIN. WOCHENSCHR. — N° 38. Sur l'emploi du tampon de caoutchouc du professeur Braun, par le professeur *Weber*.

ZEITSCHRIFT F. DIE STAATSARZNEIKUNDE. — 1857, 3° cahier. — Sur l'empoisonnement par le plomb, par *R. Biedermann*. — Examen d'un pain supposé falsifié et de la farine du marchand, par *Dolscius*. — Réflexions sur cette question : Vivre et respirer, est-ce la même chose, au point de vue médico-légal, dans l'infanticide? par *K. Schreiber*.

BRITISH MEDICAL JOURNAL. — N° 36. Travail de l'accouchement avec oblitération du col, par *Mayne*.— Cathétère pour les cas de rétrécissement extrême, par *H. Thompson*. — Cas de hernie étranglée, par *Draper Mackinder*. — 37. Cathétère, etc., par *Thompson*. — Abcès péri-utérin ouvert dans la vessie, par *Melland*.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL — Septembre. Excision de la clavicule, par *Syme*. — Sur la saignée et les antiphlogistiques, par *Gairdner*. — Réponse, par *Bennett*. — Bubon (?) dans l'abdomen, par *Furneaux Jordan*. — Empoisonnement par l'ammoniaque liquide, par *Patterson*. — Cas heureux de staphyloraphie, par *J. Young*. — Choléra de Varna, par *G. Mackay*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N° 371. Cas de mort par l'amylène, par *Snow*. — Hypertrophie du ventricule gauche du cœur dans ses rapports avec les maladies de l'aorte, par *Kirkes*. — 372. Expectoration d'hydatides, par *A. Learcd*. — Développement du thymus dans ses rapports avec la mort subite chez les enfants, par *W. Pretty*. — Luxation des vertèbres cervicales, par *C. Williams*. — 373. Opération pour un cas de paupière fendue, par *Wharton Jones*. — Hérédité du cancer et autres altérations, par *J. Paget*. — Cas de paralysie graduelle, guérison, par *H. C. Rose*. — 374. Plaie de l'artère poplitée, par *Wordsworth*.

THE DUBLIN QUARTERLY OF MEDICAL SCIENCE. — Août. De la fièvre puerpérale, par *Murphy*. — Sur l'inflammation de la prostate, par *Hawkesworth Ledwich*. — Histoire naturelle de la syphilis, par *W.-H. Porter*. — Hyperesthésie de l'œil dans l'ophthalmie scrofuleuse, par *H. Thorp*. — Cas de rhinoplastie, par *Hamilton*. — Sur l'écrasement linéaire, par *O'Doherty*. — Nature et traitement du tétanos, par *H. Hobart*.

Livres.

CONSIDÉRATIONS HISTORIQUES, THÉORIQUES, PRATIQUES ET CRITIQUES SUR LA FIÈVRE JAUNE, par le docteur *Carlos Valdès y Martinez*. In-8 de 128 pages. Paris, Ad. Delahaye. 1 fr. 50

ÉTUDES SUR LE SANG DANS L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE ET L'ÉTAT PATHOLOGIQUE, par *Max. Parchappe*. Premier et deuxième mémoires. In-8 de 68 pages. Paris, chez J.-B. Baillière et fils.

DE LA CAUSE IMMÉDIATE ET DU TRAITEMENT SPÉCIFIQUE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE ET DES MALADIES TUBERCULEUSES, par le docteur *J. Francis Churchill*. In-8 de xx-256 pages. Paris, Victor Masson. 5 fr.

DE LA SAIGNÉE DANS LA GROSSESSE, Études pratiques sur la valeur des émissions sanguines et sur leur application aux divers ordres d'accidents pathologiques qui peuvent affecter les femmes enceintes, par le docteur *P. Silbert* (d'Aix). In-8 de xiij-224 pages. Paris, 1857. Victor Masson. 4 fr. 50

DES DYSPEPSIES, par le professeur *Chomel*. 1 vol. in-8 de 327 pages. Paris, 1857. 6 fr.

DES ÉVACUATIONS SANGUINES DANS LES MALADIES FÉBRILES, par M. le docteur *Amédée Aillaud*. Mémoire couronné par l'Académie royale de médecine de Belgique. Grand in-4 de 77 pages. Bruxelles, 1857.

LEÇONS SUR LA PHYSIOLOGIE ET L'ANATOMIE COMPARÉE DE L'HOMME ET DES ANIMAUX, faites à la Faculté des sciences de Paris, par *H. Milne Edwards*. Tome II, deuxième partie, complétant la respiration. Grand in-8, pages 341 à 655 et dernière. Paris Victor Masson. 4 fr.

Nota. — Le tome III est sous presse ; la première partie, comprenant l'histoire de la circulation, paraîtra en février 1858.

RELATION MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA CAMPAGNE D'ORIENT, du 31 mars 1854, occupation de Gallipoli, au 6 juillet 1856, évacuation de la Crimée, par le docteur *G. Scrive*. In-8 de 487 pages. Paris, Victor Masson. 7 fr. 50

TRIBUT A LA CHIRURGIE, ou Mémoires sur divers sujets de cette science, par le professeur *E.-F. Bouisson*. Tome Ier. 1 vol. in-4 de x-564 pages, avec 11 planches. Paris, 1857. J.-B. Baillière et fils. 12 fr.

BEITRÆGE ZUR PATHOLOGIE DES AUGES (*Contributions à la pathologie de l'œil*), par *E. Jæger*. Troisième livraison in-fol. Vienne, Seidel. 21 fr. 50

DIE KUNSTGERECHTE ENTFERNUNG DER EINGEWEIDE DES MENSCHL. KÖRPERS (*Exenteratio viscerum*), par *G. Valentin*. In-8. Francfort, Meidinger et fils. 2 fr

DIE HEILGYMNASTIK ODER DIE KUNST DER LEIBESUEBUNG (*La gymnastique médicale*, par *A.-C. Neumann*. Deuxième édition. In-8. Leipzig, Fœrstner. 11 fr. 50

KRÆTZE ET RAEUDE, entomologisch und klinisch bearbeitet (*La gale au point de vue entomologique et clinique*), par *A.-C. Gerlach*. In-8. Berlin, Hirschwald. 7 fr. 25

MATERIA MEDICA DER REINEN CHEMISCHEN PFLANZENSTOFFE, par *W. Reil*. In-8. Berlin, Hirschwald. 8 fr.

LATEINISCH-DEUTSCHES WŒRTERBUCH FUER MEDICIN UND NATURWISSENSCHAFTEN (*Dictionnaire latin-allemand de médecine et des sciences naturelles*), par *E. Gebler*. Grand in-8. Berlin, Peters. 8 fr

A SYSTEM OF PRACTICAL SURGERY (*Chirurgie pratique*), par *W. Fergusson*. Quatrième édition. In-12 de 840 pages. Londres, Churchill. 17 fr. 50

ENGLAND AND FRANCE BEFORE SEBASTOPOL LOOKED AT FROM A MEDICAL POINT OF VIEW (*L'Angleterre et la France devant Sébastopol, au point de vue médical*, par *Charles Bryce*. In-8 de 124 pages. Londres, J. Churchill. 8 fr. 40

HUMAN OSTEOLOGY, comprising a Description of the Bones, with Delineations of the Attachments of the Muscles, the General and Microscopic Structure of Bone and its Development (*L'ostéologie humaine*, comprenant une description des os, etc., par *Luther Holden*. Deuxième édition. In-8 de 280 pages. Londres, Churchill. 22 fr 40

MAN, HIS STRUCTURE AND PHYSIOLOGY, popularly explained and demonstrated (*L'homme, sa structure et sa physiologie*), par *R. Knox*. In-8 de 162 pages. Londres, H. Baillière. 11 fr.

PATHOLOGICAL AND PRACTICAL OBSERVATIONS (*Observations pathologiques et pratiques sur les maladies du canal alimentaire, de l'œsophage, de l'estomac, du cœcum et des intestins*), par *S.-O. Habershon*. In-8 de 390 pages. Londres, Churchill. 11 fr. 70

PRONE AND POSTURAL RESPIRATION IN DROWNING AND OTHER FORMS OF APNŒA OR SUSPENDED RESPIRATION (*Position à donner aux noyés et aux asphyxiés*, par *Marshall-Hall*, édité par son fils. In-8 de 200 pages. Londres, Churchill. 7 fr.

THE ANATOMIST'S WADE-MECUM, A SYSTEM OF HUMAN ANATOMY (*Le vade-mecum de l'anatomiste, un système d'anatomie humaine*), par *E. Wilson*. Septième édition. 738 pages. Londres, J. Churchill. 17 fr. 50

THE SCIENCE AND ART OF SURGERY (*La science et l'art de la chirurgie*, traité sur les maladies et les opérations chirurgicales), par *J. Erichsen*. Deuxième édition, considérablement augmentée ; 1040 pages. Londres, Walton et Maberly. 35 fr.

THE SUCCESSFUL TREATMENT OF SCARLET FEVER (*La guérison de la fièvre scarlatine, avec des observations sur la pathologie et le traitement de la respiration croupale chez les enfants*), par *P. Hood*. In-8 de 204 pages. Londres, Churchill. 7 fr

URINARY DEPOSITS : THEIR DIAGNOSIS, PATHOLOGY, AND THERAPEUTICAL INDICATIONS (*Les dépôts urinaires : leur diagnostic, leur pathologie et leurs indications thérapeutiques*), par *Golding Bird*. Cinquième édition, éditée par *Edmond Lloyd Birkett*. Londres, Churchill. 14 fr. 70

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 30 OCTOBRE 1857. — N° 44.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté, en date du 23 octobre 1857, M. COZE (Jean-Baptiste-Rosier), doyen et professeur de matière médicale et de pharmacie de la Faculté de médecine de Strasbourg, est, sur sa demande, mis en congé de disponibilité

— M. EHRMANN, professeur d'anatomie et d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Coze.

— M. COZE (Pierre-Léon), agrégé près de la Faculté de médecine de Strasbourg, est chargé du cours de matière médicale et pharmacie, pendant la durée du congé accordé à M. Coze (Jean-Baptiste-Rozier.)

— Par arrêté en date du 29 octobre 1857, S. Exc. M. le ministre de l'instruction publique et des cultes a nommé M. MORLOT, professeur adjoint de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, professeur titulaire de clinique interne de ladite École, en remplacement de M. le docteur Salgues, décédé.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 29 octobre 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS.

Le champ est vaste à qui veut énumérer les difficultés d'une bonne statistique des causes de décès, même en n'attachant cette qualité de *bonne* qu'à la constatation des causes *principales*. On établit sans peine que tous les systèmes se heurtent et se heurteront à des obstacles considérables et inhérents à la nature même des choses. La liste sera entachée d'erreurs de diagnostic, surtout en ce qui concerne la population des campagnes, où aux obscurités ordinaires de la science, au défaut de vérification anatomique, viendront se joindre les incertitudes résultant d'un appel tardif des secours de l'art ou

FEUILLETON.

Quelques objets d'art intéressant la médecine.

La dernière exposition des Beaux-Arts au palais de l'Industrie, où la médecine figurait à divers titres ; l'exposition plus récente des envois de Rome et des prix de l'École des beaux-arts, qui, entre autres choses susceptibles d'éveiller notre curiosité, contenait les plans de deux projets de Faculté de médecine ; l'inauguration de la statue de Bichat et celle de la statue de Geoffroy Saint-Hilaire : voilà une assez belle pâture pour le feuilleton. Mais les notes recueillies à l'exposition générale sont si vieilles, que nous nous décidons héroïquement à en sacrifier la majeure partie. Il est même probable que, sans l'occasion offerte par les autres exhibitions, elles auraient été à tout jamais perdues pour l'art et la littérature ; quant aux sujets de prix, aux envois et statues, on en dira ici tout ce qui pourra passer par la fantaisie d'une critique novice et des plus incompétentes.

M. Matout a exposé cette année les deux pendentifs qui doivent compléter la décoration du grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. On sait que le centre de la décoration est occupé par une vaste toile carrée qui figurait au salon de 1853, et qui représente *Ambroise Paré pratiquant pour la première fois la ligature des artères après l'amputation*. Les deux pendentifs ont pour sujet : celui de gauche (pour le spectateur), *Lanfranc ouvrant dans l'église Saint-Jacques la Boucherie les premiers cours de chirurgie qui aient été faits en France* ; celui de droite, *Desault instituant la première clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Paris*. Un écrivain de goût, M. Maximin Legrand, a déjà fait remarquer dans l'UNION MÉDICALE que ce choix de trois sujets chirurgicaux n'a rien de flatteur pour la médecine. Cette prédilection aurait pu trouver une excuse dans les exigences de l'art, si l'artiste avait représenté dans ses trois tableaux la chirurgie en action, qui se prête beaucoup mieux qu'un sujet de médecine proprement dite aux effets de composition ; mais il n'en est pas ainsi pour l'un des tableaux, pour le *Lanfranc*, où l'on ne voit en réalité qu'un professeur donnant la leçon.

de visites trop rares. Beaucoup d'individus continueront à succomber sans avoir appelé le médecin (suivant une lettre insérée dans la Gazette des hôpitaux, cette catégorie compterait, dans certaines localités, pour un tiers ou plus de la totalité des décès). La diversité des doctrines médicales, des appréciations personnelles, du langage scientifique, se reflétera d'une manière fâcheuse dans les bulletins, et la désignation de la cause de mort flottera souvent au hasard des lieux et des personnes. L'esprit d'indifférence atteindra presque nécessairement une œuvre confiée à seize ou dix-sept mille mains à la fois. Beaucoup de praticiens répugneront à écrire quelque part, même sur un bulletin secret, le nom de la maladie qu'ils auront soignée, non pas seulement en cas de maladie honteuse, mais en cas d'une de ces affections constitutionnelles qu'il importe aux familles de dissimuler, telles que la syphilis ou les scrofules. On peut ajouter que les essais tentés depuis le congrès de statistique de 1855 sur des bases longuement discutées, donnent encore (si l'on en juge notamment par les statistiques anglaises, qui passent souvent sous nos yeux) des résultats parfois singuliers et capables d'inspirer de la défiance.

Voilà donc bien des chances d'imperfection qui attendent l'œuvre pour laquelle le gouvernement demande l'assistance de l'Académie. A parler franchement, nous conservons à cet égard, même après le remaniement des conclusions, plus d'inquiétude que la commission n'en paraît avoir. Et pourtant, nous nous demandons si la difficulté est assez grande pour rendre absolument vaine toute tentative nouvelle. Y a-t-il quelqu'un qui ose affirmer qu'une statistique des décès soit impossible à tous les degrés, et qui ose conseiller à la France de laisser désormais disparaître sa population sans s'informer des maladies qui l'emportent? Nous ne connaissons personne qui ait encore atteint ce radicalisme d'opposition. Dans cette situation, le rôle de l'Académie, de la presse, des médecins, est tout tracé; il est tel que l'a indiqué M. le président: c'est de répondre sérieusement à l'ouverture du ministre; c'est de rechercher avec lui les moyens de réaliser le moins imparfaitement possible une intention excellente, et d'améliorer encore une œuvre déjà moins vicieuse qu'elle n'était autrefois.

Quant à savoir quel parti l'hygiène publique pourra tirer de ce travail, c'est une question bien naturelle, mais dont l'Académie, à notre sens, n'a pas à se préoccuper beaucoup. Que la statistique parvienne à établir avec quelque certitude le rôle des principales maladies dans la mortalité, suivant les lieux, suivant les saisons, suivant les âges, suivant les professions; qu'elle permette, par une longue suite de relevés annuels, de savoir si la distribution des causes de décès varie dans un même lieu avec le temps, c'est-à-dire avec les changements que le temps apporte dans les conditions d'existence des populations, et la statistique aura rendu un signalé service, dont profitera tout d'abord la science, envers qui l'on est trop exigeant quand on ne l'accueille que pour son utilité pratique. Après la science, l'étiologie pathologique et la prophylaxie auront vraisemblablement leur tour.

La question soumise à l'Académie s'offre sous deux points de vue distincts. En premier lieu, il faut savoir jusqu'à quel point l'état actuel de la science se prête à la constatation des causes de décès; il faut ensuite rechercher les meilleurs moyens d'arriver à cette constatation. C'est ce qu'exprimait M. le rapporteur en disant qu'il fallait distinguer dans cette question, comme l'a fait d'ailleurs implicitement la lettre ministérielle, la possibilité scientifique et la possibilité pratique.

Au point de vue scientifique, et en négligeant pour un moment toute difficulté d'un ordre différent, il n'est pas douteux qu'on ne puisse *le plus ordinairement* reconnaître les causes de décès. Il n'est pas difficile, sauf exception, de savoir si un sujet est mort de pneumonie ou de phthisie, d'affection du cœur ou d'affection du cerveau, de hernie ou de suite de couches; il l'est encore moins de reconnaître, aux termes d'une autre classification, si la maladie qui a amené la mort appartenait à la classe des affections pyrétiques continues, à celle des fièvres intermittentes, à la syphilis, aux scrofules, etc. Se représente-t-on, d'ailleurs, la figure d'une Académie allant confesser devant le ministre, dans un document officiel, que les médecins ne savent pas, le plus souvent, de quoi meurent leurs clients : ce qui équivaudrait à dire qu'ils ne savent pas de quoi leurs clients sont malades, et, de conséquence en conséquence, qu'ils les traitent à l'aveuglette! Au congrès de statistique, il ne manquait pas de membres dominés par l'appréhension des embarras qui allaient naître de l'imperfection de la nosologie; et néanmoins, quand la commission fut réunie, que les préoccupations de système furent écartées, qu'on s'aborda enfin sur le terrain des faits, les commissaires, appartenant, comme le fit remarquer alors M. Parchappe, à sept nationalités distinctes, parlant six langues différentes, tombèrent d'accord *à l'unanimité* sur la formation d'une liste de causes des décès. On a parlé des erreurs de diagnostic commises par les concurrents au bureau central des hôpitaux; mais ce n'est pas dans les ca[illegible]

Nous ne savons si M. Matout a composé le *Desault* après le *Lanfranc*; dans ce dernier cas, on pourrait dire qu'il a été en progrès continu du commencement à la fin de son œuvre, tant sous le rapport de la conception que sous celui de l'exécution. Le moins bon des trois tableaux est assurément l'*Ambroise Paré*, et c'est le *Desault* qui nous paraît être le meilleur. Mais nous n'avons à nous occuper aujourd'hui que de ceux qui ont figuré à la dernière exposition.

Les *panaches*, en raison de leur forme triangulaire, ne sont pas, en général, favorables à la distribution d'un sujet. M. Matout a tiré un très bon parti de ceux dont il disposait. L'objet principal de la scène, placé assez près du côté vertical du triangle, là où l'espace a le plus de hauteur, attirerait par cela même les yeux, quand l'artiste n'aurait pas pris soin de la détacher du reste de la composition ; et il y a une sorte d'harmonie naturelle entre la réduction graduelle de l'espace jusqu'à la pointe du triangle et la perspective de plus en plus éloignée dans laquelle se perdent les auditeurs.

Dans le panache de gauche, Lanfranc, debout dans une [illegible] tient à la main droite un crâne qu'il montre à l'assemblée : [illegible] donc, selon toutes les apparences, une démonstration d'ost[illegible]. Or, disons-le tout de suite, cet acte capital ne répond pas [illegible] au sujet indiqué par le livret, et qui, conformément à la vérité historique, doit représenter une démonstration de chirurgie. Le rôle rempli en France, au XIII[e] siècle, par l'illustre exilé de Milan, a été tout chirurgical. Que si, à la rigueur, une portion de squelette peut rappeler à l'esprit les opérations qu'on a coutume d'y pratiquer, on pouvait choisir mieux que le squelette de la tête. L'artiste a-t-il voulu faire allusion aux attaques du maître contre l'opération du trépan, et sont-ce les motifs de cette opposition qu'il développe en ce moment ? On peut mettre en doute une intention aussi raffinée, et, en tout cas, ce ne serait pas une bonne manière d'introduire un savant devant la postérité, que de le représenter en flagrant délit d'erreur.

La manière dont les personnages sont disposés et installés n'est pas non plus irréprochable. L'artiste en a formé trois groupes, dont

pratique vulgaire que ces erreurs ont lieu : c'est dans les cas exceptionnels, que le jury choisit à dessein. Puis on n'a jamais réclamé, et l'on ne réclame pas, pour les tables mortuaires, une précision de diagnostic comparable à celle qu'ont droit d'exiger les juges d'un concours. Et enfin, on oublie que la notion exacte de la maladie n'est ici nécessaire qu'au décès du malade, quand, de douteuse qu'elle a pu être longtemps, elle n'est devenue que trop manifeste.

Mais ici se présente une difficulté sérieuse dans laquelle l'Académie ne paraît pas,— et c'est fâcheux, — devoir ni vouloir intervenir. Il est très possible qu'une classification nosologique soit adoptée sans son concours. Quelle sera cette classification? Sera-ce celle qui a été arrêtée par le congrès et qui comprend cinq groupes, dont le dernier, qui est le plus important, est subdivisé en trois catégories, relatives aux *phlegmasies aiguës franches* (encéphalite, pneumonie, etc.), aux *maladies aiguës spéciales*, souvent *épidémiques* (fièvres éruptives, fièvre typhoïde, etc.), aux *maladies chroniques* (cancers, tubercules, etc.)? Le soin de cette classification revient au conseil d'hygiène : par là, ce conseil tient dans ses mains, selon nous, presque tout l'avenir de la statistique des décès. Tout ce que nous pouvons faire, c'est de souhaiter que, s'il ne se conforme pas entièrement à la classification du congrès (comme nous croyons qu'il en a l'intention), il en adopte une qui ait pour base des éléments très généraux, « accessibles, comme le disent MM. Meding et Virchow (1), aux capacités moyennes »; c'est qu'il ne se pique pas de rigueur nosologique, mais qu'il préfère le commode au méthodique, l'utilité positive au principe abstrait; c'est qu'il assigne un rang distinct et nominatif dans ses subdivisions à tout ce qui est bien défini en pathologie, sans s'inquiéter d'autre chose. Il est aussi une considération qu'il ne faudra pas perdre de vue dans le modèle de bulletin, c'est d'y ménager, outre une colonne pour les *observations particulières* et une place pour les résultats nécroscopiques, une disposition qui permette au médecin de faire distinctement la part de la cause *primitive* du décès et de la cause ou des causes *secondaires:* par exemple, de la fièvre typhoïde qui a ouvert la scène morbide, et de l'engouement pulmonaire qui l'a fermée. Mais nous ne pouvons, sur ces différents points qui ne sont pas en discussion, donner que des indications générales.

(1) Le lecteur qui désirera recourir aux travaux du congrès de statistique tenu à Paris en 1855, en trouvera le résumé dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, t. II, p. 698, 713, 735, 761, 777 et 849. Voir aussi tome II, p. 756, une note de MM. Virchow et Meding, et t. III, p. 16, un travail de M. Bertillon.

C'est dans la combinaison des moyens d'exécution que se présentent les plus grandes difficultés. Nous les avons indiquées plus haut, en faisant pressentir que nous ne croyions possible de les résoudre que d'une manière imparfaite. Il est juste pourtant de reconnaître que la plupart des objections que le projet de statistique paraît avoir soulevées dans les campagnes, et dont plusieurs journaux, la GAZETTE DES HOPITAUX, la GAZETTE HEBDOMADAIRE (voir p. 776), sont devenus les confidents, et même quelques-unes de celles qui ont été produites à l'Académie, ne touchent que très peu les conclusions de la commission; car elles insistent surtout sur le danger et l'insuffisance du mode de vérification qui fonctionne actuellement, tandis que c'est contre cette insuffisance et ce danger que sont surtout dirigés les moyens proposés par la commission.

Pour rendre plus sincères les tables de mortalité, il y a deux choses à faire : premièrement, multiplier les chances d'exactitude; secondement, diminuer les chances d'erreurs. Dans le système actuellement en vigueur, beaucoup d'éléments sont soustraits à la statistique par le grand nombre de décès qui ont lieu sans secours médicaux; la commission propose d'étendre les soins médicaux par un plus grand développement de l'institution des médecins cantonaux. Les erreurs abondent, parce que la constatation des causes de décès est, en beaucoup de lieux, confiée à des *vérificateurs* qui n'ont pas vu le malade, qui ne peuvent rien savoir des causes de sa mort, qui ont parfois intérêt à desservir le médecin traitant; la commission propose de n'attribuer en principe la constatation des décès qu'au médecin traitant et de ne la déférer à quelque autre, vérificateur ou médecin cantonal, qui n'aura pas vu le malade, que dans le cas où celui-ci sera mort sans secours. A cet égard, il nous a paru qu'on s'était mépris sur le sens de quelques-unes des conclusions. Il semblait qu'on eût voulu, en multipliant les vérificateurs, continuer à leur subordonner les médecins traitants, tandis que c'est le contraire que voudrait réaliser la commission. Au reste, cette pensée, votée en principe, sera vraisemblablement exprimée sans équivoque dans la nouvelle rédaction que la commission doit présenter mardi à l'Académie.

Mais, pour notre compte, même sous le bénéfice de cet excellent principe, nous avons le regret de ne pouvoir souscrire à cette proposition de *généraliser*, dans le but et pour l'objet indiqués par la commission, *l'institution des vérificateurs des décès*. Cette mesure, le congrès l'avait déjà réclamée, en ajoutant, il est vrai, que le médecin vérificateur serait

---

un à gauche, un à droite et le troisième au fond. Les deux premiers sont parfaitement à leur place, puisque l'un fait face à la chaire et l'autre la voit de trois-quarts; mais pourquoi des auditeurs *derrière* la chaire? S'il était bien pour le coup d'œil de ne pas plaquer le dos du professeur contre le mur, pourquoi n'avoir pas comblé le vide avec des personnages accessoires? Ce qui fait paraître cet arrangement plus choquant encore, c'est que, dans cet espace, les figures viennent jusque sur le premier plan du tableau, pour ne pas laisser ce qu'on appelle, en termes d'atelier, un *trou*, et que le regard, attaché d'abord sur le maître, retombe sur elles involontairement. Ce n'est pas tout : dans le groupe de gauche, qui comprend trois plans, les auditeurs du premier plan sont assis, ceux du second sont debout pour voir et entendre par-dessus les précédents, et ceux du troisième plan sont assis comme les premiers, de sorte qu'ils n'ont devant les yeux que le dos de leurs condisciples. Nous ajouterons que les auditeurs de ce groupe pèchent notablement par un défaut bien commun dans ces sortes de productions, et qui est l'uniformité des visages et des physionomies. Presque toutes les figures du premier plan se ressemblent, quoi qu'en aient dit plusieurs critiques: elles se ressemblent notamment par la forme du nez, qui est *busquée*. Cela sent le modèle à plusieurs fins. Presque tous aussi ont l'air de méditer bien plus que d'écouter. Si l'on veut avoir le sentiment de la différence que le pinceau peut mettre entre ces deux états de l'esprit, on n'a qu'à passer du tableau de M. Matout à la *Leçon d'anatomie*, dont la copie est à l'Académie de médecine.

Toutes ces critiques, on le voit, ne portent que sur l'agencement de la composition. C'est le seul point sur lequel le feuilleton puisse opiner sans trop de ridicule. Mais les connaisseurs loueraient la savante distribution de la lumière, l'harmonie des tons, l'exactitude des lignes, le soin des détails, le modelé habile de la figure principale, qui reçoit le jour sur la nuque et dont le visage, pourtant, s'accentue dans l'ombre, avec une expression d'austérité et de profondeur où se dévoilent à la fois le proscrit et le savant.

Comme nous l'avons dit, le second tableau est supérieur au précédent. Sur un lit de l'Hôtel-Dieu un homme est étendu, le membre

tenu de *viser* le bulletin du médecin traitant, ce que ne fait pas la commission. Mais dans quelque limite que l'on renferme le concours des médecins vérificateurs à la statistique mortuaire, nous trouverons toujours sa part trop considérable; c'est assez dire que nous n'approuverions pas qu'on l'agrandît encore, surtout qu'on l'étendît à la totalité de la France.

Il nous est pénible d'être en désaccord sur un point aussi important avec un médecin très compétent en cette matière, et qui a exposé ses propres idées dans ce journal même avec un talent bien capable de disposer en leur faveur (*Gazette hebdomadaire*, t. III, p. 17); nous voulons parler de M. Bertillon. Quoi qu'en ait pu dire cet habile statisticien, le seul rôle légitime de la classe de fonctionnaires dont il s'agit est celui qu'indique son nom; c'est de *vérifier* les décès; en d'autres termes, comme l'a dit M. Adelon, d'en constater la réalité. On comprend à merveille l'intérêt social d'une pareille institution. L'autorité ne veut pas qu'une créature humaine puisse disparaître du monde sans que sa mort ait été officiellement constatée. Et l'on comprend encore que le confrère chargé de cette mission, et qui, n'étant pas médecin de la famille, étant de plus fonctionnaire public, n'est pas tenu au secret, dénonce les indices de crime qu'il croit apercevoir sur le cadavre. Mais, hors ce cas spécial, nous ne voyons que chances d'erreur et inconvénients de toutes sortes à le laisser intervenir dans la constatation des *causes* de décès. M. Velpeau, à l'Académie, MM. Gaudon, Géry fils et Bertrand dans la presse médicale, se sont rendus à cet égard les interprètes d'un sentiment très répandu. A descendre au fond des choses, il y a quelque contradiction entre le principe par lequel la commission restitue à la généralité des praticiens la mission de fournir les éléments de la statistique, et sa proposition de généraliser, dans l'intérêt de cette même statistique, l'institution des vérificateurs; car si les médecins traitants sont seuls capables de connaître les causes de décès, et si les simples vérificateurs en sont incapables, on ne comprend pas comment ceux-ci rendront, sous ce rapport, plus de services en se multipliant, et il semble, tout au contraire, que les erreurs devront se multiplier avec eux.

En bonne logique donc, le principe fondamental de la commission, que le rapporteur rappelait sans cesse aux opposants, aurait dû être pour elle une occasion d'écarter les vérificateurs de toute participation à la statistique, au lieu de les y convier sur une plus grande échelle. Nous le répétons, l'institution des médecins vérificateurs est toute sociale, n'intéresse que la sécurité et non la santé des citoyens, et n'a rien à voir dans une question qui n'est encore que de science, en attendant qu'elle devienne une question d'hygiène pratique. La commission a beau dire : « Les vérificateurs n'interviendront qu'au cas où le décédé n'aura reçu les soins d'aucun médecin; » dans ce cas-là, ils en sauront autant sur la cause du décès qu'ils en savent dans celui où le malade a été soigné par un confrère quelconque, mais sans leur assistance; c'est-à-dire qu'ils ne sauront rien du tout. L'absence de tout soin, loin de devenir pour eux une source particulière d'illumination, sera tout au contraire une source d'obscurité, en les privant de tout renseignement un peu précis et en les forçant à s'en rapporter à la famille. Que demande-t-on? Est-ce une statistique quelconque ou une statistique exacte? Est-ce le nombre des éléments qui importe, ou est-ce leur qualité? Un homme meurt sans avoir été visité par un homme de l'art, eh bien ! que le vérificateur ou tout autre délégué de l'administration constate la mort de cet homme, et que le bulletin de son décès porte simplement : *cause inconnue*. Ce sera un élément perdu pour la statistique, ce ne sera pas une fausse indication. Ceci a une telle importance, que nous voudrions voir établir en règle que le médecin traitant consignera seul les causes de décès, et que, en l'absence de médecin traitant, la cause du décès sera réputée inconnue. La statistique serait moins complète, mais plus exacte, et les grands nombres, s'ils parlaient plus tard, parleraient du moins un langage sincère.

Ce que nous disons des vérificateurs s'applique aux médecins cantonaux. Toute réserve faite relativement à la convenance de l'institution des médecins cantonaux, et considérant uniquement ici le rôle que leur assigne la commission, nous ne pouvons les trouver plus aptes que les vérificateurs à constater la cause des décès en dehors de leur propre pratique. Quand ils auront donné leurs soins à un malade en vertu de leurs fonctions spéciales, qu'ils déclarent sur le bulletin la cause de la mort, comme ils l'eussent fait pour un malade appartenant à leur clientèle privée, rien de plus simple; mais nous leur refusons ce rôle, comme aux vérificateurs, à l'égard de tout individu qu'ils n'auront pas visité dans le cours de sa dernière maladie.

Une proposition de la commission paraît avoir éveillé la susceptibilité de quelques confrères, en dehors de l'Académie comme au dedans; c'est celle de rendre le bulletin de décès *obligatoire* pour le médecin traitant. Comme M. Lévy, comme M. Devergie, nous croyons qu'une simple circulaire de l'Académie ne suffira pas et qu'un acte du p[illegible]

---

inférieur du côté droit renfermé dans un appareil à fracture ; c'est la cuisse qui est fracturée, car les attelles occupent toute la longueur du membre. Le pied droit est manifestement tourné en dehors. Si c'était à dessein, ce serait très savant, mais peu rassurant pour *les suites*. Le chirurgien, en costume soigné du temps, perruque poudrée, queue à rubans, habit à la française, culotte courte, et protégé par un tablier blanc, se tient debout devant le lit du patient, de manière à ne masquer ni la figure de celui-ci, ni l'appareil. Il présente le dos au spectateur ; mais le profil de sa tête, tournée à droite vers les auditeurs, se découpe nettement, quoiqu'elle ne reçoive pas une lumière directe. Ici s'est reproduite la même nécessité que dans le *Lanfranc*. Le personnage principal devait regarder vers le côté rétréci du pendentif, parce que c'est dans cet espace graduellement décroissant qu'il convient de grouper les auditeurs ; et, en même temps, c'est par le côté opposé, par l'espace le plus large, que devait venir la lumière, afin que les deux tableaux, transportés à l'amphithéâtre de la Faculté, y fussent placés, comme on dit, dans leur jour ; car, à l'amphithéâtre, la lumière, descendant du centre de la voûte, s'éparpillera de [illegible] à droite et de droite à gauche sur cette vaste composition, et tombera sur les deux pendentifs précisément dans le sens où l'artiste les a éclairés. La conséquence de cette disposition est que le visage du personnage principal, dans les deux toiles, doit rester plus ou moins dans l'ombre. Mais, nous le répétons, pour un pinceau expérimenté, ce n'est pas là un inconvénient bien sérieux, et, nous le répétons, la figure de Desault, comme celle de Lanfranc, est nettement profilée et suffisamment expressive.

On a beaucoup blâmé, dans les comptes rendus de la presse politique, cette position de dos donnée à Desault ; mais, en cela, il nous semble qu'on ne s'est pas assez préoccupé des données obligées de la scène. M. Matout l'a représentée telle qu'elle se passe réellement dans les hôpitaux, et nous sommes convaincu qu'un tour d'habileté qui aurait eu pour effet d'offrir le visage de face, n'aurait pu être exécuté sans nuire ou à la vérité du sujet ou à l'effet pittoresque. Le chirurgien devait être près de son patient, commentant les circonstances du mal et les moyens de guérison ; il fallait

voir législatif sera indispensable. Mais il nous semble que ceux qui s'en effrayent ne se rendent pas un compte bien exact du caractère qu'aurait une pareille loi et de la mesure des obligations qu'elle imposerait. Il n'y aurait rien de désobligeant pour le corps médical à ce que l'autorité requît son assistance pour une œuvre qui l'intéresse tout le premier en intéressant l'humanité et la science; et la loi qui impose déjà les déclarations de naissance est plus onéreuse pour lui, touche de plus près à son indépendance, que celle qu'on lui montre en perspective. Ainsi l'avait compris le Congrès, qui entendait également que le bulletin de décès fût obligatoire. D'où vient donc l'émotion actuelle? D'une appréhension très honorable en soi; on suppose que la garantie du secret sera mise en péril. Ce serait assurément un grand mal; mais ce mal, il n'est pas au pouvoir de l'autorité de le produire; il est au pouvoir du corps médical de l'éviter toujours. Que le praticien qui croit devoir se taire sur la cause d'un décès écrive sur son bulletin ces deux mots : *cause inconnue*, et il aura dégagé sa conscience sans fausser la statistique, et l'autorité, qu'on en soit sûr, ne songera pas à s'en inquiéter.

Tel est en gros le système de la commission; telles sont nos impressions générales. La suite du débat nous donnera lieu sans doute de revenir sur certains points que nous n'avons pu qu'effleurer, et de porter notre examen sur quelques dispositions spéciales dont il n'a pu être question dans cet article.

A. DECHAMBRE.

II.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

SUR LES ANÉVRYSMES POPLITÉS GUÉRIS PAR LA COMPRESSION DIGITALE, A L'OCCASION DE DIVERSES COMMUNICATIONS FAITES A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Depuis la publication du beau livre de notre excellent ami M. Broca (1), la question de la cure des anévrysmes est remise à l'étude, et la compression reprend une prééminence qu'elle n'aurait jamais dû perdre. Peut-être faut-il l'attribuer, jusqu'à un certain point, à la si légitime croisade prêchée avec ardeur contre la chirurgie sanglante. Toujours est-il que la Société de chirurgie a eu, dans ces derniers temps, la bonne fortune de recevoir trois observations d'anévrysmes guéris par la compression exécutée à l'aide des doigts.

Nous avions annoncé dernièrement la communication de M. Vanzetti, de Padoue; en même temps parvenait à la Société un travail de M. Michaux, de Louvain, renfermant un fait comparable : de telle sorte que, sans plus attendre, nous mettrons nos lecteurs au courant.

Voici d'abord les faits nouveaux. M. Vanzetti, qui avait vu employer la compression à Dublin en 1843, songea à remplacer les moyens mécaniques par la main de plusieurs aides qui se succéderaient. En 1846, il fit une tentative à l'hôpital de Kharkoff (Russie), conjointement avec M. Serebriakoff, chirurgien de cet hôpital. Il instruisit lui-même les personnes chargées de la compression sur le lieu et la manière dont elles devaient la faire. La compression fut continuée pendant deux jours, mais sans effet. Le malade fut opéré par la ligature.

Sept ans plus tard (1854), M. Vanzetti reçut dans ses salles, à Padoue, un maçon de trente-six ans environ, d'une assez bonne constitution, atteint d'un anévrysme poplité bien caractérisé, quoique d'un volume médiocre.

Les pulsations cessaient aussitôt que l'on comprimait l'artère fémorale. M. Vanzetti résolut d'employer la compression; mais, découragé par l'insuccès que nous venons de rapporter, il essaya un grand nombre de compresseurs avec beaucoup de patience de sa part et beaucoup de gêne pour le malade. Avant de lier la fémorale, il voulut tenter encore la compression digitale dans l'espoir que, sous sa surveillance immédiate, elle aurait plus de succès. Plusieurs aides, assis ou debout, tantôt avec une seule main, tantôt avec les deux mains superposées, comprimèrent l'artère avec *une force très modérée*, suffisante pour rapprocher les parois de l'artère, mais sans gêne pour le patient. Le lieu choisi fut le tiers moyen de la cuisse, afin que la fémorale profonde ne fût pas oblitérée.

Au bout de douze heures, diminution considérable dans les mouvements d'expansion de la tumeur. Au bout de quarante-huit heures, aucune pulsation, aucun bruit ne se faisant entendre, la compression fut cessée. La guérison ne s'est point démentie. La tumeur du jarret disparut peu à peu, et en même temps la jambe se redressa. Cet homme a repris sa profession; il marche sans boiter et n'éprouve aucune gêne dans les mouvements du genou.

(1) *Des anévrysmes et de leur traitement*. Paris, 1856.

---

donc le placer ou devant le lit ou derrière. Derrière, séparé du spectateur par un grand lit à rideaux blancs, où une figure très éclairée et un appareil chirurgical accaparent fortement l'attention, il eût fait repoussoir, comme on peut s'en assurer en regardant les auditeurs qui occupent cette place, et le personnage principal de la scène eût été le malade et non le chirurgien. De plus, on eût été assez embarrassé de caser les disciples, ne pouvant les mettre, ni devant le lit, puisqu'ils auraient masqué le maître, ni derrière, où ils l'auraient effacé par le nombre. En assignant, au contraire, au maître, et à lui seul, le devant du lit, et le faisant regarder à droite, on a tout à la fois l'avantage de l'isoler, de le placer en face de ceux qui l'écoutent et de réserver pour les disciples le fond et tout le côté droit de la toile.

Les figures sont plus variées que dans le tableau précédent; elles écoutent mieux aussi. Nous ferons seulement remarquer que plusieurs d'entre elles accusent un âge trop avancé. M. Matout avait pu admettre des auditeurs déjà mûrs à la leçon de Lanfranc, car on sait que tous les chirurgiens de la ville voulaient l'entendre; mais il n'en était pas de même pour Desault, dont la clinique n'était habituellement suivie, comme celles de nos jours, que par des étudiants. Un de ceux qui occupent le fond, en face du maître, doit être un étudiant de douzième année.

On ne saurait trop louer l'expression de la physionomie du malade. Toute son âme est, avec ses yeux, attachée aux lèvres du maître, et l'on sent qu'il cherche à s'orienter à travers les obscurités du langage technique dans lequel on agite son sort. L'élève du premier plan, qui verse de l'eau dans une cuvette, est heureusement posé; on est seulement un peu étonné de rencontrer dans le malpropre Hôtel-Dieu de 1792 une cuvette à rinceaux qui figurerait avantageusement chez un marchand de curiosités.

En somme, le *Desault* est une toile d'un grand mérite : c'est un cadeau de prix que fait le ministère d'État à notre Faculté.

(La suite prochainement.)

A. DECHAMBRE.

La seconde observation est plus remarquable encore. En 1855, un officier de vingt-sept ans, fort intelligent, consulta M. Vanzetti pour un anévrysme poplité à droite. L'emploi de la compression digitale fut résolu, mais différé de vingt jours, pendant lesquels le malade fit lui-même la compression, dont l'action lui avait été expliquée. La tumeur, qui était de petit volume, parut déjà diminuer sous l'influence de ces essais imparfaits.

Le traitement complet et sérieux fut commencé à midi et confié à six aides intelligents et sûrs. A six heures, M. Vanzetti revint voir où en étaient les choses : le malade était plongé dans le sommeil; aucun des élèves n'était auprès de lui. Grande surprise du chirurgien! surprise plus grande encore quand il apprit qu'après QUATRE HEURES de la plus scrupuleuse compression *l'anévrysme était devenu silencieux* et que les battements y avaient complétement disparu! Aussi, à cinq heures du soir, c'est-à-dire une heure après, les aides avaient quitté la place. Le malade resta à la clinique pendant un mois. Il fut encore revu plusieurs mois après : il n'y avait pas de claudication, et les mouvements de la jambe étaient libres. La tumeur anévrysmale était convertie en un noyau solide de la grosseur d'une noisette.

Tels sont les faits qui appartiennent au chirurgien de Padoue, et qu'il a exposés avec une lucidité des plus remarquables. M. Marjolin, à son tour, nous a communiqué deux observations adressées par M. Michaux, de Louvain, un des chirurgiens les plus distingués de l'étranger. La première est un long drame chirurgical qui commence à la compression double et intermittente, et finit à l'amputation de la cuisse, nécessitée par la gangrène du membre après la ligature de la fémorale. Néanmoins le malade guérit. Cette observation est d'un grand intérêt; mais, comme elle n'a pas directement trait au point que nous voulons discuter, nous n'en parlerons pas plus longuement; on en lira les détails dans les Bulletins de la Société.

Voici une analyse succincte de la seconde observation :

Un homme de cinquante ans, d'une bonne constitution, et ayant toujours joui d'une excellente santé, se plaignit pour la première fois, en 1851, de douleurs rhumatismales dans la cuisse gauche. En août 1856, le malade découvrit à la partie antérieure et interne de la cuisse une tumeur pulsatile située à 6 centimètres de l'arcade crurale. Ses progrès furent rapides, car, au mois de novembre, elle avait 14 centimètres dans son diamètre transversal et 11 centimètres verticalement. Tous les signes de l'anévrysme y étaient des plus évidents. L'examen complet du malade dénote une altération générale du système artériel, des bruits anormaux vers le centre circulatoire et un souffle assez rude dans toutes les grosses artères. Les autres fonctions s'exécutent assez bien.

Quel traitement mettre en usage? Si l'on adoptait la ligature, il fallait atteindre l'iliaque externe, opération toujours très sérieuse, surtout lorsque le vaisseau est altéré. D'un autre côté, la compression alternative avec deux pelotes n'était pas compatible avec la position très élevée de la tumeur. M. Michaux se décida à faire la compression unique sur l'éminence ilio-pectinée avec la petite pelote de l'appareil de M. Broca. Le traitement fut commencé le 28 novembre au matin; la compression devait être intermittente, c'est-à-dire que toutes les quatre ou cinq heures l'appareil devait être desserré pour laisser reposer le malade. Le lendemain, des douleurs vives forcent à suspendre la compression pendant quatre heures; le 30, phlyctène au niveau de la peau comprimée; nouvelle suspension de quatre heures. On place la pelote un peu plus bas; on continue à suspendre et à rétablir la compression jusqu'au 2 décembre, parce que la présence des phlyctènes annonce définitivement la formation d'une eschare.

Pendant ces quatre jours, les douleurs avaient été extrêmement vives, surtout dans les lombes et dans le talon. L'insomnie avait été complète, malgré l'emploi de l'opium; le malade était très fatigué, et cependant la tumeur avait diminué de volume et s'était durcie; plusieurs fois déjà, lorsque la compression permanente avait été prolongée pendant quatre ou cinq heures, les battements avaient disparu. M. Michaux songea alors à la compression digitale; par bonheur, en dedans de l'eschare, restait une portion de peau saine où l'application du doigt pouvait arrêter les pulsations. Les élèves du service se mirent à la tâche avec le plus grand empressement, le 5 décembre, à neuf heures et demie du matin; la compression devait être totale ; les battements de l'artère étant énergiques, une pression assez forte était nécessaire pour obturer le vaisseau.

La compression est très douloureuse, à cause du voisinage de l'eschare. Dans l'après-midi, œdème, fourmillement, engourdissement, roideur du membre; dans la nuit, tous ces phénomènes continuent : le pied se refroidit, insomnie complète, soif vive, fièvre intense, violentes coliques à deux heures du matin. Mais la tumeur durcit notablement, les battements diminuent, des caillots mous comblent le sac. L'amélioration locale se continue sans interruption; à neuf heures du matin, vingt-quatre heures après l'établissement de la compression digitale, les battements et le bruit de souffle ont complétement cessé. Les artères ne battent plus au-dessous de l'anévrysme; mais, au-dessus, l'origine de la fémorale présente au contraire des pulsations énergiques.

Par prudence, on continue la compression jusqu'à deux heures du matin; on l'interrompt une demi-heure pour laisser quelque répit au malheureux patient, et on la reprend enfin jusqu'à neuf heures du matin pour la cesser définitivement.

J'arrête ici ma narration pour frapper plus vivement l'esprit du lecteur, et je passe sous silence les détails du traitement général fort habilement institué pendant toute cette période aussi bien que pendant la convalescence. Le 11 décembre, l'eschare est éliminée; elle comprenait toute l'épaisseur de la peau. Le 16 janvier, la plaie était cicatrisée; le 24, le malade sort complétement guéri. La tumeur anévrysmale est très dure; elle offre encore un volume assez notable (5 centimètres sur 7), mais la guérison n'est plus douteuse.

Fussent-elles seules, les observations remarquables que nous venons de rapporter suffiraient pour recommander vivement la compression digitale à l'attention des chirurgiens. Qu'objecter à un procédé qui guérit des anévrysmes poplités en cinq heures, voire en quarante-huit heures; un anévrysme considérable de la fémorale en vingt-quatre heures? Quel eût été, sans la compression digitale, le sort du second malade de M. Michaux? Remarquons bien que, dans deux cas, il ne restait pas d'autre ressource que la ligature; l'insuffisance de la compression par les appareils était notoire. Si M. Broca avait eu ces faits à sa disposition en rédigeant son livre, il eût certainement modifié le chapitre qu'il a consacré au mode opératoire qui nous occupe. Sans reprendre pas à pas l'histoire de la compression digitale, qu'il nous soit permis de discuter ici

avec notre savant ami quelques-unes des propositions qu'il a émises dans son livre.

Tout en considérant la compression digitale « comme une ressource fort précieuse, » M. Broca la regarde comme un moyen qu'il faut réserver pour les cas suivants : 1° Lorsque la déviation du membre ne permet pas d'agir avec efficacité sur l'artère au moyen des appareils mécaniques ; 2° lorsque l'excessive irritabilité de la peau s'oppose à toute autre espèce de compression.

Or, la dernière de ces conditions existait seule et dans un seul des trois cas précités. Les deux autres guérisons montrent qu'il convient d'élargir le champ du procédé. Si je consulte d'ailleurs les faits que je trouve rassemblés dans le livre de M. Broca, je trouve une autre observation bien remarquable, celle de M. Greatrex. L'emploi alternatif d'un compresseur *et des doigts du malade* fit cesser les battements au bout de vingt-quatre heures.

Dans un cas de M. Knight, la compression par les appareils ne pouvait être supportée plus d'une heure. Compression digitale sur le pubis : quarante heures suffirent pour assurer la guérison.

Pour couronner l'œuvre voici venir l'observation si curieuse de ce malade, soumis aux soins de M. Colles, qui se guérit *lui-même* en faisant *tout seul* pendant sept jours une compression digitale nécessairement très imparfaite.

Il est loin de ma pensée de dissimuler les insuccès assez nombreux de ce procédé. Mais, en résumé, qu'a-t-on perdu quand il a échoué, rien ; alors même que son impuissance est reconnue, ce qui arrive aussi à la compression avec les appareils, il me semble qu'il a été moins pénible pour le malade que cette dernière, qui peut alors lui être substituée avec avantage.

Pour ma part, malgré la perfection toujours croissante des appareils qui, d'après M. Broca, rend fort rares les cas où la compression digitale est indiquée, je considère avec lui qu'elle constitue l'idéal de la méthode et que par conséquent on ne doit reculer que dans des cas extrêmes devant les difficultés de son application. D'accord avec M. Michaux, j'ai peine à croire qu'on ne puisse trouver dans l'immense majorité des cas le concours dévoué d'un assez grand nombre d'aides s'associant à une entreprise aussi noble au point de vue de l'humanité qu'intéressante sous le rapport scientifique. Jusqu'à présent, la compression digitale n'a été le plus souvent mise en usage qu'après la compression mécanique. Je pense désormais qu'il faut procéder précisément en sens inverse, et, lorsque la compression sera indiquée, débuter par la pression des doigts avant de recourir à un procédé moins doux.

Peut-être n'est-il pas sans intérêt de jeter un coup d'œil rapide sur les cas d'anévrysmes dans lesquels la compression digitale est intervenue, soit seule, soit combinée avec la compression mécanique.

Ces essais, au nombre de dix-sept, comptent sept insuccès et dix succès. Quelques éclaircissements sur les deux catégories (1).

INSUCCÈS. — *Quatre fois* la compression fut employée primitivement, c'est-à-dire avant tout autre moyen. A. Anévrysme poplité. Deux jours de compression ; ligature (Vanzetti). — B. Anévrysme poplité. Quatre heures seulement, puis compression mécanique pendant six jours (Jameson). — C. Anévrysme diffus de la fémorale. Soixante-douze heures. Guérison apparente qui ne se maintient pas. Sept jours de compression avec un poids inguinal ; cure définitive (Parker). — D. Anévrysme poplité. Compression digitale pendant trois jours par des convalescents. La compression mécanique, auparavant intolérable, devient possible. La guérison est obtenue (Monro, J.).

Deux fois elle ne fut employée qu'après l'insuffisance démontrée et l'abandon des appareils. — E. Anévrysme diffus du jarret. Seize jours de compression mécanique. Quatre-vingt-quatorze heures de compression digitale à la suite desquelles les battements et le souffle avaient disparu. Le succès ne se maintient pas ; amputation ; mort (Nélaton). — F. Anévrysme poplité. Emploi pendant cinq jours de mauvais appareils. Vingt-quatre heures de compression digitale. Ligature ; amputation ; guérison (Norgate). — G. Dans ce cas les deux modes de compression furent impuissants, mais il s'agissait d'un anévrysme inguinal. On comprima avec les doigts quatre jours et quatre nuits. La tumeur était grandement améliorée. Le tourniquet appliqué ensuite forma eschare. L'artère iliaque externe fut liée (Fox).

Après ces sept insuccès nous voyons trois ligatures ultérieures AFG et deux amputations pour gangrène, EF. Deux ligatures réussissent AG. Un des deux amputés meurt. Trois fois au contraire, BCD, la compression mécanique amène la guérison. Alors même que la compression digitale dut être abandonnée, elle modifia avantageusement la tumeur dans deux cas CE. Dans un troisième, D, elle facilita singulièrement la tolérance pour les appareils.

Passons aux SUCCÈS. — La compression digitale employée primitivement et seule en revendique *deux*. — H. Anévrysme poplité. Cinq heures suffisent (Vanzetti). — I. Malade de Colles qui se guérit tout seul en sept jours d'un anévrysme poplité par la compression intermittente et naturellement très imparfaite.

Trois fois elle réussit alors que les compresseurs étaient inapplicables ou abandonnés. — J. Anévrysme fémoral. Compression mécanique pendant quatre jours. Après vingt-quatre heures la compression digitale amène la guérison (Michaux). — K. Anévrysme poplité. Appareils différents essayés longtemps et abandonnés. Quarante heures de compression digitale. (Vanzetti). — L. Appareils intolérables. Quarante heures après l'emploi des doigts ; guérison (Knight).

Quatre fois la pression des doigts ayant été combinée avec l'usage d'un tourniquet, il est difficile de faire la part des deux moyens. Ce mode, qui se rapporte à la compression double et alternative, a d'ailleurs produit des résultats si rapides et si décisifs que peut-être devrait-on s'arrêter à cette association qui soulagerait singulièrement à la fois le malade et les chirurgiens.

M. Anévrysme poplité. Tourniquet au-dessous de l'aine. Doigt du malade comprimant sur le pubis. Au bout de vingt-quatre heures, guérison (Greatrex). — N. Anévrysme poplité. Compression digitale sur le pubis. Au-dessous, compresseur de Dupuytren. Action alternante. Quarante-huit heures ; guérison. — O. Même lésion, même manière de faire. Seize heures suffisent pour la cure (Wood). — P. Le cas suivant, de M. Tuffnell, est plus compliqué. Nous y trouvons cependant l'association de plusieurs modes compressifs. Anévrysme poplité très volumineux. Compression, procédé Belmann, pendant deux jours, suspendue à cause de l'engorgement des ganglions inguinaux. Compression digitale sur le pubis par

(1) On trouvera dans l'ouvrage de M. Broca des détails sur ces faits. Je n'en donne ici qu'une analyse très succincte en les désignant par des lettres et le nom des observateurs.

le malade et un de ses voisins. Tourniquet agissant plus bas et alternant avec l'action des doigts, le tout pendant vingt-quatre heures. On applique alors le poids inguinal. Guérison au bout de sept jours.

Enfin, dans le cas suivant, la compression digitale ayant été employée conjointement et alternativement avec les appareils et la compression directe de la tumeur, il est difficile de lui assigner une part précise dans la guérison. — Q. Anévrysme artéro-veineux du pli du coude. Compression directe sur la tumeur pendant plusieurs jours, puis compression indirecte avec le tourniquet qui ne peut être supportée. Compression digitale exécutée par le malade et suspension de tout autre moyen. Reprise de la compression directe sur la tumeur. La compression digitale est faite par des aides pendant vingt heures, puis abandonnée. Elle est confiée aux seuls soins du malade. Enfin, quelques jours après l'anévrysme était guéri (Nélaton).

Nous aurions plus d'une remarque à faire sur tous ces cas intéressants et en particulier sur le lieu où il convient d'appliquer les doigts dans les cas d'anévrysme poplité. Peut-être adopterions-nous le lieu d'élection choisi par M. Vanzetti; mais cette discussion nous entraînerait trop loin.

Dans l'état présent de la question, on peut sans témérité énoncer les propositions suivantes :

1° La compression digitale indirecte, continue et même intermittente, exécutée par les mains habiles des aides ou par les malades, a pu à elle seule, et sans le concours antérieur ou ultérieur d'aucun autre moyen, guérir des anévrysmes.

2° Associée avec le tourniquet et alternant avec lui, elle a produit également des cures rapides et d'une grande simplicité. En général, le succès ne se fait pas attendre quand il doit couronner la tentative.

3° A elle seule, elle a guéri des anévrysmes alors que la compression mécanique était impraticable ou avait dû être abandonnée; bien mieux supportée, en effet, que cette dernière, la compression digitale peut être appliquée sur des points où la peau est déjà enflammée.

4° « Cette compression est la plus efficace et la moins » douloureuse de toutes; elle permet de n'agir que sur l'ar- » tère, en respectant les nerfs et les veines voisines, et en » ménageant la peau. » (Broca, page 807.)

5° La compression digitale peut échouer; mais, dans ce cas, elle modifie le plus souvent avec avantage l'état de l'anévrysme.

6° Il est permis de croire que, seule, elle aurait réussi plus souvent si elle avait été pratiquée avec plus de persévérance et de régularité que cela n'a eu lieu dans les cas précités.

7° Jamais, jusqu'à ce jour, un accident quelconque n'a pu être imputé à ce procédé.

8° Appliquée pour la première fois avec succès par Saviard, à la suite d'une opération d'anévrysme par la méthode ancienne, la compression digitale indirecte est donc essentiellement d'origine française; on ne lui a pas, jusqu'à ce jour, donné toute l'extension et toute la généralisation dont, à notre avis, elle est susceptible.

Ar. Verneuil,

Agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Statistique des décès.

Monsieur le Rédacteur,

La question discutée en ce moment à l'Académie de médecine est grosse des conséquences les plus graves et les plus compromettantes pour le corps médical. Permettez-moi de vous soumettre quelques observations sur ce sujet.

Je ne veux pas répéter ce qui a été tant de fois établi sur l'inexactitude des chiffres appliqués à certaines questions, ni redire combien facilement ils se plient à prouver les choses les plus contradictoires. Je ne veux pas non plus revenir sur l'instabilité des doctrines médicales, ni sur la différence des appréciations personnelles à l'endroit des faits pathologiques en apparence les plus concluants, toutes circonstances qui doivent faire varier le diagnostic à l'infini et influer, par conséquent, sur la détermination des *causes de mort*. Indépendamment de ces sources d'erreurs pour ceux qui dresseront les bulletins individuels, il existerait bien d'autres difficultés pour les praticiens soucieux de faire honneur à la science. Mais seront-ils nombreux, ceux qui donneront à l'œuvre l'esprit critique qu'elle réclame? La légèreté et l'insouciance ne dicteront-elles pas souvent les réponses? Combien encore d'autres causes d'erreurs et de déceptions!

Tous ces points de la question sont dignes assurément d'une discussion longue et approfondie. Mais ce côté du débat, quelque intéressant qu'il soit, me paraît infiniment moins important que celui qui touche à la dignité professionnelle. C'est sur ce point que je vous demande la permission d'exposer une opinion que je crois juste et généralement partagée par les praticiens de province, en discutant les paragraphes 5, 6, 7 et 9 des conclusions du rapport lu dans la séance du 13 octobre (1).

§ 5. *Médecins vérificateurs des décès.* — Dans les grands centres, cette mesure fonctionne depuis longtemps avec avantage, je le sais; mais, dans les campagnes, elle est matériellement impraticable. On paraît, en effet, devoir toujours ignorer, à Paris, que les neuf dixièmes de la France sont composés de villages à population rare et disséminée, et que des institutions bonnes et réalisables pour les agglomérations populeuses tombent, sans exécution possible, lorsqu'on veut les appliquer dans des conditions contraires. Une expérience a été tentée, il y a quelques années, dans nos départements, pour la vérification des décès, puis promptement abandonnée par son impossibilité même. Quelques-uns, et des plus sages, se sont refusés à couvrir de leur nom une longue suite de tromperies; d'autres l'ont exécutée, mais en délivrant des certificats de constatation de décès *sans avoir quitté leur cabinet.* — Cette fois encore on échouera, parce que, je le répète, après avoir fait une loi et maintes circulaires, la pratique démontrera l'impossibilité de faire fonctionner uniformément, par toute la France, ces nouveaux rouages; et une bonne intention, mal mise en œuvre, ira s'engloutir dans le gouffre de nos milliers de lois tombées en désuétude. D'ailleurs n'est-ce pas une plaisanterie peu compatible avec le sujet que de vouloir faire constater la *cause* de la mort par une personne qui n'aura plus à interroger qu'un cadavre, lorsque, dans le rapport, on vient d'énumérer toutes les difficultés d'un diagnostic *certain*, même pour le médecin traitant et agissant sur la matière vivante et intelligente?

§ 6. « Une loi rendra obligatoire, pour le médecin, la délivrance » du bulletin de décès!... » — Est-ce quand nous voyons attaquée, détruite peut-être par de récents arrêts (Gazette hebdomadaire, 1857, p. 766), l'ancienne jurisprudence, qui respectait le libre arbitre du médecin pour accepter ou refuser une réquisition judi-

(1) Il s'agit ici des premières conclusions. Notre honorable correspondant nous saura gré sans doute de supprimer dans sa lettre un passage devenu sans objet en présence des conclusions nouvelles; mais nous nous sommes fait un devoir de publier tout le reste, malgré quelques vivacités de forme, parce que c'est dans les questions de ce genre que l'opinion des médecins des départements mérite surtout d'être consultée.

ciaire, est-ce en ce moment que l'Académie de médecine garottera de ses mains ce qui reste au médecin de liberté? — Vous n'apercevez donc pas les conflits incessants que vous allez faire naître entre l'autorité administrative et le corps médical? Vous n'êtes donc point effrayés de l'avalanche de réclamations, de rappels qui troubleront les derniers jours de chaque année? « Messieurs, remettez vos bulletins... Messieurs, vos bulletins sont irréguliers... ils ne sont pas conformes à la nomenclature officielle... vos maladies sont inconnues à la préfecture... Messieurs, rectifiez vos bulletins... envoyez vos bulletins... par le retour du courrier pour tout délai. » Oh! en vérité, quelle que soit la longanimité d'un homme, il perd patience à la fin, les tracasseries le mutinent, il se lasse d'un travail qu'il croit sans but, sans utilité, qu'il croit stérile, et après avoir senti plus d'une fois la férule administrative, cet homme peut s'abandonner à une mauvaise pensée, et refuser tout net son concours. Aurez-vous une sanction pénale pour le contraindre? La prison, peut-être?... *Proh pudor!*

§ 7. — Les dispositions relatives à la rédaction du bulletin nous autorisent à supposer que l'Académie a oublié le serment d'Hippocrate; veuillez lui en rappeler les termes : « *Quæ... vel videro, vel audiero, quæ minime in vulgus efferri oporteat, ea arcana esse ratus*, SILEBO. » — Les mœurs médicales de tous les temps ont conservé, sur ce point, assez d'empire jusqu'à nos jours pour s'implanter dans nos lois civiles modernes. Craignant quelque criminel oubli de son devoir, le Code prescrit le secret au médecin. Et maintenant, répudiant la sainteté du sacerdoce médical, brisant une loi pleine de moralité, reniant un long et glorieux héritage, contempteurs de la dignité de la profession, vous allez m'*obliger* à déshonorer une famille qui m'a confié plus que sa vie, car elle m'a donné la garde de son honneur ou de son bonheur domestique; vous allez m'obliger à ne pouvoir la regarder sans honte et sans remords, indigne dorénavant de sa confiance, que j'aurai indignement trahie... L'obligation portée par la loi vous déchargera de tout reproche, me dit-on; mais depuis quand une loi peut-elle impunément contraindre un homme de cœur à la forfaiture?... Et puis on ajoute : Votre bulletin sera secret... Dérision! secret, pour qui? quand il aura passé sous l'œil inquisiteur d'une foule d'employés indiscrets. Enfin, objecte-t-on encore, le bulletin ne porte qu'un numéro sans nom. Ou cette allégation est un non-sens, ou ce numéro correspond à un autre numéro d'acte civil, lequel portera un nom, sans doute. Il ne sera pas difficile alors de rendre le secret assez transparent pour que chacun en ait aisément la clef.. Non, non, je ne puis croire que l'Académie prête les mains à une telle énormité!

§ 9. — En retour de ces sacrifices de tous genres, sacrifices d'indépendance et de dignité, sacrifices de conscience et d'honnêteté professionnelle, que nous offre-t-on? On nous débarrassera, sans doute, de l'avilissement de la patente ou des avanies de la responsabilité matérielle; on relèvera peut-être la considération du corps médical en supprimant le second degré; au moins on nous protégera contre la turpitude de l'exploitation illégale. Oh! non, tout cela est trop peu.. Les zélés auront, quelques uns une médaille pour décorer leur cabinet, d'autres une mention inscrite dans je ne sais quel obscur rapport d'un sous-préfet.

Assez, assez, restons ce que nous sommes, et si tant est que l'administration tienne à faire cette statistique, une seule chose est digne et convenable : que chaque praticien soit INVITÉ à donner chaque année un tableau synoptique des décès de sa clientèle et des causes probables de ces décès, mais sans aucune désignation quelconque par noms ou numéros, et encore sous la réserve des restrictions ou omissions qu'il jugera convenable.— De cette façon, tous les intérêts peuvent être sauvegardés; l'administration sera satisfaite dans ses projets, et le corps médical aura rendu un service de plus sans avoir aliéné aucune de ses prérogatives.

Je voudrais vous avoir convaincu, monsieur le rédacteur, et vous avoir déterminé à prendre en main cette grave affaire, car je sais tout ce qu'elle aurait à gagner en passant sous votre plume.

Agréez, etc. BERTRAND.

Nogent-sur-Aube, le 25 octobre 1857.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

M. *Duméril* fait un rapport verbal sur un prétendu remède contre la rage, à propos d'une lettre de M. Charles Laurent annonçant qu'il a recueilli, dans un voyage récent qu'il a fait en Grèce, le récit de la grande réputation dont jouit un remède contre la rage distribué près d'Éleusis, dans le monastère Phanéromène.

Ce remède serait composé d'un mélange de poudres : 1° d'un insecte de la famille des épispastiques ou vésicants (*mylabris*, que l'on nommerait *bimaculata*); 2° de celle d'une plante qui serait une espèce d'arguel (*cynanchum excelsum*), de la famille des asclépiadées.

On connaît parfaitement, dit le rapporteur, l'action de ces deux sortes d'ingrédients en médecine.

Quant à notre opinion sur le prétendu spécifique ou préservatif signalé par M. Laurent, nous dirons qu'il rentre dans la catégorie des mille remèdes proposés et employés malheureusement sans succès jusqu'ici.

Nous proposons à l'Académie de ne pas donner suite à la proposition faite par l'auteur de la lettre.

PHYSIOLOGIE. — *Recherches expérimentales sur les propriétés et les usages du sang rouge et du sang noir*, par M. *E. Brown-Séquard*. — Dans plusieurs communications à l'Académie (*Comptes rendus*, 1851, t. XXXII, p. 855 et 897, et 1855, t. XLI, p. 629, M. Brown-Séquard a annoncé que le sang, artériel ou veineux, chargé d'oxygène, possède la faculté de rétablir les propriétés vitales des tissus contractiles et nerveux, pendant un certain temps après qu'ils ont perdu ces propriétés. L'auteur a trouvé depuis lors nombre de faits nouveaux à ce sujet, et arrive à la conclusion générale suivante :

« Nous croyons qu'il ressort des faits mentionnés dans ce travail que le sang rouge augmente les propriétés vitales, mais qu'il est incapable de les mettre en jeu en les stimulant, tandis que le sang noir est un stimulant énergique des centres nerveux, et aussi, mais à un moindre degré, des nerfs et des tissus contractiles, mais qu'il n'a point, ou du moins qu'il n'a qu'à un très faible degré, le pouvoir de maintenir et encore moins de régénérer les propriétés vitales. » (Commissaires : MM. Flourens, Milne Edwards, Cl. Bernard.)

PHYSIOLOGIE. — *Note sur le mécanisme de la production du relief dans la vision binoculaire*, par M. le docteur *Giraud-Teulon*. — Appelons harmoniques ou identiques, dit l'auteur, les points des deux rétines propres à produire sur le cerveau une impression unique quand ils sont simultanément frappés.

Si l'on suppose les deux hémisphères postérieurs des globes oculaires superposés géométriquement l'un à l'autre, les points géométriquement correspondants ou homologues seront en même temps harmoniques ou identiques, et le seront seuls. Cette détermination théorique de l'impression unique, dans la vision binoculaire, est généralement admise; mais elle n'a pu jusqu'à présent rendre compte des faits exceptionnels, signalés par Wheatstone, et et dans lesquels il avait vu le renversement de la théorie des points identiques. Il y était fondé avec les idées reçues jusqu'ici, et qui conçoivent dans les rétines des surfaces fixes inaltérables dans leur forme.

Mais les faits et la théorie deviennent concordants si l'on s'écarte de l'hypothèse de l'inaltérabilité de forme de la surface rétinienne.

Partant de ce principe, l'auteur développe quelques considérations qui renferment l'explication complète de la production des images converses de M. Wheatstone; elles font rentrer des faits en apparence exceptionnels dans la loi générale de la vision simple s'appuyant sur la théorie des points identiques.

Maintenant, poursuit-il, nous devons demander où est l'agent

producteur du mécanisme dont nous venons de développer l'urgente nécessité. Il est dans le muscle ciliaire périphérique externe décrit par Brüche et Bowmann sous le nom de *tenseur de la choroïde*.

En examinant les insertions de ce muscle annulaire fixé, par son bord antérieur, à l'union de la sclérotique et de la cornée, et se fondant par ses fibres suivant la direction des méridiens de l'hémisphère oculaire, on ne peut s'empêcher de lui reconnaître pour principale distinction la tension de la choroïde suivant un nombre quelconque de ses méridiens. L'effet consécutif et direct en est le plissement, le froncement de la rétine suivant ces mêmes méridiens : c'est celui que nous avons démontré devoir être produit dans l'adaptation harmonique.

Ce rôle du muscle tenseur de la choroïde n'est pas une simple induction théorique, pour frappante et logique qu'elle soit. On peut vérifier cette action par l'application d'un courant d'induction de faible intensité aux extrémités d'un des diamètres du cercle ciliaire. Un objet examiné pendant cette application perd de sa netteté dans les régions situées sur ce diamètre ou dans son voisinage immédiat : preuve d'un changement dans l'accommodation suivant ce diamètre.

Que ce phénomène puisse dépendre d'une modification dans le cristallin ou les milieux transparents antérieurs, c'est de toute impossibilité ; les expériences au moyen desquelles il a été étudié ayant toutes été accomplies au moyen de la carte percée de deux trous microscopiques, qui transforment l'œil en une vraie chambre obscure, et annulent la réfringence des milieux antérieurs, en les faisant traverser par leur axe de figure : ces milieux ne sont donc qu'accessoires, et non principaux.

Le travail d'accommodation que nous venons de décrire est le secret, le mécanisme de la production du relief, soit dans la vision binoculaire réelle, soit dans la vision stéréoscopique, et les différencie nettement de la vision monoculaire, et rend aisément compte de toutes les difficultés qu'a rencontrées jusqu'ici l'explication d'un grand nombre de phénomènes remarquables et curieux accomplis par l'appareil de la vision. (Commissaires : MM. Pouillet, Milne Edwards, Faye.)

Chimie physiologique. — *Sur la formation physiologique du sucre dans l'économie*, par M. *H. Bonnet*. (Extrait par l'auteur.) — Les considérations développées dans le Mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie m'autorisent, je le crois, à considérer comme démontrées les propositions suivantes :

Le foie, comme l'a avancé M. Cl. Bernard, est doué d'une véritable propriété glycogénique, et rien d'analogue n'existe dans le reste de l'économie.

La formation posthume du sucre est bien réelle, et les faits qu'on a voulu lui opposer n'ont rien de concluant au point de vue physiologique, car du hachis de foie n'est pas du foie. Les deux substances de M. Figuier, l'une qui serait dans le tube intestinal, l'autre dans la veine porte, et qui appartiendraient, selon lui, à la série glucique, n'existent pas.

Si l'on venait à admettre un sucre non fermentescible dans la veine porte, il n'en resterait pas moins ce fait, que le foie, en faisant fermenter, serait doué d'une propriété glycogénique, propriété qu'on ne retrouve pas ailleurs.

Il existe dans l'économie des matières grasses, albuminoïdes et autres dont les éléments, en se groupant molécule à molécule sous certaines influences inconnues, viennent donner la matière glycogène.

A force de traiter le sang dans lequel se trouvent tous les éléments aptes à une fabrication de sucre, on peut parfaitement arriver à produire quelque chose ayant de l'action sur la levûre de bière ; mais ce n'est plus l'économie qui fait la condition, et on ne produit ces actes chimiques qu'en dehors de la physiologie. On transforme molécule à molécule certains éléments du sang, et on fait du sucre en dehors de l'économie avec les éléments que donne cette économie. On n'arrive pas à prouver que le sang contient une substance appartenant à la série glucique ou intermédiaire à l'amidon et au sucre.

On cherche vainement dans le sang de la veine porte [illegible] chose qui puisse servir de base aux considérations que dével[illegible] M. Sanson.

La dextrine se transforme immédiatement, sous l'influ[illegible] l'acide azotique fumant, en acide oxalique, sans passer par la [illegible] formation de xyloïdine.

La formule qui représente la composition de l'amidon [illegible] n'est pas la même que celle de la dextrine ; ces deux corps [illegible] isomères qu'autant que l'on considère les éléments de l'eau [illegible] ne faisant pas parties constituantes de l'amidon. La form[illegible] l'amidon anhydre et de la dextrine est représentée par [illegible] celle de la matière glycogène par C^{12},H^{12},O^{12}, et, par con[illegible] elle se rapproche davantage de l'amidon à 3 équivalents [illegible] $C^{12}H^{9}O^{9} + 3HO$, que de celle de la dextrine. L'amidon est [illegible] dans l'eau, forme un empois, donne une coloration bleue av[illegible] La dextrine est soluble, ne donne pas d'empois, ne donne [illegible] coloration. La matière glycogène est soluble, donne un em[illegible] colore par l'iode. On a donc le droit de rapprocher sa form[illegible] celle de l'amidon. Si la formule atomique de la matière [illegible] gène correspondait au glycose, elle devrait avoir pour [illegible] $C^{12}H^{14}O^{14}$; mais alors ce ne serait plus de la matière gly[illegible] Or on sait que celle-ci s'isole avec la plus grande facilité, [illegible] ne peut porter à la rapprocher de la dextrine.

La propriété d'être précipitée par l'acide acétique cristal[illegible] appartient à la matière glycogène. Que la dextrine précipite [illegible] cela ne prouve pas que l'on peut considérer la matière de M [illegible] nard comme étant de la dextrine, puisque au contraire elle [illegible] pas les caractères, en reconnaît de plus importants, et que sa [illegible] mule diffère de celle de la dextrine.

M. Sanson est, je crois, le seul chimiste qui ait rencontr[illegible] dextrine dans le sang d'animaux carnivores ; je ne l'ai pas [illegible] je ne pense pas qu'on puisse croire à sa présence. L'amidon [illegible] l'influence de la diastase, se transforme en glycose, mais la [illegible] trine aussi. Or je ne peux pas penser que la dextrine qui [illegible] être puisée (?) dans la nourriture d'animaux herbivores, et [illegible] transformerait au contact de la ptyaline, se retrouverait [illegible] on l'a avancé, dans l'économie à son état primitif, lorsqu'[illegible] contrerait tant d'éléments qui la transformeraient. La [illegible] qu'on a prétendu trouver, n'a pu être isolée à l'état de [illegible] et, par contre, on n'a pu appliquer les caractères applicab[illegible] dextrine. Si, d'après M. Sanson, la dextrine cont[illegible] viande des herbivores se transforme spontanément en gl[illegible] bout d'un certain temps de son exposition à l'air, il faudra[illegible] M. Sanson admît dans la viande un ferment capable d[illegible] transformation, ou il faudrait que cette transformation [illegible] directement au contact de l'air (?). Mais la viande hachée et [illegible] minée après quarante-huit heures ne donne par sa solution [illegible] aucun signe de fermentation.

Malgré une alimentation riche en principes susceptibles [illegible] transformer en sucre, le sucre formé sous l'influence de la [illegible] rencontrant des acides dans l'estomac et le tube digesti[illegible] rester sucre et doit subir des transformations en rapport av[illegible] acides qu'il rencontre ; mais je ne vois aucun élément [illegible] qui puisse renouveler de la dextrine.

En supposant qu'il y aurait de la dextrine partout, et [illegible] dans la veine porte, cette dextrine, de l'aveu même de M. S[illegible] ne trouvant sa transformation en sucre que dans le foie, le [illegible] donc implicitement, d'après lui, une propriété glycogénique.

L'amidon contenu dans les carottes avec lesquelles on [illegible] les lapins se transforme en dextrine et en glycose ; mais ces [illegible] stances, rencontrant ou des acides ou des corps azotés, subi[illegible] des transformations que la chimie d'ailleurs fait connaître.

D'après les considérations que j'ai développées, le foie [illegible] bien, comme l'a avancé M. Cl. Bernard, une propriété gly[illegible] nique, propriété qu'on ne retrouve pas ailleurs dans l'écono[illegible] La matière glycogène, contrairement à ce qu'on a pu ava[illegible] s'isole facilement ; sa formule se rapproche de celle de l'am[illegible] hydraté ; elle présente les caractères de l'amidon et aucun de [illegible] de la dextrine. La dextrine ne se rencontrant pas dans le sang [illegible]

la veine porte, rien ne peut faire supposer que ce soit à elle qu'on puisse attribuer la glycogénie du foie. (Renvoi à l'examen des commissaires précédemment désignés pour d'autres communications concernant la fonction glycogénique du foie.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1857.—PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. A titre de communication, un exemplaire d'un volume renfermant les travaux du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département du Tarn pendant l'année 1856. (*Commission de statistique.*) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Haime*, médecin des épidémies de l'arrondissement de Tours, sur une épidémie de rougeole et de suette qui a régné dans la commune de Roche-Corbon pendant les mois de mars et avril dernier. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Une demande d'avis et de rapport sur une source minérale que le sieur Merlot demande l'autorisation d'exploiter à Martigny-lez-la-Marche.

2° La correspondance non officielle comprend : *a*. Un nouveau mémoire de M. *Chrestien*, de Montpellier, sur l'innocuité et les avantages du seigle ergoté dans les accouchements lorsqu'il est administré à propos. Ce travail fait suite à une communication précédente du même auteur sur le même sujet. (*Comm.:* MM. Depaul et Dogneau) — *b*. M. le docteur *Santero Mierone* demande à l'Académie un tour de faveur pour la lecture d'un mémoire sur la phthisie syphilitique.

MONSTRE DOUBLE.

M. le docteur *Depaul* communique à l'Académie une lettre de M. le docteur Leroy-Desbarres (de Saint-Denis), qui lui apprend qu'une femme de vingt-neuf ans, ayant déjà donné naissance à cinq enfants bien conformés, vient de mettre au monde deux jumeaux accolés par la région abdominale, et vivants.

La réunion a lieu sur la ligne médiane de l'ombilic au pubis exclusivement. Ces deux jumeaux n'avaient qu'un seul placenta et un seul cordon; ils avaient aussi les mêmes enveloppes. Les deux corps sont parfaitement distincts jusqu'à l'ombilic, ce qui établit une différence entre le cas actuel et celui qu'a autrefois cité Duverney de deux enfants réunis par fusion des bassins. Mais si ces enfants ont deux bassins distincts, ils manquent complétement d'ouvertures anales; l'un d'eux rend par la verge du méconium mêlé de gaz, tandis que l'autre ne rend que de l'urine par le même organe, ce qui donne à penser que, malgré l'indépendance des bassins, il y a une fusion plus ou moins complète des organes contenus dans chacun d'eux. D'ailleurs, les organes extérieurs de la génération sont normalement conformés. M. Depaul regrette qu'un malentendu l'ait empêché de présenter aujourd'hui ces enfants à l'Académie. Il prie ceux de ses collègues qui désireraient les voir de venir chez lui demain, de midi à une heure. M. le président propose à l'Académie de nommer une commission pour faire cet examen, et désigne MM. Velpeau, Moreau, Cruveilhier, Depaul.

M. *le président* annonce qu'à quatre heures et demie l'Académie se formera en comité secret pour entendre les rapports de deux commissions de prix.

STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. *Guérard*.

M. *Guérard* : La commission de statistique nosologique des causes de décès s'est réunie pour procéder, conformément à votre décision, à une rédaction nouvelle de la première conclusion du rapport qui vous avait été lu en son nom dans la séance du 13 de ce mois, et dont la discussion s'est ouverte mardi dernier; la rédaction nouvelle est celle-ci :

« 1° Dans l'état actuel de la science en France, une bonne statistique médicale, c'est-à-dire l'enregistrement régulier des causes de décès, est possible et doit être mise à exécution. »

Après avoir adopté cette rédaction, la commission a pensé qu'il convenait de soumettre à la discussion les autres conclusions du rapport, afin de les mettre en harmonie avec la première et de faire droit aux observations qui ont été produites devant vous dans la dernière séance. Un premier fait est ressorti de cette discussion, nous voulons parler de l'avantage qu'il y aurait à ne pas nous astreindre à suivre la lettre ministérielle question par question. Sans rien changer à l'esprit de notre rapport, nous nous sommes attachés dans la nouvelle rédaction à suivre l'enchaînement logique des idées, reliant par un simple renvoi la conclusion qui les résume à la question à laquelle elle se rattache.

C'est ainsi qu'ayant établi tout d'abord que la statistique nosologique est possible, et qu'elle doit être mise à exécution, nous indiquons immédiatement les moyens propres à atteindre ce but.

Ces moyens sont : 1° la création de médecins cantonaux; 2° l'extension de l'institution des médecins vérificateurs. Les premiers donneront des soins pendant la maladie aux habitants des communes rurales, soins dont ces habitants sont trop souvent privés, et, en cas de décès, ils seront parfaitement placés pour en constater la réalité et en assigner les causes.

Les imperfections inhérentes à l'institution des médecins vérificateurs des décès, telle qu'elle existe aujourd'hui, disparaîtraient par l'obligation imposée à tout médecin ayant traité un malade de délivrer, en cas de décès, un bulletin indicateur de la cause qui l'a déterminé. Mais il est un troisième rouage qui vient s'ajouter aux deux premiers et en rend l'action aussi simple que possible, c'est la formation d'un *bureau médical de statistique* siégeant auprès de l'administration centrale et appelée à dépouiller les bulletins indicateurs. Le concours des médecins qui feraient partie de ce bureau donnerait au travail dont il s'agit un degré d'exactitude qu'on ne saurait trop favoriser.

Déjà le congrès statistique de Paris avait exprimé le vœu que des médecins fussent appelés à concourir au dépouillement des bulletins.

Avec ce bureau et les deux ordres de médecins fonctionnaires précités, il n'est plus besoin de liste de synonymie ni même de loi pour faire exécuter les prescriptions de l'administration et suivre les instructions de l'Académie.

Tous les bulletins seront secrets, envoyés avec un numéro d'ordre et cachetés, à la mairie de la commune. De là ils passeront au chef-lieu de canton, où on les rassemblera sous un même titre pour les transmettre au chef-lieu d'arrondissement, et plus tard, en leur conservant leur marque d'origine et de date, au chef-lieu de département; ils seront enfin expédiés à l'administration centrale, au bureau de statistique médicale, qui en opérera le dépouillement.

Voici maintenant les conclusions auxquelles s'est définitivement arrêtée la commission et qu'elle a l'honneur de vous proposer d'adresser à M. le ministre en réponse aux questions qui vous ont été adressées en son nom :

« 1° Dans l'état actuel de la science en France, une bonne statistique médicale, c'est-à-dire l'enregistrement régulier des causes de décès, est possible et doit être mise à exécution. (Première question.)

» 2° Pour faciliter cet enregistrement régulier des causes de décès, il convient : 1° de généraliser l'institution des médecins vérificateurs (cinquième question); 2° de créer des médecins cantonaux chargés tout à la fois de donner des soins médicaux aux habitants pauvres des campagnes et de rédiger, en cas de décès, le bulletin indicateur de la cause qui l'a déterminé.

» Dans leurs rapports avec les malades et avec l'administration, ces *médecins cantonaux* devront être considérés comme fonctionnaires, et non comme médecins de bienfaisance.

» 3° Dans la rédaction de leurs *bulletins indicateurs* des causes de décès, les médecins seront libres d'employer les dénominations scientifiques qui leur sont familières.

» Il n'est donc pas nécessaire de rédiger à cet effet une *classification* des maladies susceptibles de déterminer la mort. (Deuxième et troisième question.)

» 4° Ce qui n'empêche pas de procéder dès à présent à l'enregistrement de toutes les causes de mort sans exception. (Troisième question.)

» 5° Ce service d'enregistrement devra être établi dès le début

dans toutes les communes et non limité aux principales villes et aux chefs-lieux d'arrondissement. (Quatrième question.)

» 6° La délivrance du *bulletin indicateur* par le médecin qui a donné des soins au malade sera obligatoire.

» L'extension donnée à l'institution des médecins *vérificateurs* de décès et la création de médecins cantonaux dispensent de réclamer, au moins quant à présent, une loi qui assure cette délivrance.

» L'Académie rédigera à ce sujet une circulaire qui sera adressée à tous les médecins de l'Empire. (Sixième question.)

» 7° Le *bulletin indicateur* contiendra tous les documents ressortissant à la statistique. (Huitième question.)

» Dans ce but, il conviendra de rédiger un modèle, que les médecins n'auront plus qu'à remplir.

» 8° Les bulletins ne porteront aucun nom : ils seront *secrets*, envoyés cachetés et numérotés à la mairie, et ils parviendront à l'administration centrale en passant successivement par les chefs-lieux de canton, d'arrondissement et de département, et conservant, dans ces divers passages, leur date et leur marque extérieure d'origine. (Septième question.)

» 9° Il sera créé à l'administration centrale un *bureau de statistique médicale* chargé de procéder au dépouillement, etc., des bulletins.

» 10° Des encouragements consistant en médailles et mentions honorables pourront être accordés aux médecins qui montreront le plus de zèle dans l'accomplissement des nouveaux devoirs qui vont leur être imposés.

Discussion.

M. *Desportes* demande la parole sur l'ensemble des conclusions.

L'Académie, ne jugeant pas nécessaire de rouvrir la discussion sur l'ensemble des conclusions, on passe à la discussion du premier article.

M. *Desportes :* Je crois qu'il y a inconvénient à ne pas suivre pas à pas le travail de M. le ministre. Nous avons l'air de mieux comprendre que lui ce qu'il demande. Il a posé deux questions : dans la première il examine les difficultés en général ; dans la seconde il appelle l'attention sur un point particulier : les causes les plus fréquentes de la mort. Il faudrait lui répondre séparément : 1° qu'une bonne statistique est et sera longtemps difficile ; 2° que les principales causes de décès peuvent, dans la plupart des cas, être facilement observées.

M. *Devergie :* Il serait, en effet, d'un très grand intérêt de ne pas dériver des questions faites par le ministre.

M. *Michel Lévy :* Messieurs, ceci est une question préalable. Il ne s'agit de rien moins que de renvoyer de nouveau toutes les conclusions à la commission. L'Académie est-elle de cet avis, ou veut-elle laisser subsister l'ordre logique ?

M. *Guérard :* Les conclusions nouvelles, si toutefois on peut les appeler ainsi, car il n'y a de nouveau que l'institution du bureau de statistique, ces conclusions, dis-je, ont eu pour objet de rendre évidentes pour tout le monde les sympathies que la commission éprouvait pour le projet qu'on lui soumettait. Si l'on en juge par l'impression produite dans la presse médicale, il semble que la commission ait désapprouvé ce projet, tandis que l'approbation a été, au contraire, unanime, et nous avons pensé que c'était à la manière trop absolue avec laquelle nous avions suivi les questions qu'il fallait attribuer l'impression que nous avons produite.

M. *Desportes* demande la parole.

Plusieurs membres : Aux voix !

La première conclusion est mise aux voix et adoptée.

M. *Larrey* demande la parole pour une motion d'ordre ; il trouve que la conclusion n'a pas été soumise à une discussion spéciale.

M. *Michel Lévy :* C'est ce qui vient d'être fait.

On passe à la discussion de la deuxième conclusion.

M. *Moreau* : Je crois qu'il serait utile de réunir les fonctions de médecins vérificateurs à celles de médecins cantonaux ; ce serait le seul moyen d'obtenir un résultat.

M. *Velpeau* : J'entrevois dans cette conclusion une difficulté qui doit avoir frappé comme moi les membres de la commission : les l'institution de médecins vérificateurs et cantonaux chargés de constater les décès. En général, j'ai vu, même à Paris, que ces médecins étaient assez mal vus par les autres confrères, et par des motifs souvent légitimes. Un malade est traité par un médecin quelconque ; il meurt, le décès est constaté par un autre ; si ce dernier n'est pas bien disposé, il laisse entrevoir quelque soupçon dont les parents se saisissent et qu'ils interprètent. Cela est arrivé, et il n'est pas possible de l'éviter, car les médecins vérificateurs ne se tireront toujours d'affaire. Dernièrement encore, un confrère perd un malade qu'il soignait : il s'aperçoit que la famille le reçoit avec froideur ; il s'informe, et apprend que le médecin vérificateur, interrogé sur la nature du traitement, s'était contenté, sans proférer une parole, de donner à sa physionomie un caractère de désapprobation. Ces inconvénients se rencontreront dans les campagnes. J'ajoute qu'il n'est pas possible que de pauvres médecins de village voient avec plaisir un homme qui viendra exercer sur eux une espèce d'autorité. Pourquoi ne seraient ils pas chargés eux-mêmes de donner le bulletin ? En effet, les médecins cantonaux arrivant après la mort seront le plus souvent obligés d'avoir recours à la complaisance de celui qui aura prescrit le traitement ; pourquoi ne pas s'adresser directement à celui-ci ?

M. *Guérard* : De quelque manière qu'on s'y prenne, on se heurte toujours contre les passions humaines, et si cette organisation présente quelques inconvénients, ce n'est pas une raison pour la rejeter si elle doit être utile. Dans nos campagnes, plus de la moitié peut-être des malades meurent sans secours, parce qu'il faut payer. Or, ces médecins cantonaux, comme nous l'avons dit dans le rapport, seront fonctionnaires et, par conséquent, rétribués. Ils présentent donc le double avantage de donner des soins à des gens qui ne peuvent pas en avoir faute d'argent et de faire les médecins vérificateurs.

M. *Desportes* : Ne pourrait-on pas obvier aux inconvénients signalés par M. Velpeau en demandant que le service des médecins cantonaux fût fait à tour de rôle par chacun des médecins du canton ?

M. *Velpeau* : Je ne m'élève pas absolument contre l'institution des médecins cantonaux ; mais je crois qu'il serait prudent de restreindre leur action en disant que les causes de décès seront constatées par le médecin qui aura traité le malade.

M. *Michel Lévy* : C'est ce qui est dit dans le rapport.

M. *Guérard* : On a prétendu qu'il y aurait de graves lacunes parce que beaucoup de malades ne font pas appeler de médecins ; c'est pour cela que nous avons songé aux médecins cantonaux ; mais ils n'ont aucune autorité sur les autres.

M. *Gibert :* Je voudrais voir écarter de cette question tout ce qui se rapporte à l'intérêt professionnel. Il s'agit d'examiner si la chose est bonne au point de vue de l'humanité.

M. *Devergie :* M. Guérard a dit que tous les médecins feraient un bulletin de décès ; mais, pour cela, il faut établir une loi. Jusque-là il n'y a aucune obligation. La loi exige des médecins les déclarations de naissance ; mais rien jusqu'à présent ne peut les contraindre à faire un bulletin de décès.

M. *Guérard :* Dans la question ministérielle se trouve posée celle de M. Devergie. Si l'Académie juge une loi nécessaire, le ministre la demandera. Nous devons supposer que les médecins apporteront librement leur concours, et la loi n'interviendra que s'il faut vaincre des résistances.

M. *Velpeau :* Je crois qu'il y a dans mon objection quelque chose de très sérieux ; je voudrais qu'il fût dit très nettement que les décès seront constatés par les médecins traitants, et, à défaut seulement, par les médecins cantonaux.

M. *Guérard :* Cette proposition est dans la sixième conclusion du rapport.

M. *Barth :* Il me semble que le rapport dit que toutes les fois qu'un malade aura été traité, le traitant donnera le bulletin ; mais, s'il n'y a pas de médecin appelé, le médecin cantonal donnera d'abord les soins, et donnera le bulletin, s'il y a lieu. Tel est le but de la commission.

M. *Robert :* Les médecins vérificateurs sont en dehors de la statistique ; je demande qu'ils soient complétement supprimés dans cette question, attendu qu'ils ne connaissent nullement la maladie. Ils sont chargés de constater les décès, et non la cause du décès. Je propose de ne plus parler de médecins vérificateurs, qui n'ont rien à faire dans une statistique de cette nature.

M. *Guérin :* M. le ministre a posé une question pratique, et on lui répond par une question de principe. Il faut répondre que le bulletin sera délivré par le médecin traitant, et en son absence par le médecin cantonal.

MM. *Bouchardat* et *Cazeaux* prononcent quelques mots dans le même sens.

M. *Adelon :* Les vérificateurs ne sont, en effet, institués que pour constater les décès, et pour venir en aide à l'officier de l'état civil, qui est nécessairement incompétent dans cette question. Il est incontestable que la mission des médecins vérificateurs n'a aucun rapport avec la statistique médicale, et qu'ils ne sont nullement chargés de constater les causes de décès.

M. *Guérard :* Les médecins vérificateurs sont surtout appelés, il est vrai, à constater les décès, et non à en déterminer les causes, mais bien souvent ils ont à constater des morts violentes, et ont appelé sur ce sujet l'attention de l'autorité ; l'on a trouvé leur rôle assez important pour créer à Paris des inspecteurs généraux qui vont faire une seconde constatation.

M. *Bégin :* On entrerait, je crois, dans les vues proposées, et l'on ne changerait rien à ce que désire la commission, en rattachant la sixième conclusion à celle-ci, de manière que tout ce qui est relatif à la constatation des décès fût contenu dans la même conclusion.

M. *Guérard :* Il me semble qu'on ferait droit aux réclamations de l'Académie en disant que les médecins cantonaux rédigeront le bulletin en cas de décès sans soins médicaux.

M. *Larrey :* Je suis frappé, dans la discussion de cet article, d'une contradiction flagrante ; il est entendu que la possibilité d'une statistique existe, et voilà que, contrairement à ce principe, on nous dit que la moitié des malades meurent dans les campagnes sans soins médicaux. Comment résoudre cette difficulté ?

M. *Michel Lévy :* Par les médecins cantonaux.

M. *Larrey :* Les causes des décès ne pourront pas être constatées ; il y a contradiction.

M. *Guérard :* Il ne faut pas confondre la possibilité scientifique et la possibilité pratique. Quelque peu précis que soit l'état de la science médicale, la commission pense que, le plus souvent, les causes de décès pourront être données ; mais il reste à savoir quelles mesures doivent être prises pour obtenir ce résultat, et c'est là l'affaire de l'administration.

M. *Lévy :* Je mets aux voix la proposition de M. Bégin.

M. *Velpeau :* Je demande que le médecin traitant ne dépende en rien du médecin cantonal.

M. *Lévy :* L'Académie adopte-t-elle la modification de M. Bégin, sauf rédaction par la commission ?

M. *Gibert :* La réunion de la deuxième avec la sixième conclusion.

L'amendement de M. Bégin est mis aux voix et adopté. La rédaction est laissée aux soins de la commission.

L'Académie se forme en comité secret.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 21 AOUT 1857. — PRÉSIDENCE DE M. DENONVILLIERS.

(Suite. — Voir n° 42.)

M *Guibout* communique le fait suivant :

PNEUMONIE AIGUE, CIRCONSTANCES PARTICULIÈRES.

Dans une de nos dernières séances, j'ai présenté l'observation d'une pneumonie dont la marche a offert un intérêt véritable ; il s'agissait d'une pneumonie rémittente. Aujourd'hui je vais vous soumettre une autre observation de pneumonie qui, sous un autre rapport, m'a paru digne de fixer votre attention.

OBS. — Au n° 53 de la salle Notre-Dame, dont je suis chargé à l'hôpital de la Pitié, a été reçue, dans le courant du mois de juin dernier, une femme dont le facies portait au plus haut degré le cachet de la souffrance. Les traits profondément ridés et amaigris, les yeux éteints et sans expression, le teint terreux, les lèvres décolorées, tout chez cette malade annonçait une constitution détériorée ; on lui eût donné au moins cinquante ans, et pourtant elle n'en avait que vingt-huit.

Au premier sentiment de peine que l'on éprouvait à la vue de cette vieillesse ou de cette dégradation anticipée, succédait bientôt un dégoût occasionné par des milliers de poux qui pullulaient sur le corps décharné de cette femme, et qui de là se répandaient de tous côtés sur le lit. Ces animaux étaient en quantité innombrable ; aucune partie du corps n'en était exempte, et toute la surface de la peau, depuis le visage jusqu'aux membres inférieurs, était labourée d'une multitude de cicatrices ou de petites plaies résultant, soit des morsures de poux, soit de l'action des ongles de la malade. Cette malheureuse femme, chiffonnière de son état, offrait donc l'aspect le plus hideux et le plus repoussant. Nous dûmes cependant l'examiner.

La peau était sèche et sans chaleur bien notable. Son pouls, assez fréquent, battait environ de 80 à 90 fois à la minute ; il était mou, petit, sans résistance ; la respiration était gênée, la malade accusait un point de côté à droite. Tout le côté droit de la poitrine en arrière était mat à la percussion, et le murmure vésiculaire s'y trouvait remplacé par un mélange de souffle tubaire et de râle crépitant. Il y avait de la toux, mais pas de crachats. Nous avions donc affaire à une pneumonie qui datait de trois à quatre jours, d'après les renseignements qui nous furent donnés, et qui se présentait au premier et au deuxième degré.

La constitution détériorée de la malade, sa dégradation physique et morale si profonde, résultant à la fois de son épouvantable hygiène et de sa passion pour l'ivrognerie, qu'elle satisfaisait tous les jours au moyen de l'affreuse eau-de-vie des marchands de vin de bas étage : tout cela s'opposait évidemment à un traitement antiphlogistique et hyposthénisant.

Une indication toute spéciale, et qui nous parut majeure, était encore fournie par la phthiriase. Nous crûmes que nous ferions une chose salutaire et qui contribuerait à la résolution de la maladie en essayant de rétablir les fonctions de la peau, et de la stimuler par des bains irritants qui auraient en même temps l'avantage de détruire la vermine. Sans nous laisser arrêter par la considération de la pneumonie, nous prescrivîmes donc tout de suite un bain avec 10 *grammes* de sublimé, un vésicatoire très large qui devait recouvrir tout le côté droit de la poitrine en arrière, et que l'on devait appliquer immédiatement après le bain ; une potion calmante et du bouillon.

Le lendemain, la malade était moins oppressée, le pouls un peu plus fort, l'état général un peu meilleur ; le vésicatoire avait très bien pris. Bien que toute la literie eût été changée, un très grand nombre de poux se voyaient encore, tant sur le corps de la malade que sur tout ce qui la recouvrait.

Nous prescrivîmes un deuxième grand bain contenant encore la solution de 10 grammes de sublimé. Nous recommandâmes de ne lever le vésicatoire qu'après ce bain, afin de ne pas mettre le derme dénudé au contact de l'eau. Nous prescrivîmes, comme la veille, du bouillon, et, dès ce deuxième jour du traitement, du vin de quinquina coupé avec de l'eau de gomme.

A notre troisième visite (troisième jour du traitement), les poux n'étant pas encore détruits, nous ordonnâmes un troisième bain de sublimé, une plus grande quantité de bouillon et de vin. Les trois jours suivants, la malade prit chaque jour un bain de Baréges contenant une quantité d'hydrosulfate de soude double de celle qui est employée habituellement, c'est-à-dire 500 grammes au lieu de 250.

Après avoir pris ainsi pendant six jours consécutifs un grand bain, soit

sulfureux, soit mercuriel, *et cela malgré une pneumonie au premier et au deuxième degré*, la malade se trouva dans un état des plus satisfaisants. Les poux étaient enfin détruits, la peau était devenue plus souple, moins sèche, moins rude; elle commençait à devenir *vivante*. Le vésicatoire avait fourni une suppuration assez abondante et se séchait; les pulsations étaient tombées à 70 environ, et la respiration parfaitement libre; le son était moins obscur à la percussion, le souffle avait disparu, et l'on n'entendait plus que des bulles de râle crépitant larges et humides. Nous continuâmes à alimenter la malade comme nous l'avions fait dès le premier jour, à lui donner du vin généreux, du potage gras, de la viande même; nous lui fîmes faire sur toute la peau des frictions excitantes avec le baume de Fioravanti, et, sous l'influence de ce traitement tonique et réparateur, la résolution de la pneumonie étant devenue complète et l'état des forces le permettant, la malade sortit vers le vingt ou vingt-cinquième jour de son séjour à l'hôpital, guérie de sa pneumonie.

— Nous appellerons d'une manière toute spéciale l'attention de la Société sur deux points différents de cette observation.

Le premier point, c'est la malade elle-même, jeune femme non mariée et cependant mère de cinq enfants, usée par l'ivrognerie, la débauche et tout ce qui constitue les habitudes déplorables de cette vie de chiffonnier, vie dégradante pour l'esprit et pour le corps, et qui, d'une femme de vingt-huit ans, fait déjà un vieillard.

Le deuxième point sur lequel nous insistons, c'est le traitement; ce sont en particulier les bains pris chaque jour au milieu d'une pneumonie aiguë, et qui, au lieu de favoriser le développement de cette pneumonie, en ont au contraire favorisé la solution.

RÉCIDIVE DE FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. *Guibout :* Nous entretiendrons encore la Société d'une fièvre typhoïde parfaitement caractérisée, survenue chez un malade demeurant à Paris, rue Saint-Honoré, à la boulangerie de l'hôtel du Louvre. Ce malade avait été soigné par nous d'une première fièvre typhoïde, six mois auparavant; il avait été très bien guéri, et, six mois plus tard, il y avait chez lui récidive.

Comme ces cas de récidive ne sont pas fréquents, surtout à un intervalle aussi rapproché, nous avons cru devoir signaler celui-là à la Société. Le malade est aujourd'hui guéri de sa deuxième fièvre typhoïde aussi complétement qu'il l'avait été de sa première.

DIAGNOSTIC DE CERTAINES PARALYSIES.

M. *Bourguignon* appelle l'attention de la Société sur certaines formes de paralysie dont le diagnostic est très difficile à établir. Les individus qui en sont atteints présentent les symptômes suivants. Impossibilité de se tenir dans la station verticale; les membres chancellent: les sujets sont obligés de s'asseoir ou de se coucher. Si on les examine au lit, on trouve les mouvements faciles; la sensibilité cutanée est intacte, rien n'annonce qu'il y ait paralysie. On note cependant un amaigrissement général, une atrophie prononcée.

Quelles sont les causes de cette affection? Y a-t-il lésion des centres nerveux ou seulement d'une partie de ce système affectant l'appareil génito-urinaire ou tout autre appareil? La question présente pour moi trop d'obscurité pour que je puisse me prononcer.

M. *Duparcque* cite le fait d'un jeune homme âgé de trente ans et ayant présenté les symptômes indiqués par M. Bourguignon; seulement, il n'y avait pas atrophie au début. Il ignore quelles sont les causes et les altérations d'une semblable paralysie. Ne pourrait-on pas admettre cependant, pour expliquer la résolution subite des membres lorsque le malade veut se lever, qu'il existe un léger épanchement séreux dans le canal médullaire, et dont l'accumulation à la partie déclive détermine une compression de la moelle?

M. *Duchenne* (de Boulogne) a vu des malades qui ont présenté la série des symptômes indiqués par MM. Bourguignon et Duparcque; cependant il croit que la paralysie revêt une autre allure, sur laquelle il appelle l'attention de la Société. Les malades qui en sont atteints peuvent se tenir debout; ils sentent le sol, mais ils [illegible] lent; ils ne peuvent pas coordonner leurs mouvements. [illegible] cette paralysie procède de haut en bas, contrairement [illegible] a dit. Les malades éprouvent des troubles dans les mouve[illegible] muscles de l'œil, ces troubles sont intermittents; la vue [illegible] encore, plus tard il y a diplopie; la marche n'est pas sûr[illegible] incertaine. Un peu plus tard, la vue se trouble, il y a [illegible] rose : alors survient le trouble dans la coordination des [illegible] ments; la sensibilité tactile est émoussée. Enfin, l'affect[illegible] progrès et gagne les membres supérieurs. L'atrophie n'[illegible] rapide, ni nécessaire. M. Rostan attribue l'affection à un ra[illegible] sement de la base du cerveau.

M. *Bourguignon*. Chez les malades que j'ai observés, l'[illegible] n'a pas suivi la marche tracée par M. Duchenne; il n'y a pas de troubles visuels. Je donne des soins actuellement à [illegible] malade atteint de paralysie avec atrophie progressive; [illegible] a eu la syphilis; mais chez lui, l'intelligence est intacte. L[illegible] de son mal remonte à trois ans et s'est manifesté par des [illegible] dissements, des fourmillements dans les membres inféri[illegible] paraissant d'abord par la marche pour reparaître plus tard [illegible] peu l'affection a gagné les membres supérieurs; puis sont [illegible] des troubles dans les voies digestives : dyspepsie, dégoût [illegible] aliments, douleurs épigastriques très vives, amaigriss[illegible] trême. La colonne vertébrale est intacte; pas de troubles [illegible] intelligence nette.

M. *Delasiauve* rapporte aussi les faits dont on a parlé [illegible] ration de la base du cerveau ou de la partie supéri[illegible] moelle. Une femme atteinte d'une paralysie présentant les [illegible] tères qui viennent d'être cités avait en même temps des [illegible] de la vue; elle fut soumise au traitement suivant : ven[illegible] rifiées, vésicatoires au cou et aux cuisses; strychnine, [illegible] gramme par jour. La santé est rétablie.

M. Delasiauve a eu occasion d'observer cette forme de pa[illegible] chez les épileptiques. D'après lui, il y a affaiblissement et [illegible] faut de coordination.

La séance est levée à cinq heures.

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie, t. II et III de la 2[e] série. 2 vol gr. in-8 [illegible] et 1857. Paris, chez J.-B. Baillière et fils.

Mémoires de la Société médicale d'observation de Paris t. III, 1856. — **Recueil des travaux de la Société médicale d'observation de Paris,** fascicules 1[er] et 2[e], 1857. Paris, chez J.-B. Baillière et fils.

Bulletins de la Société de chirurgie de Paris pendant l'[illegible] 1856-1857. Paris, chez Victor Masson.

Suite. — Voir le numéro 43.

— Un fait, à peu près unique dans la science, a donné à MM. Ch. Robin et Mercier l'occasion d'étudier, dans un M[illegible] *sur l'hématoïdine et sur sa production dans l'économie* [illegible] composition de la matière colorante du sang. Chez un hom[illegible] des suites d'une pneumonie très étendue, on trouva entre [illegible] lésions une augmentation considérable du foie qui renf[illegible] sieurs kystes de volume variable. L'un d'eux, très vaste, [illegible] vésicules hydatiques affaissées et nageant dans un liquide [illegible] sâtre, fétide, communiquait par un trajet fistuleux, au trave[illegible]

diaphragme aminci et adhérent, avec une bronche assez grosse, appartenant au lobe inférieur hépatisé du poumon droit. Cette communication expliquait un vomissement de matières fétides et d'aspect particulier, rendues par le malade quelques jours avant sa mort. Au milieu du liquide de ce kyste se trouvaient suspendues de très petites granulations rappelant par leur couleur la poussière de vermillon. Enfin, au fond du kyste, reposait une masse solide, du volume d'une grosse noisette, globuleuse, régulière et entièrement formée de la matière rouge qui constituait les petits grains qui viennent d'être signalés.

Il paraîtrait que M. Tardieu avait déjà trouvé dans un kyste du foie une masse tout à fait analogue. M. Buckler de Baltimore en aurait rencontré aussi une à peu près semblable, mais beaucoup plus petite, dans un foyer apoplectique enkysté du cerveau, et enfin M. Goubaux aurait vu une ou deux masses de même aspect dans des kystes du foie chez le cheval.

MM. Robin et Mercier donnent tous les caractères physiques de la masse rouge qu'ils ont ainsi recueillie. Elle était formée entièrement de cristaux microscopiques, réguliers, très nets; c'étaient des prismes obliques à base rhomboïdale. Leur couleur était rouge orange ou rouge carmin plus ou moins foncé, très caractéristique.

On trouve ces cristaux dans bien des conditions diverses chez l'homme; mais, comme nous l'avons dit, il est extrêmement rare de les rencontrer en masse cohérente. Dans tous les épanchements sanguins, soit de la peau ou du tissu cellulaire, soit des organes parenchymateux, on peut les observer. Les caillots du cœur, ceux des poches anévrysmales, ceux du céphalhématome, de tumeurs cancéreuses et fibro-plastiques, en contiennent souvent. On a rencontré cette matière, soit à l'état amorphe, soit à l'état cristallisé, même au milieu d'éléments anatomiques, par exemple des cellules de la rate, du poumon, des reins, etc.

Ce produit cristallisé n'est autre chose que l'hématoïdine. MM. Robin et Mercier ont déterminé avec tout autant de soin les caractères chimiques du produit. La réaction la plus intéressante est celle que subit l'hématoïdine en présence de l'acide sulfurique du commerce, qui lui enlève le fer qu'elle contient, sans détruire sa couleur rouge, ce qui montre que la présence du fer n'est pas, comme bien des personnes le supposaient, la cause de la coloration de cette matière.

L'analyse chimique a été faite avec le plus grand soin, après purification de la masse par des lavages successifs à l'eau, à l'alcool et à l'éther, pour enlever les matières étrangères.

Pour MM. Robin et Mercier, l'hématoïdine est différente de l'hématosine. Ce dernier nom a été donné par M. Chevreul au principe colorant des globules du sang. L'hématosine a été étudiée par différents auteurs et surtout par Mulder. Lorsque l'on compare les résultats de l'analyse de l'hématosine par Mulder avec les résultats obtenus par MM. Robin et Mercier pour l'hématoïdine, on voit, comme le font remarquer ces auteurs, que la présence du fer dans le premier corps, son absence du second, constituent la principale différence qui existe entre eux. Il suffirait pour ramener l'hématosine à la composition de l'hématoïdine de supposer qu'un équivalent de fer y serait remplacé par un équivalent d'eau.

C'est Virchow qui, le premier, a bien reconnu la nature de l'hématoïdine et qui a même proposé ce nom pour désigner le produit qu'il décrivait. MM. Robin et Mercier font un historique complet de la question, et leur conclusion, appuyée sur d'imposantes autorités, établit comme différentes les deux substances en question, l'hématosine et l'hématoïdine. Celle-ci serait un produit de décomposition de la première.

Quand on connaît les divers procédés à l'aide desquels on extrait l'hématosine du sang, on est bien en droit de se demander si l'on est sûr d'avoir obtenu un produit pur et exempt de matières étrangères, et si l'on peut certifier que le fer donné par l'analyse fait bien partie intégrante de ce principe colorant. Il est bien difficile d'admettre qu'une décomposition puisse se produire aussi rapidement que cela serait nécessaire pour former en quelques minutes des cristaux d'hématoïdine au milieu du sang pris sur un animal vivant, ainsi qu'on le voit en examinant au microscope, sans employer aucun réactif, du sang de chien, de cochon d'Inde, de lapin, de rat, et même quelquefois du sang humain. Il ne répugnerait peut-être pas de penser que l'hématoïdine est la vraie, la seule matière colorante des globules du sang, mais que, dans le sang vivant, cette matière est unie plus ou moins intimement à des éléments étrangers qui, une fois que le sang est soustrait à l'influence des forces vitales, tendent à s'en séparer. Le travail de MM. Robin et Mercier est des plus intéressants pour la chimie pure et surtout pour la physiologie, car l'étude des principes immédiats est sans contredit une des bases les plus légitimes sur lesquelles puisse s'appuyer la science de la vie.

— L'observation que M. le docteur Charcot a communiquée à la Société de biologie sous ce titre : *Gangrène du pied et de la jambe gauches ; dépôts fibrineux multiples dans les reins, la rate, le foie ; engorgements hémoptoïques dans les deux poumons*, est suivie de commentaires qui en font un véritable mémoire. Ce médecin est un des premiers qui aient fait connaître en France la leucocythémie et les théories de Frerichs sur l'urémie. Dans ce nouveau mémoire, il expose en pages substantielles le résumé des travaux de Virchow et de plusieurs pathologistes allemands et anglais sur l'*embolie*, et ici encore il est des premiers à appeler l'attention des médecins français et à la fixer sur ces explications hardies et ingénieuses qui semblent maintenant être acceptées dans les écoles étrangères. Il est bon de faire remarquer que c'est au sein de la Société de biologie que sont nés les premiers travaux français sur la leucocythémie (Leudet, Charcot) et sur l'embolie (Charcot).

Dans l'observation de M. Charcot il s'agit d'une femme de quatre-vingt-six ans, morte à la Salpêtrière dans le service de M. Cazalis. Après avoir offert des douleurs vives avec fourmillements dans les deux membres inférieurs, qui sont devenus froids, cette malade est prise de délire léger et d'un état adynamique très prononcé. Les battements du cœur sont très irréguliers, le cœur est volumineux. Au bout de quelques jours apparaît une teinte violacée sur le pied gauche, et cette coloration, nuancée de rouge vif, fait des progrès les jours suivants, et s'étend sur toute la surface de la jambe dans ses deux tiers inférieurs. Malgré les fomentations aromatiques, les applications excitantes, l'état local ne s'améliore pas, l'état général paraît s'amender. On ne sent bientôt plus que des battements très faibles dans l'artère crurale gauche ; puis les douleurs diminuent dans le membre sphacélé, et la malade meurt au bout de dix-huit jours de maladie.

A l'*autopsie*, on trouve un cœur volumineux, quelques concrétions calcaires sur les valvules sygmoïdes, des plaques et incrustations calcaires en quelques points de la crosse de l'aorte et de l'aorte descendante. L'aorte abdominale, un peu avant sa bifurcation, est transformée en un tube résistant, comme osseux. L'artère crurale gauche est remplie par un caillot noir, assez résistant, à peine adhérent à la membrane interne, qui présente une couleur violacée, mais qui est peu friable. L'artère tibiale antérieure contient un caillot plus consistant et beaucoup plus adhérent aux parois, qui offrent des plaques blanchâtres, non calcaires. Mêmes altérations dans les artères tibiale postérieure et péronnière. Les veines sont fortement distendues par du sang noir à demi coagulé. L'artère crurale droite présente un caillot pareil à celui qui remplit l'artère crurale gauche.

Il y a des noyaux d'apoplexie pulmonaire : un noyau de 2 centimètres de diamètre, d'une coloration jaune rougeâtre, dans la rate, et des noyaux analogues dans les reins et dans le foie.

Cette observation montre un ensemble de phénomènes symptomatiques et de lésions qui s'est présenté certainement à la plupart des observateurs, et, dans les cas de ce genre, on a dû depuis longtemps se demander si ces diverses altérations, oblitérations veineuses et artérielles d'une part, et dépôts soit sanguins, soit fibrineux d'autre part, devaient être considérées comme liées les unes aux autres par un rapport de causalité, ou si l'on ne devait voir là que de simples coïncidences entre des lésions d'origine et de date différentes.

M. Charcot avait lui-même déjà communiqué à la Société de biologie, en 1851, un fait analogue qu'il rappelle dans le mémoire dont il est ici question. Il s'agissait d'un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu, et ayant succombé à la suite d'une affection cérébrale à marche aiguë, caractérisée par du subdelirium suivi de coma et une paralysie bien marquée du côté gauche du corps. On trouva, à l'autopsie, outre les dépôts fibrineux viscéraux multiples et de nombreux caillots hémorrhagiques, un ramollissement de la substance cérébrale au voisinage de la couche optique et du corps strié du côté droit ; et, dans le cœur, des végétations fibrineuses, siégeant sur les valvules mitrales, qui étaient comme ulcérées à leur bord libre. A cette époque, l'auteur ne connaissait pas encore les travaux de Virchow et ceux, plus récents, de Senhouse Kirkes, de Rokitansky et autres. Cependant il avait bien fait remarquer que toutes ces lésions semblaient enchaînées les unes aux autres par une cause générale.

Des deux faits rapportés par M. Charcot, l'un se prête facilement à l'explication de Virchow : c'est le dernier dont il vient d'être fait mention. On y trouve toutes les conditions nécessaires au mécanisme de l'embolie. Comme le fait remarquer M. Charcot, ces conditions manquent, au contraire, dans une observation rapportée au début de ce mémoire. On ne voit point, en effet, de caillot végétant sur les valvules du cœur, ni de vrai caillot fibrineux dans les veines. Et cependant, quelle analogie n'y a-t-il pas entre les lésions constatées dans les deux faits ! Un partisan déclaré de la doctrine de Virchow trouverait probablement M. Charcot bien timide lorsqu'il ne fait qu'indiquer comme possible la chute de petits fragments des plaques ostéiformes de l'aorte, et leur dissémination dans les vaisseaux des différents viscères ; d'où obturation de ces vaisseaux et lésions consécutives du parenchyme. Nous croyons, au contraire, qu'on doit savoir gré à l'auteur de sa réserve. Il s'agit ici d'une question qui est à l'étude, et il faut prendre garde d'en rendre la solution impossible en accordant une égale valeur aux faits bien nets et aux faits douteux. L'analogie ne peut se saisir de ces derniers que lorsque la théorie établie sur les premiers est devenue incontestable. M. Charcot, tout en laissant la question dans le doute, n'accepte pas que l'on puisse attribuer, dans le cas dont il s'agit, la formation des caillots des artères à une artérite : rien ne justifierait une pareille hypothèse.

(La suite à un prochain numéro.)

Dr A. Dechambre.

VI.

VARIÉTÉS.

Société anatomique. — La Société reprendra le cours de ses séances vendredi prochain, 6 novembre, à trois heures précises.

Ordre du jour. — Rapports sur les travaux présentés par les candidats au titre de membre adjoint. — Présentation de pièces anatomiques et communications diverses. — Discussion.

Dans une des séances suivantes, la Société procèdera à l'élection des membres adjoints.

— MM. les docteurs en médecine, autorisés par M. le ministre de l'instruction publique à faire des cours dans l'École pratique, sont invités à se rendre, le lundi 9 novembre, et à midi précis, à la Faculté, pour la distribution des heures et des amphithéâtres.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Bellingham, chirurgien de l'hôpital Saint-Vincent, et président de la cour des examinateurs au Collége royal des chirurgiens de l'Irlande.

Pour toutes les Variétés, A. Dechambre.

VII.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

Deutsche Klinik. — Nos 37 et 38. — 37 et 38. Sur la mélanose du pou[illegible] par *Oppert*. — Les infusoires, phénomène pathologique déterminé [illegible] humain, par *Brœsicke* et *Streubel*.

Wiener Medizin. Wochenschr. — Nos 36 et 37. — 36. Extrait du [illegible] mie pathologique de Virchow, à Berlin ; le cancer en chou-fleur du col [illegible] cancroïde de cet organe. — 37. Quelques mots sur un cas rare de dég[illegible] des ovaires, par *H. Zimmermann*.

British Medical Journal. — N° 38. Analyse de l'urée dans l'urine au p[illegible] clinique, par *Thudichum*. — Cas de paralysie rhumatique, par *Dulley*. — [illegible] hautes doses d'opium, par *Pritchard*. — 39. Fractures intra-utérines, par *[illegible] ker*. — Placenta *prævia*, hydatides dans l'utérus, par *R.-W. Jones*. — [illegible] tures, etc. (suite). — Physiologie, etc., de l'utérus (suite). — Cas de [illegible] vie, par *Mackinder*. — Immunité comparée après la petite vérole et après [illegible] nation, par *Rigden*. — Maladies incoercibles pendant la grossesse ; deux a[illegible] ments prématurés artificiels chez la même femme ; mort, par *Garraway*.—[illegible] mination dans la fièvre, par *H. Jones*.

Medical Times and Gazette. — N° 375. Clinique de l'hôpital de Malte, par *J.-A. [illegible] ton*. — Maladies du genou, résection, par *Price*. — Blessures et [illegible] doigts, par *Wordsworth*. — 376. Mode de vision après l'opération d'u[illegible] uni-latérale, par *Graefe*.

The Lancet. — 1857. N° 5. Traitement du diabète sucré, par *Nelson* — E[illegible] thérapeutique de l'oxygène, par *Birch*. — Cas de lupus, par *Bakwell*. — E[illegible] nement par l'arsenic, guérison, par *Godfrey*. — 6. Sur les opérations [illegible] (suite), par *Little*. — Cas d'hémiplégie directe, par *P. Eudes*. — Tr[illegible] choléra, par *Boate*. — Application du cautère électrique, par *Larding*. — [illegible] thopédie (suite), par *Little*. — Emploi de l'électricité, par *Althaus*. — S[illegible] thalmoscope, par *Hogg*. — Traitement des maladies sans stimulants alco[illegible] *Higginbottom*. — Régularisation de l'emploi de l'opium, par *R. Olives*. — 8. E[illegible] tricité (suite). — Utilité de bandages dans le prolapsus utérin et vaginal, par [illegible] — Luxation des os claviculaire et cunéiforme, par *Lonsdale*. — Nouveau [illegible] contre le cancer, par *A. Cooke*. — Nouvelle opération pour la fistule vésico-[illegible] par *Sawyer*. — 9. Ascarides lombricoïdes ; effets comme toxiques, par [illegible] — Rupture du périnée, par *B. Brown*. — Luxation du genou, etc., par [illegible] — Théorie de la race, par *Knox*. — Empoisonnement par l'opium, par [illegible] — 10. Valeur de l'anatomie pathologique, par *Gant*. — Sur l'ectropion, par [illegible] *worth*. — Rupture du périnée, par *Brown*. — Sur les épidémies, par [illegible] — Cas d'encéphalocèle, par *Z. Laurence*.

Ἡ ἐν Ἀθήναις ἰατρικὴ Μέλισσα (*Abeille médicale d'Athènes*). — Cahier d[illegible] et mars. Sur la morve et le farcin. — Épilepsie hystérique guérie par [illegible] magnétisme. — Sur la syphilis. — Observation d'hermaphrodite. — [illegible] fièvres intermittentes larvées. — Cahier d'avril. Des monstruosités et [illegible] phrodisme. — Cahier de mai. De l'auscultation du cœur dans les états phy[illegible] et pathologique. — De l'amylène et de l'oxyde de carbone. — Cahier de [illegible] l'inoculation et de la vaccine. — Sur la nature des fièvres intermittentes. — [illegible] l'amylène. — Cahier de juillet. Sur la gymnastique. — Observation de fièvre [illegible] mittente à forme de pneumonie. — De la variole — Cahier d'août. De l'aus[illegible] tion du cœur dans les états pathologique et physiologique (suite). — De l[illegible] térie.

Ὁ Ἀσκληπιός (*l'Esculape*, journal de la Société de médecine d'Athènes). — [illegible] de janvier. De la leucémie. — Remarques pratiques sur la guérison du [illegible] — Cahier de février. Deux observations de périopie. — Observation de g[illegible] extra-utérine suivie de guérison. — Cahier de mars. Observation d'hydr[illegible] — De l'amylène. — Cahier d'avril. De la maladie d'Addison. — Empoisonnement [illegible] la jusquiame. — Cahier de mai. De la piqûre de frelon et des dangers qui p[illegible] en résulter.

Gazzetta medica italiana (Toscana). — N° 37. Recherches microscopiques [illegible] fluxion sanguine (suite). — Cas d'embryotomie, par *Giordano*. — De l'[illegible] de la contagion *in specie*, par *Amadeo*. — Doctrine des contages (suite), par [illegible] — 38. Rupture de l'utérus ; passage du fœtus dans l'abdomen, par *F*[illegible] — 39. Sur la rate noire dans ses rapports avec la maladie d'Addison, par *T*[illegible]

Giornale delle Scienze mediche della R. Accad. Medico-Chirurgica [illegible] — N° 16 (31 août). Doctrine des contages (suite), *par Rosso*. — 17.

Il Filiatro Sebezio. — Septembre. Sur la mélanémie cutanée, par *de Mar*[illegible] — Chorée des muscles de l'œil, par *Merolla*. — Ménorrhagie guérie par [illegible] par *Sarubbi*. — Introduction à la pathonomie, par *Piccirilli*.

Il Morgagni. — N° 5. Histoire d'une tumeur hydatique, par *G. Biondi*. — [illegible] d'ablation totale du maxillaire supérieur, par *F. Cianflone*. — Modification [illegible] ceps de Smellie, par *R. Nori*.

El Siglo medico. — N° 191. Clinique. — 192. Clinique. — Effets des ca[illegible] rales de Charles III, par *Gonzalez y Crespo*.

Gazeta medica de Lisboa. — N° 111. Climat de Lisbonne comparé à celui de Funchal. — Fistule vésico-vaginale guérie par le procédé de Jobert, par *Barbosa* — Choléra de Madère, par *A. Branco*. — 112. *Idem*. — Climat de Funchal (suite).

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. PARIS, 6 NOVEMBRE 1857. N° 45.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 5 novembre 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS (1). — OPINIONS DES JOURNAUX. — CONSEILS GÉNÉRAUX : MÉDECINE CANTONALE ; ASILES D'ALIÉNÉS.

La nouvelle rédaction apportée mardi dernier à l'Académie par la commission de la statistique mortuaire, et qui devait réunir la seconde et la sixième conclusions en une seule, a été l'objet d'un nouveau débat, qui n'a pu être vidé dans le cours de la séance. On n'a pas cru devoir prononcer un second renvoi à la commission, mais la discussion a été remise à la séance prochaine. Si les choses continuent à marcher de ce pas, on voit que le zélé et consciencieux rapporteur n'est pas au bout de ses peines. Nous entendons dire à ce propos, de différents côtés, que la question est mal étudiée. Il faut être juste pourtant envers la commission : ce n'est pas à elle que le reproche peut être adressé. Bon ou mauvais, son système est complet, harmonique, et si même il commence à perdre un peu de sa cohésion première, c'est depuis le remaniement exigé par l'Académie. Plusieurs de ses dispositions, aussi bien que les argumentations de M. Michel Lévy et de M. Guérard, attestent qu'il a été élaboré sous l'inspiration des travaux déjà accomplis sur le même sujet, notamment de ceux du Congrès de statistique. Bien au contraire, à chaque séance tombent sur ce système des objections où évidemment il n'est tenu compte ni du passé, ni du présent, pas même de l'ensemble des conclusions du rapport, pas même des discussions fermées et des votes acquis.

On se le rappelle, la possibilité d'une bonne statistique des décès et la convenance de l'exécuter ont été admises en principe par l'Académie, et il ne s'agissait plus que de déclarer, pour faire taire de justes appréhensions de M. Velpeau, et conformément à une proposition de M. Bégin, de déclarer, dans une seule et même conclusion, que la consignation de la cause du décès serait attribuée au médecin traitant, et, à son défaut, au médecin vérificateur ou au médecin cantonal. C'est ce qu'a fait la commission. Dès lors, nous n'apercevons plus le but de M. Velpeau, quand, reprenant une argumentation de M. Trousseau, et parlant, non plus des vérificateurs ou des médecins cantonaux, mais bien des *médecins traitants*, il compare leur besogne future à celle des médecins du *bureau central des hôpitaux*, qui appliquent, dit-il, le nom de *fièvre* à tous les cas de pathologie interne et le nom de *blessures* à tous les cas de pathologie externe. Si M. Velpeau a une si mauvaise opinion de la statistique projetée, comment ne la repousse-t-il pas nettement, absolument, comme irréalisable? M. Velpeau, il est vrai, — et nous l'en avons approuvé, — ne voulait pas de *suppléance* dans la mission de constater la cause de la mort, et il demandait que cette constatation ne fût confiée qu'au médecin traitant, et, en cas de mort sans secours médicaux, à personne. Mais c'était, ce nous semble, déjà trop accorder, puisque c'est de ce même médecin traitant qu'il suspecte ou la capacité ou le bon vouloir. Encore les quelques mots qui ont terminé une de ses argumentations étaient-ils de nature à jeter un nouveau doute sur la portée de ses remarques, et ont-ils autorisé M. le rapporteur à lui imputer une contradiction. La proposition finale de M. Velpeau admettait formellement l'intervention du médecin vérificateur en cas de refus du médecin traitant ou d'absence de soins médicaux. Mais ce n'était là probablement qu'une inadvertance.

Ajoutons que toutes les difficultés qui peuvent surgir par la faute du médecin, de son insouciance, de sa légèreté, de ses calculs, ne sont guère de nature à peser sur les résolutions de l'Académie. Le ministre demande si les principales causes de mort peuvent être constatées. On peut lui répondre tout simplement que la science n'est pas en état de constater les principales causes de décès, ou qu'elle est en état de

(1) Dans le dernier numéro, p. 770, 1re colonne, au lieu de : « non pas seulement en cas de maladie honteuse, mais en cas de *syphilis* », lisez : « mais en cas de *phthisie* ».

le faire; mais l'Académie ayant adopté la première opinion, il ne lui sied pas de la dissimuler au ministre, sous le prétexte que les médecins n'apporteraient pas à la confection des bulletins le zèle et la sincérité convenables. Que sert donc d'insister sur ce chapitre?

Ces remarques, toutes d'équité, n'impliquent pas de notre part l'approbation entière de la nouvelle conclusion. La commission, si nous osons le dire, a fait trop généreusement les choses. Préoccupée surtout de donner satisfaction aux susceptibilités exprimées dans la dernière séance, d'écarter les chances de conflit entre le médecin de la famille et le médecin vérificateur, elle a voulu élargir, autant que possible, la mission du premier : d'une part, en lui confiant tout ensemble la constatation de la cause du décès et celle du décès lui-même; d'autre part, en rendant l'une et l'autre obligatoires. Nous avons dit notre sentiment sur le caractère impératif de la mission. Nous n'en sommes pas offusqué. Nous ne craignons pas non plus que le médecin ait jamais à en souffrir dans sa dignité et son indépendance. Sur ce point, M. Trousseau est de notre avis, et M. Guérard a répondu aux objections comme nous l'avions fait nous-même. Mais le tort de la commission est d'avoir imposé au médecin libre le devoir de constater le fait du décès. Ç'a été pour la verve habituelle de M. Trousseau un texte facile, et M. le rapporteur a pu voir qu'il lui était impossible de résister longtemps sans être acculé à des expédients inadmissibles. Difficultés matérielles, inconvénients graves, tout se réunit contre cette partie de la proposition de la commission. Aux remarques déjà si péremptoires de M. Trousseau, nous ajouterons celle-ci : que déléguer la constatation du décès au médecin de la famille, c'est oublier le but et le sens même de l'institution dont on lui transfère les pouvoirs, puisque les vérificateurs sont institués *en partie* pour recueillir et transmettre à l'autorité les indices de crime, ce que ne pourrait faire le médecin traitant sans pécher contre sa conscience et contre le Code. Nous nous demandons, d'ailleurs, comment la commission accorde cet empiètement sur le rôle des vérificateurs avec la proposition de multiplier cet ordre de fonctionnaires.

Et ceci nous conduit à présenter sur le système de la commission une observation générale : c'est qu'elle se fût évité la plupart des désagréments qui l'ont assaillie et menacent de l'assaillir encore, si elle eût nettement séparé dans son rapport et dans le texte même des conclusions le rôle de l'Académie, qui est tout scientifique, du rôle de l'autorité, qui est tout social ou administratif. Les intérêts qui servent, soit la vérification des décès, soit la médecine de charité, ne sont pas de ceux qui regardent directement l'Académie. Et comme, d'ailleurs, ils sont toujours alliés à des intérêts d'un autre ordre, moraux, financiers, sociaux, etc., il y avait double raison pour les écarter du débat. Le ministre demandait, il est vrai, si la généralisation de l'institution des médecins vérificateurs ne serait pas de nature à faciliter l'établissement d'une statistique nosologique (il ne parlait pas des médecins cantonaux); mais la commission pouvait se borner à exprimer son opinion sur ce qu'on peut attendre d'un simple médecin vérificateur dans un travail de ce genre. Cette opinion, approuvée ou non par l'Académie, eût fourni une base précise à la controverse, au lieu de la dérouter par des questions collatérales de la plus haute gravité, comme celle de déférer la vérification des décès au médecin traitant. De même, elle eût pu avertir le ministre que les médecins cantonaux appelés à soigner une population, qui, sans eux, serait privée de secours, apporteraient à la statistique de précieux éléments, et ne pas se croire obligée de se prononcer sur l'[illegible]neuse question de l'institution elle-même. Voilà le rôle simple et réservé dans lequel la commission aurait, croyons-nous, rencontré dans l'Académie, avec une intelligence plus nette de la question, un appui plus général et moins marchandé.

A. Dechambre.

La Gazette des hôpitaux reconnaît en principe la possibilité d'une statistique, *relativement* bonne, des causes de décès, et [illegible] conséquemment que l'exécution de cette statistique doit être [illegible]. Elle ne fait pas d'opposition formelle à la généralisation de l'institution des médecins vérificateurs et à celle des médecins cantonaux, à la condition qu'ils ne *contrôleront* pas les bulletins des médecins traitants. M. Brochin pense comme nous, que c'est surtout l'Académie, et non la commission, qui n'est pas préparée à l'étude du sujet.

— L'Union médicale, par les plumes coalisées de MM. L[illegible] et Bertillon, se déclare très résolûment, sinon pour le projet entier de la commission, du moins pour la statistique. M. [illegible] qui n'a encore émis que des vues générales, accepte l'intervention exceptionnelle des médecins vérificateurs dans la constatation des causes de décès; mais il ne voudrait pas voir l'Académie [illegible]troner de son autorité et de son vote l'institution très contestée et controversée des médecins cantonaux. » Il regrette avec nous que la commission ait réuni dans une même main la vérification du *décès* et celle de la *cause* du décès. Quant à M. Bertillon, il déclare que la statistique des causes de décès *s'impose* à [illegible] *génération* au triple point de vue de l'humanité, de la science et de l'honneur national. Il cherche à montrer par des exemples que la seule connaissance de la distribution géographique des principales maladies soulève des questions importantes d'étiologie et de prophylaxie. Non-seulement il loue l'intervention du médecin vérificateur; mais, à son avis, ce dernier doit *contrôler* et *ach*[illegible] le bulletin sur lequel le médecin traitant aura indiqué la cause de [illegible]. Il insiste, avec M. Lévy, pour que le *bureau de statistique* [illegible] soit composé de médecins.

— Par contre, deux journaux de Paris font aux conclusions du rapport et à la statistique elle-même une guerre déclarée. Ce sont la Gazette médicale de Paris et le Moniteur des hôpitaux. Dans la première, M. Giraud-Teulon se livre surtout à des considérations générales sur les embarras qui naîtront et de l'imperfection de la nosologie et des conditions où le travail devra s'ex[illegible]. Dans le second, avec un talent que nous nous plaisons à reconnaître, M. de Castelnau insiste d'abord sur l'inutilité pratique d'une statistique mortuaire. Il voudrait savoir « quelles causes d'insalubrité les statistiques ont permis de neutraliser, et quelle amélioration physique et morale de l'homme elles ont favorisée. » Puis il [illegible] les difficultés d'un diagnostic exact, et enfin conseille « de ne pas généraliser, soit l'institution des médecins vérificateurs des décès, soit celle des médecins cantonaux, jusqu'à ce que des tentatives faites sur une petite échelle aient démontré l'utilité de ces institutions. »

Dans notre article du précédent numéro, nous avions rap[illegible], pour le combattre, l'argument tiré des erreurs de diagnostic qu'on dit être commises fréquemment par les concurrents au bureau central des hôpitaux, et M. de Castelnau, qui s'est prévalu de ces erreurs, constate que nous ne l'avons pas nommé. Mais, quoiqu'il tienne singulièrement à ne pas paraître *oublieux*, il oublie pourtant ici que l'argument dont il s'agit n'est pas venu du Moniteur des hôpitaux, mais bien de l'Académie, par la bouche de M. Piorry. Dès lors, c'est M. Piorry qui aurait seul le droit de se plaindre, si la formule *on* n'était usitée tous les jours, et très justement, pour désigner une collection de personnes. Il ne nous en coûte nullement, du reste, de reconnaître que M. de Castelnau est du nombre de ceux qui se sont servis de ce mauvais argument. Quant aux *trois erreurs* que nous prête notre confrère, nous ne pouvons en

bonne conscience lui faire le plaisir de les endosser, et nous n'éprouverions aucune difficulté à établir que, sur le premier point, c'est lui qui se trompe; que, sur le second, il méconnaît l'esprit des concours du bureau central et le caractère d'une statistique des causes de décès; enfin, que, sur le troisième point, il n'interprète fidèlement ni notre pensée ni notre texte. Mais nous nous en fions volontiers à l'appréciation du lecteur, sous les yeux duquel M. de Castelnau a eu la loyauté de mettre notre texte à côté de sa critique.

— Parmi les journaux des départements qui nous sont parvenus, un seul agite la question qui occupe en ce moment l'Académie, c'est la GAZETTE MÉDICALE DE LYON. L'article, qui est de M. Garin, se termine ainsi :

Nous pensons :

1° Que si l'on ne peut attendre de la statistique des décès des données précises pour les individus, on peut en tirer néanmoins des conclusions générales, profitables aux masses ;

2° Qu'il ne faut pas demander à une institution encore neuve des résultats qu'une longue expérience peut seule donner ;

3° Que l'incertitude même du but à atteindre ne dispense pas de le rechercher par tous les moyens possibles : les sciences surtout ayant ce privilége de captiver l'esprit, même avant qu'elles aient laissé entrevoir leur côté pratique, mais éloigné ;

4° Que la statistique des causes de décès est plus praticable que ne le supposent ses adversaires ;

5° Que les médecins vérificateurs ne sont utiles que pour constater la réalité de la mort dans les cas où il n'y a pas eu de médecins traitants ;

6° Qu'il suffit, pour mettre en pratique la nouvelle institution, de rendre obligatoire le certificat de décès par le médecin *traitant*, d'après un formulaire prescrit par l'Académie et analogue à celui qui est en usage à Lyon, et de faire aboutir les duplicata de tous ces certificats à un comité unique et central chargé de dresser, à l'aide du diagnostic et des symptômes principaux à l'appui, la statistique nécrologique annuelle de la France, et par suite la carte topographique médicale de notre pays.

A. D.

Un assez grand nombre de *conseils généraux* viennent de s'occuper d'une question d'assistance publique qui est accessoirement soulevée par la discussion relative à la statistique des causes de décès. Il s'agit de l'institution des médecins cantonaux. Tous les conseils généraux qui ont eu à émettre un avis sur la médecine cantonale s'y sont montrés favorables : ce sont ceux de la Haute-Garonne, de l'Allier, du Cher, de la Gironde, de la Haute-Loire, de l'Hérault, de l'Indre, de la Loire, du Rhône, de Saône-et-Loire, de la Seine-Inférieure et du Var. Un d'eux (Haute-Saône) a seulement alloué 4,000 francs pour faire un *essai* dans six cantons; mais tous les autres ont proposé ou de continuer, ou d'agrandir un service déjà expérimenté dans leurs départements respectifs. Dans le Cher, où le médecin cantonal n'est entré en exercice qu'au 15 juillet 1856, sur 10,337 indigents inscrits, 4,000 ont reçu des secours gratuits, dont 2,006 à domicile. Même résultat à peu près dans la Gironde, où sur 13,000 indigents, 6,000 ont été soignés à titre gratuit, et même pourvus de médicaments. Aussi, le préfet de ce dernier département déclare-t-il que la suppression de la médecine cantonale serait *une inhumanité*.

Nous n'avons pas de renseignements suffisamment étendus sur les votes des *conseils d'arrondissement*. Nous savons seulement, par le journal LA PRESSE, que dans l'Allier les arrondissements de Montluçon et de Moulins ont demandé la suppression des médecins cantonaux, qui ont été, en revanche, très appuyés par l'arrondissement de Gannat.

Il importe de faire remarquer tout d'abord que la *médecine cantonale* n'est pas absolument identique avec ce que pourrait être une institution régulière, publique, de médecins cantonaux. C'est un service de charité organisé à peu près comme un dispensaire, et où, sur la présentation d'une carte d'indigent, le malade reçoit les soins d'un médecin délégué par la commune ou le canton. Mais lors même que les avantages de ce service pourraient servir à apprécier ceux de l'institution des médecins cantonaux, les votes des conseils généraux et d'arrondissement ne seraient pas encore une règle suffisante pour apprécier la valeur réelle de l'institution. Ce que les conseils considèrent presque exclusivement, ce qui les flatte et doit les flatter, c'est le succès croissant d'une œuvre charitable. Si l'œuvre est pénible, le dévouement des médecins est infatigable; les préfets le proclament *avec orgueil;* tout est donc pour le mieux. Mais ce n'est là que le point de vue administratif. Au point de vue professionnel, le tableau est un peu moins riant. A ne considérer qu'un côté, mais un côté très important de la question, on peut croire qu'une besogne aussi économique que celle de la médecine cantonale plaît infiniment moins à celui qui en est chargé qu'à l'administration qui l'a organisée; et, en fin de compte, *dans l'état présent des choses*, bon nombre de cantons font la charité avec les sueurs et le temps du médecin. Si l'on en veut un exemple, on le trouvera dans un vote du conseil général du Rhône, qui vient d'allouer un crédit de 500 francs (!) *pour encouragement* à DEUX médecins cantonaux.

Le premier point donc que nous voudrions, avec M. Lévy, voir éclaircir dans la grande question de la médecine cantonale généralisée, ce serait si l'État ou les départements auraient l'intention ou les moyens de rémunérer convenablement le pénible service qui serait imposé au corps médical. Mais c'est un sujet sur lequel il nous est interdit de nous appesantir.

A. D.

Les conseils généraux se sont occupés également de la question des aliénés. Cette question est une grave préoccupation des départements. Sous l'impulsion bienfaisante de la loi de juin 1838, les asiles se multiplient et se perfectionnent. Toutefois, si l'humanité a lieu de se réjouir de ces progrès, la médaille n'est pas sans revers, chaque année ajoutant par un contingent croissant de malades à la somme des sacrifices. Des charges qui grèvent les budgets, la dépense de ce service est une des plus lourdes.

D'ailleurs, de nombreuses lacunes restent à combler. Beaucoup de départements n'ont point encore de maisons spéciales. Dans d'autres, elles sont ou restreintes, ou mal organisées. Et si quelques-uns font preuve de libéralisme dans les admissions, le plus grand nombre ne dispense les bienfaits que d'une main avare.

Le bien obtenu appelle donc de nouvelles conquêtes. Dans cette voie de générosité, les conseils généraux continuent à se distinguer par un concours efficace, et leurs récentes délibérations permettent, jusqu'à un certain point, d'apprécier la situation des choses et la disposition des esprits.

Presque partout la population secourue augmente dans des proportions notables. Le Doubs, qui entretenait à Dôle 100 malades, a dû élever à 130 le chiffre éventuel de ses placements. Ce chiffre, dans l'Eure, atteint maintenant 250. En 1856, il est parvenu dans le Gers à 180 au lieu de 170 qu'il était en 1855. La Haute-Garonne fournit la progression suivante: janvier 1856, 240; décembre même année, 249; juin 1857, 264. A Lyon, l'Antiquaille compte 700 aliénés, dont une partie, à cause de l'encombrement, devra être évacuée sur le Perron. Dans la Seine-Inférieure, l'asile de Quatre-Mares, qui débutait en 1853 avec 319 malades, en contient aujourd'hui 404, et à Saint-Yon les femmes, à dater de la même époque où se fit la séparation des sexes, ont monté de 490 à 760. De janvier à septembre 1857, le nombre des pensionnaires du Var s'est accru à Marseille de 34. Dans la période correspondante de 1856 l'augmentation n'avait été que de 23.

A quoi cette extension peut-elle tenir? On ne saurait évidemment en accuser une propagation insolite des folies: elle a été trop subite et trop répandue. L'intensité plus prononcée du penchant à l'ivrognerie, invoquée par M. le préfet du Calvados, ne nous semble pas une explication plus satisfaisante. Il est même douteux que sur les bords de la Manche le présent prime sensiblement le passé quant aux tendances ébrieuses.

Le résultat signalé se justifie par des raisons plus naturelles. Il faut d'abord faire une distinction. La plupart des asiles publics reçoivent aujourd'hui, grâce à la formation de divisions pour les

classes aisées, une quantité notable de pensionnaires auparavant traités dans leur famille ou séquestrés dans des asiles privés D'un autre côté, la facilité offerte par des agrandissements subordonnés à des besoins prévus coïncide avec une commisération partout mieux sentie, pour favoriser la fréquence des placements dans les catégories indigentes.

On irait même plus loin si la réserve n'était souvent commandée par la limite des ressources. Mais, dans certains départements peu riches ou obérés, cette circonstance contraint à écarter ou à ajourner les demandes qui ne se présentent pas avec un caractère d'urgence.

Le compte rendu de LA PRESSE ne mentionne point les éléments sur lesquels porte l'exclusion : ce sont d'ordinaire les imbéciles, les déments tranquilles et les épileptiques. Nous savons qu'il faut tenir compte ici de plus d'une considération. Il n'en est pas moins vrai que la restriction est fâcheuse, qui s'oppose à l'entrée dans les asiles spéciaux des infortunés que nous venons de citer. Les imbéciles ne sont pas seulement une charge pour leurs familles. Nul ne n'era l'inconvénient toujours, et parfois le danger, de leur présence dans la société. La même remarque s'applique aux déments qui, sans conscience d'eux-mêmes, peuvent détruire des objets précieux, mettre le feu ou se livrer à des actes plus nuisibles encore. A plus forte raison enfin devrait-on être moins rigide à l'égard des épileptiques. Le temps n'est plus où ils étaient systématiquement repoussés, et où une philanthropie ingénieuse avait imaginé, pour vaincre la résistance départementale, de leur attribuer la qualification d'aliénés. On sent actuellement qu'il n'y a pas deux variétés d'épileptiques, et que tel qui, ayant des attaques simples, n'a point donné de marques de dérangement mental, peut d'un instant à l'autre, saisi d'un délire furieux et hallucinatoire, commettre les violences les plus désastreuses. Les meurtres attribués à la folie sont, pour la plupart, accomplis par des individus atteints de mal caduc.

Qu'on ne prive point de la liberté ceux d'entre eux qui, malgré ces chances, désirent vivre dans le milieu social, à la bonne heure ; mais n'est-ce pas manquer de la plus vulgaire prévoyance que de fermer l'entrée des asiles à ceux qui la sollicitent ? Et ne conviendrait-il pas plutôt de saluer et d'accepter cette démarche comme une bonne fortune, puisqu'en satisfaisant ainsi aux conditions d'humanité on réalise en outre ce double avantage d'éviter aux regards le spectacle de hideuses convulsions et d'assurer la sécurité générale ?

Ce bénéfice ne saurait être acheté trop cher. Ajoutons, au point de vue financier, qu'on n'a jamais à se repentir de dépenses opportunes. Soulager les familles, c'est, pour la suite, prévenir leur misère et diminuer d'autant le fardeau des charges publiques. On sème pour recueillir !

La moyenne des prix de revient pour les aliénés indigents oscille vers 300 francs. Supérieure dans plusieurs départements, elle est exceptionnellement au-dessous de cette limite. Dans l'Eure, elle s'élève à 444 francs ; pour le Nord, elle s'abaisse à 172 francs. Ces différences proviennent de particularités que le journal n'a point fait ressortir. Ces chiffres, en effet, ne représentent guère que les allocations prélevées sur les fonds départementaux, et ne sont exacts que relativement aux localités dont les sacrifices équivalent au prix intégral de l'entretien. Il y a des établissements, au contraire, qui, ayant des revenus, soit par rentes, pensionnaires ou travail des aliénés, coûtent peu aux contribuables. Tels sont ceux de Lille et d'Armentières.

On a considéré comme si productives les dernières ressources, qu'on s'en est appuyé pour réclamer partout l'érection d'asiles départementaux. Suivant les calculs, les bénéfices devraient finir par réduire jusqu'à annihilation les allocations annuelles On a même cité des exemples. Rien, à la vérité, de plus engageant. Mais, bien que nous ne voulions point détruire l'illusion, il est juste, pourtant, d'observer que, ces établissements si prospères mettant à contribution les circonscriptions voisines, ceux qui se fonderont par la suite, obligés de plus en plus de se suffire sur leur propre terrain, ne rencontreront point à un égal degré les mêmes avantages.

Le mobile économique disparaît, du reste, devant des incitations d'ordre plus élevé ; l'humanité parle ici assez haut pour entraîner toutes les volontés dans son orbite. Sous ce rapport, le passé est garant de l'avenir. Gouvernement, magistrats, inspecteurs, médecins, directeurs, tous se sont montrés animés des plus vives sympathies, et l'on est d'avance assuré que, pénétrés de plus en plus de la haute pensée des législateurs de 1838, ils ne négligeront aucun effort pour harmoniser avec ce but moral les institutions relatives aux aliénés.

DELASIAUVE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DES POLYPES (CONCRÉTIONS SANGUINES) ARTÉRIELS, par M. LEGROUX, médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Je conserve la dénomination de *polypes* aux concrétions sanguines formées dans les artères. Je dirai même qu'elle est plus applicable à ces dernières qu'à celles du cœur ; en raison de leurs divisions, de leurs embranchements, qui leur donnent une grossière ressemblance avec de véritables polypes.

Il serait superflu de rappeler ici les discussions et controverses élevées sur la nature de ces productions, que les uns regardaient indistinctement comme morbides, et d'autres comme cadavériques exclusivement. Le plus rude adversaire de la doctrine des polypes paraît avoir été André Pasta, dans une lettre célébrée par Morgagni, qui croit devoir s'excuser envers lui de considérer, contrairement à son opinion, les concrétions anévrysmales comme formées pendant la vie.

Au milieu de la confusion de faits rapportés par les premiers observateurs, on en distingue un certain nombre qui ne laissent aucun doute sur l'origine morbide de ces productions. Haller, Van Swieten en fournissent d'incontestables exemples.

Cependant ces polypes artériels et les oblitérations qui en sont la conséquence ordinaire arrivent presque jusqu'à nous à l'état de cas rares et curieux, sans lien qui les unisse.

M. Avisard, en 1819, publia (*Biblioth. méd.*, t. LXIV et LXV), des observations de *gangrènes spontanées ou par ossification et oblitération des artères*. Ces faits sont remarquables, mais ils ont le tort de rapprocher deux choses presque toujours distinctes et indépendantes l'une de l'autre, l'*ossification* et les *concrétions sanguines*.

Si je ne me trompe, ma thèse inaugurale (13 août 1827) sur les concrétions polypiformes du cœur et des artères doit avoir une place dans l'histoire des obstructions artérielles.

Je rapporte deux cas de gangrène, l'un de la main et de l'avant-bras, survenu instantanément, et dépendant, suivant toute probabilité, de l'oblitération instantanée de l'artère brachiale par un fragment détaché d'un caillot cardiaque. Je fais ressortir l'analogie qui existe entre les concrétions artérielles et cardiaques, sous le rapport de leurs apparences physiques, et j'établis comme un fait probable la migration des caillots du cœur dans les différentes parties du système artériel. Cette migration des caillots, récemment généralisée par M. Virchow sous le nom d'*embolie*, est indiquée dans les *Commentaires* de Van Swieten, et même dans le *Sepulchretum* de Bonnet. L'autre cas est un exemple de gangrène progressive d'un membre inférieur, par suite d'une oblitération

qui a paru suivre une marche ascendante, s'élever des branches vers les troncs, contrairement à ce qui arrive le plus communément.

Dans sa thèse (*Recherches sur une occlusion peu connue des vaisseaux artériels considérée comme cause de gangrène*, Paris, 1828), citée par tous les auteurs qui, depuis, ont écrit sur ce sujet, M. Alibert fait dépendre l'oblitération artérielle d'une coagulation spontanée du sang. L'inflammation du vaisseau ne survient que secondairement.

M. Victor Andry, dans un mémoire sur la gangrène, et spécialement celle que l'on nomme spontanée (*Journal des progrès*, 1828), a soutenu l'opinion que toutes les causes de la gangrène agissent en arrêtant la circulation dans la partie affectée. Cette doctrine n'a que le tort d'être trop exclusive.

Chemin faisant, la science s'enrichit de faits nombreux. Delpech et Dubreuil, dans le *Mémorial des hôpitaux de Montpellier*, pour l'année 1829, fournissent leur contingent, en rattachant la gangrène à l'inflammation des vaisseaux capillaires.

Vers la même époque surgit la doctrine de l'artérite comme cause d'oblitération et de gangrène. Cette doctrine, attribuée à Dupuytren, qui l'a chaudement proclamée, revendiquée par M. Roche, appuyée par des expériences intéressantes de M. le professeur Cruveilhier, fait encore loi parmi nous, et les cas les plus récents publiés sur la gangrène spontanée sont encore intitulés *artérites oblitérantes*. Bien qu'applicable à un certain nombre de faits seulement, cette doctrine, il faut en convenir, a rendu d'importants services à l'histoire des concrétions polypeuses artérielles.

Elle a été professée par M. François (de Mons) dans l'ouvrage qu'il a publié en 1832 sur les *gangrènes spontanées;* ouvrage le plus complet qui existe sur la matière, mais dans lequel l'auteur a confondu les ossifications artérielles avec l'artérite, les produits de l'inflammation avec leur cause, si tant est que toutes les ossifications ont l'artérite pour cause. Cette doctrine devait avoir pour conséquence une thérapeutique antiphlogistique, déjà préconisée par Dupuytren, et qui est en contradiction manifeste avec des observations rapportées dans le corps de l'ouvrage. Depuis lors, des faits nombreux et remarquables d'obstructions artérielles ont été publiés dans les comptes rendus des séances de sociétés médicales, dans les recueils périodiques nationaux et étrangers, et les traités spéciaux. Je citerai en première ligne le *Traité d'anatomie pathologique* de M. le professeur Cruveilhier, des observations de MM. Duplay, Boinet, Barth, etc.

Malgré ces éminentes publications, nous croyons que l'histoire des concrétions fibrineuses des artères est encore à faire. Les faits rapportés ne sont unis par aucun lien commun. Si l'artérite les rapproche, l'*embolie* les sépare ; si elles se produisent sous l'influence d'une cause locale, elles prennent naissance aussi dans un état morbide du sang; si la gangrène en est la conséquence fréquente, il ne manque pas de faits dans lesquels la gangrène ne se montre pas; si elles sont une cause ordinaire d'oblitérations artérielles, il est des cas où les vaisseaux restent perméables, malgré la présence de concrétions fixées à leurs parois ou flottant dans leur conduit.

La concrétion reste donc seule, comme fait anatomique, d'origine diverse, ayant des effets variés, suivant son siége, son étendue, et d'autres circonstances qui seront ultérieurement examinées. La concrétion constitue un *fait morbide*, indépendant de sa cause et régissant l'état morbide qui résulte de l'obstacle apporté par elle au cours du sang artériel.

Comme on vient de le voir, les doctrines sont diverses et le sujet est loin d'être familier à la plupart des médecins, je dirai même aux médecins les plus versés dans la littérature médicale et les connaissances cliniques (1). Bien que cette étude des polypes artériels ne soit, comme celle des polypes cardiaques, que la reproduction de leçons faites par moi sur ce sujet à la Faculté de médecine, en 1842-43, étant alors chargé du cours de pathologie de de M. le professeur Duméril, malgré le retard que j'ai mis à sa publication, je crois cependant que cette publication a encore son opportunité, et qu'il y a utilité à relier entre elles les diverses concrétions sanguines artérielles.

Cette histoire sera la généralisation des faits nombreux que j'ai recueillis dans de minutieux détails et que j'ai rapprochés de ceux qui sont publiés dans les différents recueils. Je n'en rapporterai qu'un seul exemple, qui servira de liaison entre les oblitérations des veines et celles des artères. Chacun, dans sa pratique, pourra contrôler la vérité des assertions que j'aurai émises dans ce travail.

Siége des concrétions sanguines dans les artères. — Aucune partie du système artériel n'est à l'abri de ces productions, qui néanmoins ont une prédilection marquée pour les gros troncs.

Elles occupent l'aorte, les artères des membres, les artères viscérales.

Dans l'aorte, au-dessus de l'origine des artères rénales, elles ne sont jamais oblitérantes. Elles peuvent néanmoins en rétrécir le canal de manière à donner lieu, comme dans les coarctations congénitales de ce vaisseau, à un développement considérable des voies anastomotiques sous-cutanées.

Vers la terminaison de l'aorte commence, pour les extrémités inférieures, un système d'obstructions qui gagne les iliaques et leurs divisions, et descend plus ou moins bas et plus ou moins symétriquement dans les artères du bassin et des membres pelviens; d'autres fois, l'obstruction commence dans les iliaques, les crurales ou les poplitées. Limitée à un seul côté, et, dans ce cas, c'est le plus souvent le côté droit, contrairement à ce qui a lieu pour les veines, elle affecte parfois les deux côtés simultanément, à des hauteurs et dans une étendue plus ou moins variables, envahissant plus ou moins profondément les voies collatérales.

Les artères lombaires comprises dans l'oblitération aortique sont frappées d'imperméabilité. Celles qui sont placées plus haut peuvent être bouchées par des caillots spéciaux. L'obstruction des artères des jambes et des hypogastriques, rarement primitive, est presque toujours, quand elle existe, une extension de celle des troncs dont elles émanent.

Cependant, il peut se faire que l'obstruction suive une marche ascendante, comme j'en ai rapporté un exemple dans ma thèse; mais c'est un cas exceptionnel.

Du côté des membres supérieurs, on voit très rarement celle du tronc brachio-céphalique. Martin-Solon en a publié un cas dans les *Archives générales de médecine* (mars 1836); mais elle était consécutive au développement progressif d'une tumeur anévrysmale. Pour les artères de ces membres, l'oblitération commence tantôt dans les sous-clavières, tantôt dans

(1) Dans un rapport remarquable à plus d'un titre, récemment fait à la Société médicale des hôpitaux, sur deux cas de sphacèle des membres survenu dans le cours de fièvres considérées comme typhoïdes, et attribué à une métastase par leur auteur, M. le docteur Bourgeois (d'Étampes), M Behier, après avoir justement rattaché ces deux cas de gangrène à l'oblitération des artères, attribue à l'artérite les phénomènes produits par l'oblitération et rejette la doctrine de l'oblitération par déplacement. J'espère amener notre honorable collègue à quelque réforme des opinions qu'il a émises dans son excellent travail.

les brachiales, avec ou sans extension aux artères collatérales, et à celles de l'avant-bras.

Si, pour les membres inférieurs, l'oblitération est souvent bilatérale, il n'en est plus de même pour celle des membres supérieurs, qui est presque toujours unilatérale.

Nous en trouvons cependant un exemple dans l'*Anatomie pathologique* de M. le professeur Cruveilhier. Il s'agit d'une oblitération de l'artère sous-clavière, étendue à la brachiale et du côté gauche, tandis qu'à droite l'obstruction commence à la bifurcation de l'humérale. Un autre cas d'obstructions simultanées des artères axillaires et humérales profondes des deux côtés a été publié par M. Chassaignac. Le membre supérieur droit est, comme l'inférieur, plus souvent affecté que le gauche. Si cette prédominance n'est pas fortuite, elle peut dépendre, en admettant la migration des caillots, de l'habitude que l'on a généralement de se coucher sur le côté droit. Le caillot, lancé dans les vaisseaux, suivrait alors le côté déclive.

Une obstruction n'est jamais limitée à un point du vaisseau, comme celle qui succède à une ligature. Elle en occupe toujours une étendue considérable, et de manière à compromettre un certain nombre de vaisseaux secondaires ou tertiaires, ce qui explique la fréquence des gangrènes consécutives; et cependant on voit encore la vie se maintenir dans des membres où la circulation artérielle semblait devoir être profondément interceptée.

Moins étudiée, moins connue que celle des artères des membres, l'oblitération des artères viscérales est appelée à éclairer des points importants de pathologie.

L'ossification des artères coronaires, à tort considérée comme la cause de l'angine de poitrine, peut n'être pas étrangère, dans certains cas, à la production de cette affection. L'obstruction de ces artères ne nous donnera-t-elle pas un jour l'explication de morts subites qu'aucune lésion apparente ne justifie? Cette supposition n'est point improbable.

Les artères destinées aux poumons sont passibles d'oblitérations. Dans la gangrène de ces organes on a signalé des masses fibrineuses concrètes obstruant ces artères. De nouveaux faits seraient nécessaires pour bien établir cette circonstance pathogénique.

L'oblitération des artères destinées au cerveau a, dans ces derniers temps, acquis une importance réelle.

Celle des carotides primitives est rare. Haller en cite un cas dans ses opuscules pathologiques. M. Bérard (*Dict. de méd.*, t. IV, p. 119, 2e éd.) parle d'une gangrène d'une moitié de l'encéphale, avec obstruction de vaisseaux correspondants par des masses fibrineuses. Je trouve dans mes observations une occlusion complète de l'orifice carotidien gauche par une membrane en apparence continue avec la membrane interne de l'aorte, légèrement déprimée, brunâtre, et offrant un point noir central; tandis que, du côté de la carotide, elle était doublée d'une écaille calcaire surmontée elle-même d'un grumeau de fibrine. La face interne de la carotide était d'un rouge brun, comme velouté. Du côté de l'aorte on remarquait une coarctation notable de l'orifice de la sous-clavière gauche, des traces évidentes d'artérite et une concrétion rubanée étalée sur l'orifice des vaisseaux brachio-cervicaux, qu'elle couvrait en partie, et adhérente par un de ses bords, près de ces orifices. Il y avait un foyer de ramollissement dans l'hémisphère cérébral correspondant. Le mécanisme de cette oblitération paraît avoir été une coarctation d'une part; et, d'autre part, une production fibrineuse qui s'est étalée sur cet orifice et qui s'est confondue avec la tunique artérielle à l'aide d'un fluide adhésif.

Les numéros de ce journal (25 avril et 16 mai 1856) contiennent des observations remarquables d'obstructions de diverses artères du cerveau, et notamment de l'artère sylvienne, empruntées à M. Kirkes (de Londres), ou reproduites de la clinique de M. Furstemberger, avec ramollissement des parties du cerveau desservies par ces vaisseaux. Je reviendrai plus loin sur ces faits intéressants.

L'une de ces observations, relative à des oblitérations multiples, fait mention de concrétions bouchant les artères rénale gauche et splénique. Les vaisseaux des viscères abdominaux ouvrent une voie nouvelle aux investigations anatomo-pathologiques.

Dans un cas d'orchite, caractérisé par des douleurs déchirantes, j'ai vu l'organe s'atrophier graduellement et se réduire à un simple noyau fibreux. J'ai supposé l'existence d'une phlegmasie oblitérante de l'artère testiculaire.

Il reste, comme on le voit, beaucoup à faire pour constituer la pathologie de l'obstruction des artères viscérales. Nous avons beaucoup moins à désirer pour celle des artères des membres.

L'oblitération d'une artère ou d'un système de vaisseaux dans un membre est rarement un fait isolé. Souvent il existe simultanément des concrétions polypeuses dans le cœur; souvent aussi l'oblitération se répète sur d'autres points, soit dans les artères des membres, soit dans les artères viscérales; de sorte qu'abstraction faite des conditions morbides qui lui donnent naissance, on est conduit, par la seule considération de son étendue et de sa dissémination, à la considérer comme symptomatique d'une affection générale, fait important au point de vue du pronostic et des moyens thérapeutiques.

Anatomie des concrétions sanguines artérielles. — Les concrétions non oblitérantes occupent, disons-nous, différents points de l'aorte.

Émanées de polypes cardiaques, ou fixées au voisinage de l'orifice aortique, envoyant parfois des prolongements dans les vaisseaux brachio-cervicaux, elles descendent plus ou moins bas dans l'aorte, sous forme de rubans tæniformes, de cordons arrondis, et vont s'amincissant jusqu'à leur extrémité, qui parfois est tronquée, et s'adaptent avec l'extrémité supérieure d'un caillot obturant une artère d'un calibre inférieur, née de la division de l'aorte.

D'autres fois c'est une lame mince étalée sur la paroi de l'aorte, ou bien c'est un corps cylindroïde renflé à une extrémité et ressemblant assez bien à une sangsue.

Ailleurs c'est une expansion plus ou moins irrégulière du coagulum qui remplit une tumeur anévrysmale et qui peut devenir oblitérante.

Ou bien c'est une tumeur de volume variable depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une amande, adhérente d'un côté à la paroi du vaisseau, libre de l'autre, ou surmontée par une production rubanée qui relie en haut cette tumeur avec un polype cardiaque, ou l'origine de l'aorte, et qui flotte en bas dans le canal de l'artère.

De ces productions les unes sont simplement fixées, par leur extrémité supérieure, à un polype cardiaque, ou intriquées avec des tendons valvulaires, ou collées près de l'orifice aortique; de là elles descendent libres et flottantes dans l'aorte. D'autres fois, avant d'être libres, elles adhèrent, dans

une étendue variable, par un de leurs bords ou une de leurs faces, à la membrane vasculaire.

Ces concrétions, comme les polypes du cœur, sont formées de fibrine, plus ou moins dépouillée de sérosité, offrant, comme ceux-ci, diverses nuances de coloration, différents degrés de densité.

Tantôt leur structure est identique dans tous les points; d'autres fois, et cela a lieu principalement pour les concrétions libres et flottantes, l'extrémité terminale amincie est formée de fibrine de densité décroissante et d'aspect cruorique. Cette partie, moins résistante, se rompt facilement : elle peut se rompre pendant la vie, sous l'influence de l'impulsion de la colonne sanguine, et cette partie détachée ira produire plus bas une oblitération instantanée. C'est probablement ainsi que s'est produite l'oblitération artérielle chez la dame dont l'observation a été rapportée à la suite de l'histoire des polypes du cœur. Dans deux cas d'obstruction des artères sous-clavière et poplitée, j'ai pu adapter l'extrémité tronquée du caillot aortique avec l'extrémité supérieure du caillot obturateur, dont la structure était d'ailleurs identique avec celle du premier. J'ai pu faire la même coaptation sur des caillots bouchant l'artère principale d'un membre et ceux qui existaient dans ses divisions.

La structure des concrétions dont il vient d'être parlé indique un mode de formation progressif, un allongement graduel. Il semble que la fibrine se coagule à l'extrémité de ces productions, comme les gouttes d'eau au sommet des glaçons aiguillés qui pendent des toits pendant l'hiver.

Les petites tumeurs que l'on trouve accolées à la paroi aortique sont parfois enveloppées d'une couche de fibrine récemment coagulée. N'est-ce pas là l'indice d'un accroissement par juxtaposition? Cependant on ne peut dire que le développement complet de la tumeur ait eu lieu de cette manière; car, s'il en était ainsi, elle devrait être formée de couches superposées, et leur dissection, au moins dans celles que nous avons examinées, n'a montré qu'une fibrine amorphe.

Assez semblables aux masses fibrineuses anciennes qui remplissent les sacs anévrysmaux, ces tumeurs, comme les polypes arrondis du cœur, ont une tendance au ramollissement central, et parfois même constituent, comme ces derniers, de véritables kystes purulents. Des adhérences intimes avec la paroi du vaisseau seraient favorables à l'opinion qui fait provenir le pus de la membrane vasculaire. Cependant nous trouvons encore ici les mêmes transitions que dans les polypes du cœur, c'est-à-dire un ramollissement central dans un cas, la purulence dans un autre; et il est à noter que ce n'est point dans les couches voisines de la membrane enflammée que le pus se trouve, mais bien au centre du caillot lui-même. Les raisons qui militent en faveur du ramollissement et de la puification centrale des polypes cardiaques existent pour la même altération dans les caillots artériels.

Ces tumeurs pleines ou kysteuses sont-elles formées sur place? Leurs adhérences intimes sur un côté de la paroi aortique sont favorables à cette opinion. Leur ressemblance avec les polypes kysteux du cœur semble indiquer qu'elles pourraient bien être un produit de migration. Il est permis de supposer qu'un caillot passant du cœur dans l'aorte, et arrêté par son volume ou une disposition de forme sur un point de la continuité de ce vaisseau, s'y fixe d'un côté par une inflammation adhésive, tout en se rétractant du côté opposé. Sans me prononcer pour l'une ou l'autre hypothèse, je les crois toutes deux admissibles, en penchant néanmoins pour la première.

Les adhérences des polypes à la membrane artérielle sont tout à fait identiques avec celles qui ont été indiquées pour les polypes du cœur. C'est une agglutination simple, sans altération, ou avec l'aspect chagriné et piqueté ou tacheté rouge de la membrane vasculaire; ou bien cette membrane semble se continuer sur la base de la tumeur. Cette apparente continuité est due à la matière adhésive qui s'est étalée et lissée sur la ligne de séparation.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III.

REVUE CLINIQUE.

Diphthérite. — Cathétérisme et cautérisation du larynx.

Nous avons des premiers, contre un dédain à peu près universel (*Gaz. hebd.*, t. II, p. 666, 851, 884, et t. III, p. 34), appelé sur le cathétérisme des voies aériennes une sérieuse attention. Après avoir montré en quoi les premières expériences des médecins américains manquaient des conditions nécessaires pour établir la possibilité d'introduire une sonde dans le larynx, la trachée et les grosses bronches, nous avons reproduit des expériences ultérieures, déjà plus significatives que les précédentes; et enfin, tout récemment, nous avons cru devoir faire aux observations et aux procédés de cathétérisme de M. Loiseau (de Montmartre) un accueil moins froid et moins défiant que celui de l'Académie.

Nous pouvons dire aujourd'hui, sur informations positives, que la possibilité de faire passer une sonde dans le larynx et la trachée d'un cadavre d'enfant ou d'adulte a été mise hors de doute par la vérification nécroscopique. Cette opération n'offre même pas de grandes difficultés. Quant à ce qui concerne le vivant, nous avions provoqué autrefois (t. III, p. 35) les praticiens à une expérience fort simple et qui lèverait toute incertitude : ce serait de recueillir les gaz rejetés par le tube. Cette expérience aurait pu être facilement exécutée chez les clients de M. Green, qui, assure-t-il, n'étaient que fort peu incommodés par l'instrument et pouvaient le garder longtemps; mais elle est restée, autant que nous pouvons savoir, à l'état de *desideratum*. Toutefois, nous nous empressons de le reconnaître, dans toutes les observations de M. Loiseau, et dans une autre que nous allons rapporter, diverses circonstances de l'opération, notamment le bruit de l'air dans le tube, l'effet subit produit par l'injection d'un liquide caustique, ne permettent guère de douter que la sonde n'ait été engagée plus ou moins dans les voies aériennes. Jusqu'à quelle profondeur? Jusqu'au-dessous des cordes vocales, jusque dans la trachée et les bronches, dit M. Loiseau. C'est là ce qui est surtout à vérifier. Il est clair que le va-et-vient de l'air dans la sonde, pendant l'inpiration et l'expiration, aura lieu tout aussi bien si le bout de la sonde a seulement franchi la glotte que s'il a été poussé au delà des ventricules du larynx jusque dans la trachée. Sous ce rapport, la signification de l'expérience est subordonnée à la longueur de la portion de tube introduite. S'il en disparaît derrière la base de la langue quatre, cinq, six centimètres ou plus, et si en même temps l'air s'agite dans le tube au gré des mouvements respiratoires ou offre les caractères chimiques de l'air expiré, il

faudra bien admettre que le tube a pénétré dans le conduit trachéal. Nous ne connaissons encore, parmi les médecins français, que M. Loiseau qui affirme *ab experto* la réalité du fait.

Une application du procédé et des instruments de M. Loiseau vient d'avoir lieu précisément dans le service de M. Trousseau, qui en avait fait, à l'Académie, l'objet d'un rapport très favorable. Les termes de l'observation qui a été publiée par la GAZETTE DES HÔPITAUX doivent porter à penser que le bout de la sonde n'a pas dépassé les ventricules. Mais comme c'est, en définitive, pour le traitement des affections laryngées que peut être surtout utilisé le cathétérisme des voies aériennes; comme ce sont celles-là surtout qui, par leur nature et par la menace d'asphyxie qu'elles produisent, réclament le plus impérieusement l'emploi des moyens topiques, on comprend de quelle importance est déjà une telle conquête thérapeutique.

Il s'agissait d'une petite fille de quatre ans entrée le 19 octobre à l'Hôtel-Dieu pour une diphthérite occupant exclusivement la langue, et accompagnée d'un léger engorgement des ganglions sous-maxillaires. Cependant la voix éteinte et une toux retentissante annonçaient que le larynx commençait à se prendre. La cautérisation de la langue avec un crayon d'azotate d'argent d'abord, et plus tard avec une solution saturée de sulfate de cuivre; des insufflations de tannin et d'alun dans le pharynx; l'usage interne du chlorate de potasse, amenèrent quelque diminution dans l'étendue des fausses membranes. Les autres symptômes persistèrent, et il survint un peu de fièvre. Le 23 au soir, d'après les instructions qui lui avaient été laissées par M. Trousseau, le chef de clinique, M. Blondeau, pratiqua le cathétérisme du larynx d'après le procédé de M. Loiseau.

La première phalange du doigt indicateur de la main gauche étant armée d'un dé métallique, l'opérateur ouvrit la bouche de l'enfant à l'aide d'une cuiller. Ce premier temps fut le plus difficile à cause de la résistance opposée par la petite malade. Cependant, étant parvenu à écarter les mâchoires, M. Blondeau saisit l'instant pour porter brusquement le doigt aussi profondément que possible dans l'arrière-gorge, de façon à atteindre la base de la langue et l'épiglotte. Il y parvint facilement, et l'épiglotte fut un instant soulevée par le doigt; malheureusement, l'anneau protecteur n'ayant pas les dimensions convenables, il fut obligé de lâcher prise, l'enfant l'ayant atrocement mordu.

Il fut plus heureux dans la seconde tentative, bien qu'encore le doigt n'ait été que médiocrement protégé contre les morsures de l'enfant. Néanmoins, sur ce doigt introduit dans la bouche, l'opérateur conduisit rapidement une sonde métallique munie de deux yeux et convenablement recourbée à son extrémité (une algalie ordinaire eût pu remplir exactement le même office). On arriva *facilement* ainsi dans le larynx, où le doigt, en tenant l'épiglotte soulevée, donnait aisément accès. On fut averti que la sonde avait bien réellement pénétré dans les voies aériennes au bruit que fit l'air en s'échappant par l'instrument. Aussitôt on poussa à travers celui-ci une injection caustique (solution saturée de sulfate de cuivre), puis immédiatement on retira la sonde. Toute cette opération, introduction du doigt, cathétérisme, injection, dura à peine quelques secondes.

Un fait remarquable, et auquel M. Blondeau, qui pratiquait pour la première fois cette opération, était loin de s'attendre, c'est que cette opération ne parut avoir de pénible pour l'enfant que le moment où le doigt fut introduit dans la bouche et souleva l'épiglotte. Alors seulement la petite malade fit des efforts et s'agita. Quant au cathétérisme, quant à l'injection elle-même, elle les supporta à merveille.

Une preuve de plus que la sonde était bien dans le larynx, et jusque dans la trachée, c'est qu'après l'injection d'une quantité assez notable de la solution caustique, il n'y eut ni vomissements, ni même de nausées; or, chacun sait qu'il suffit qu'une proportion très minime de sulfate de cuivre arrive dans l'estomac pour provoquer non plus seulement des envies de vomir excessivement pénibles, mais encore d'abondants vomissements. Or, rien de cela n'arriva, et la malade ne rejeta par la canule que du mucus visqueux en petite quantité, venant évidemment de l'appareil bronchique.

Le lendemain matin 24, la voix avait repris notablement de clarté. Un second cathétérisme fut fait néanmoins, cette fois par M. le professeur Trousseau lui-même, qui eut à supporter aussi la morsure de l'enfant, mais qui n'en parvint pas moins à son but. Le soir, l'opération fut encore répétée, mais cette dernière fois le doigt fut parfaitement garanti, grâce à une légère modification apportée dans la confection de l'anneau, dont on augmenta la dimension en largeur sur sa face supérieure. Le cathétérisme, pratiqué par M. Trousseau, eut pour témoin M. le docteur Bouchut qui constata, comme tous les assistants, non pas seulement la facilité, mais encore l'innocuité, on pourrait dire même la bénignité de cette opération.

Le 25 au matin, le cathétérisme fut pratiqué pour la dernière fois. La situation était notablement améliorée, la voix reprenait sa clarté, la diphthérie linguale elle-même avait en presque totalité disparu.

Le 28, l'enfant entrait en convalescence, bien que la voix conservât encore un peu de raucité.

A. Dechambre.

IV.

CORRESPONDANCE.

Cas remarquable de dystocie due à un rétrécissement du bassin, coïncidant avec un volume exagéré du fœtus, à la suite d'une grossesse tardive.

A M. LE DOCTEUR JACQUEMIER.

J'ai lu avec le plus grand intérêt, dans le numéro de la GAZETTE HEBDOMADAIRE du 21 août, votre travail sur le *volume exagéré du fœtus considéré comme cause de dystocie*. Il m'a remis en mémoire un fait observé ici il y a une vingtaine d'années, et dont voici les détails essentiels.

Obs. — Il s'agit d'une fille de vingt-cinq ans environ, pensionnaire chez une sage-femme d'Aix, où elle était venue accoucher. Le travail de l'enfantement, à son début, ne présenta aucune particularité; mais, après l'écoulement de la poche des eaux, quoique le col fût complétement effacé et que les douleurs fussent bien soutenues, la tête ne s'engagea pas. M. le docteur Goyrand, mon oncle, fut alors appelé auprès de la malade. Il trouva une fille bien constituée, qui avait eu, quelques années auparavant, un enfant dont elle avait accouché sans difficulté. La seconde grossesse avait été assez bonne; mais elle se croyait fermement au terme de onze mois. Il y avait en effet cet espace de temps que l'homme dont elle était enceinte, d'après son récit, avait eu des rapports avec elle, et ces relations, brusquement interrompues presque aussitôt, avaient été reprises à une époque trop rapprochée du moment actuel pour que la grossesse pût leur être attribuée; elle ajoutait qu'à terme, c'est-à-dire à la fin du neuvième mois, elle avait eu des douleurs tout à fait semblables à celles qui précèdent l'accouchement, et que ces douleurs s'étaient reproduites de même à la fin du dixième mois. La sage-femme confirmait l'exactitude de ces deux derniers faits, qui s'étaient passés sous ses yeux. La fille X... paraissait, du reste, parfaitement sincère dans tous ces détails, qu'elle n'avait absolument aucun intérêt à déguiser, et c'est avant qu'elle connût les difficultés sérieuses qui pourraient s'opposer à l'accouchement qu'elle était entrée dans ces explications.

Le docteur Goyrand, après avoir constaté par le toucher que la tête, retenue au détroit supérieur, plongeait dans l'excavation et était en position occipito-cotyloïdienne gauche, se décida à faire une application de forceps pour la dégager. La tête fut bien saisie; mais, quels que fussent

les efforts de l'accoucheur, elle n'avança pas, et, en présence de cette résistance insurmontable, le docteur Goyrand demanda une consultation.

Les médecins consultants pensèrent qu'il fallait de nouveau recourir au forceps ; il fut réappliqué en leur présence par le docteur Goyrand, et des tractions furent faites à plusieurs reprises, soit par lui, soit par les médecins assistants, d'une manière assez énergique pour que des portions de la pulpe cérébrale s'échappassent entre les branches de l'instrument ; mais la tête ne fit aucun mouvement. On laissa, après cette seconde tentative infructueuse, la malheureuse fille X... prendre un peu de répit ; un bain fut ordonné, et l'on convint, aussitôt après le bain, de tenter la version. Ce qui avait été résolu fut exécuté : un pied fut amené avec peine par le docteur Goyrand, et les tractions faites sur ce pied ne donnant aucun résultat, il fut à la recherche du second, qui fut attiré comme le premier. Mais, malgré des efforts énergiques et réitérés, l'évolution du fœtus fut impossible, et la femme, épuisée par les souffrances qu'avaient occasionnées ces diverses manœuvres, eut une convulsion nerveuse et succomba. Le fœtus était dans la position qui avait été diagnostiquée ; mais il offrait un volume énorme, et, par le fait du développement avancé des parties (muscles, squelette, tissu adipeux), son plan dorsal, fortement appliqué en avant et à gauche, offrait une rigidité et une inflexibilité qui s'étaient opposées d'une manière absolue au mouvement d'évolution ; la tête, déformée par la pression énergique des branches du forceps, dont elle portait les marques profondes, offrait au sommet une solution de continuité des téguments, par laquelle la masse cérébrale s'était vidée en partie.

Le poids et les dimensions du fœtus étaient les suivants :

Poids, 17 livres et demie (7 kilogrammes : le kilogramme équivaut à 2 livres et demie de Provence).

Taille, 23 pouces 3 lignes (62 centimètres).

Diamètre sus-occipito-mentonnier, 6 pouces (162 millimètres).

Diamètre occipito-frontal, 5 pouces 2 lignes (139 millimètres).

Diamètre occipito-bregmatique, 5 pouces, et 4 pouces trois quarts en pressant (135 à 128 millimètres).

Diamètre bipariétal : l'état du crâne n'a pas permis de le déterminer.

Circonférence occipito-frontale, 14 pouces 2 lignes (383 millimètres).

Largeur des épaules entre les deux moignons, 6 pouces et demi (175 millimètres).

Circonférence de la portion supérieure du thorax, en y comprenant les deux bras, 17 pouces 2 lignes (463 millimètres).

En même temps que le fœtus offrait ce développement proportionnel si considérable dans toutes ses parties, le bassin de la mère, qui présenait dans sa figure extérieure tous les caractères d'un bassin bien conformé, était régulièrement rétréci dans toutes ses dimensions, comme on peut en juger par les dimensions de ses différents diamètres :

Diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, 3 pouces 4 lignes (9 centimètres).

Diamètre transverse, 4 pouces et demi (12 centimètres).

Diamètres obliques, 4 pouces 2 lignes (11 centimètres).

Voilà sans contredit l'un des cas d'obstétrique les plus embarrassants et les mieux faits pour dérouter la prudence du praticien, quelque habile et quelque consommé qu'il soit. En présence de cette coïncidence de l'excès de volume de l'enfant et du rétrécissement du bassin, que nous avons noté avec soin, le sacrifice de l'enfant eût-il pu sauver la mère ? — Nous en doutons ; car l'embryotomie, si elle n'avait pas offert, dans de pareilles conditions, des difficultés insurmontables, aurait au moins exigé des manœuvres assez longues et assez pénibles pour que la mort de la fille X... en fût presque inévitablement la conséquence. L'opération césarienne était donc évidemment pour la mère, aussi bien que pour l'enfant, la seule chance de salut ; mais comment se décider d'emblée à un parti aussi grave, quand le diagnostic, dans les cas de volume exagéré du fœtus, est si difficile, d'une part, et que, de l'autre, on a affaire à un bassin qui peut permettre le passage d'un fœtus de moyen volume, comme le prouvait le premier accouchement de la fille X... ? De pareils faits sont heureusement très rares; et bien que le rétrécissement du bassin ne permette pas de classer celui-ci au nombre des cas où la dystocie est causée uniquement par les dimensions exagérées du fœtus, il n'en mérite pas moins de prendre place à côté des observations que vous avez rapportées ; il prouve, comme ces dernières, que, quoi qu'on ait dit, le volume seul du fœtus peut constituer un obstacle insurmontable à l'accouchement. En effet, quand bien même la fille X... aurait eu un bassin normal et que la flexion de la tête aurait été portée à l'extrême, c'est à peine si le diamètre occipito-bregmatique, qui s'offre aux diamètres obliques du bassin, aurait pu les franchir; et si la tête était parvenue à s'engager, la partie supérieure du tronc, dont la circonférence était, comme on l'a vu, de 463 millimètres, se présentant à la circonférence du détroit supérieur, qui n'offre d'ordinaire que de 35 à 43 centimètres de développement, aurait trouvé sans doute une difficulté insurmontable à la traverser, et il y aurait eu alors à la fois les deux causes de dystocie que vous avez signalées et distinguées soigneusement l'une de l'autre, c'est-à-dire que le volume des épaules, après s'être opposé à la progression de la tête à travers l'excavation, se serait opposé à leur propre progression, dans le cas où la tête se serait dégagée spontanément ou l'aurait été par le moyen de l'art.

Cette observation remarquable, surtout à ces divers points de vue, me paraît encore mériter d'arrêter un moment l'attention, comme exemple assez authentique d'une grossesse tardive coïncidant avec un excès de volume du fœtus, et je vous l'adresse, pour que vous lui donniez place dans les colonnes de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, si vous jugez qu'elle puisse offrir quelque intérêt aux lecteurs de cet excellent recueil.

Veuillez agréer, etc. Dr P. SILBERT (d'Aix).

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

CHIMIE APPLIQUÉE. — MM. *Leconte* et *Faivre* présentent un *Mémoire sur la constitution chimique du système nerveux chez la sangsue médicinale.* — Divers auteurs ont étudié au point de vue des réactions chimiques les éléments du système nerveux de l'homme ou des animaux supérieurs : la même étude n'a jamais été faite, à notre connaissance du moins, sur les nerfs des animaux inférieurs : nous l'avons tentée et nous venons apporter le résultat de nos premières recherches. Suivant leur action sur le système nerveux de la sangsue, les agents que nous avons employés peuvent se partager en deux classes : les uns, par leur action chimique, permettent de distinguer les diverses substances qui entrent dans la composition des éléments nerveux, et conduisent ainsi à une sorte d'analyse qualitative; les autres ont pour effet d'indiquer avec précision les détails de structure : nous les appelons *réactifs histologiques*.

Tous ces agents ont été mis en contact dans les mêmes conditions, avec des ganglions pris dans la partie moyenne de la chaîne nerveuse, dépouillés de leur enveloppe colorée, desséchés et examinés sous le microscope à un grossissement de quatre à cinq cents diamètres.

Nous examinerons successivement les effets obtenus, soit à l'aide des réactifs chimiques, soit à l'aide des réactifs histologiques :

1° *Réactifs chimiques.* — Le système nerveux de la sangsue médicinale semble composé d'éléments chimiques assez nombreux et jouissant de propriétés différentes; l'hypochlorite de soude, à la température de l'ébullition, dissout les connectifs et les nerfs latéraux, mais ne dissout nullement le ganglion, qui reste intact. Ainsi, il y a une différence de propriétés entre les ganglions et les nerfs qui en naissent.

Il y a également une différence très nette entre la constitution du névrilème, de l'enveloppe des tubes et de la matière granuleuse intérieure.

En effet, la liqueur d'étain dissout le névrilème et ne dissout pas les tubes, ni la matière granuleuse.

Le suc gastrique possède une action analogue.

La solution de potasse caustique à une température élevée dissout le névrilème et les tubes en laissant intacte la matière granuleuse. L'acide chlorhydrique fumant à 100 degrés dissout également le névrilème et les enveloppes, en donnant une liqueur violette, tandis que la matière granuleuse ne se dissout point et se

colore en jaune. L'acide azotique fumant colore en jaune la matière granuleuse et ne colore pas le névrilème ni l'étuve.

Le névrilème et les tubes restent également incolores sous l'influence de l'azotate de protoxyde de mercure, qui à chaud colore en rouge brique la matière granuleuse, sous l'influence de la solution alcoolique d'iode qui colore en jaune cette matière, ou du permanganate de potasse très étendu qui lui donne une coloration analogue.

Quelques réactifs démontrent l'existence de propriétés communes au névrilème, aux tubes, à la matière granuleuse : ainsi le mélange d'acide azotique fumant et d'alcool dissout à chaud toute la préparation sur laquelle on opère. L'acide sulfurique fumant à une température peu élevée a une action très importante : il colore en rose la matière centrale du ganglion, et en jaune la matière granuleuse périphérique, ainsi que celle des connectifs et des nerfs latéraux. Ainsi, la matière granuleuse est loin d'avoir dans toutes les parties des propriétés analogues. L'éther sulfurique nous a démontré la présence dans le système nerveux d'une très grande quantité de matières grasses : nous avons évalué cette quantité, et nous avons trouvé que quatre-vingts ganglions de sangsue, pesant après dessiccation 0gr,005, renferment environ 0gr,002 de matières grasses.

Parmi les sucs digestifs, un seul, le suc gastrique, agit chimiquement en dissolvant le névrilème ; si l'on ajoute de la bile, son action est complétement arrêtée. L'action préalable de la bile empêche toujours l'action du suc gastrique de s'exercer.

2° *Réactifs histologiques.* — Les réactifs qui peuvent être employés avec le plus d'avantage pour distinguer les détails de structure sont principalement : l'acide acétique, l'acide arsénieux, l'acide chromique, l'azotate d'uranium, le permanganate de potasse, le suc gastrique, l'iodure ioduré. Les réactifs qui agissent chimiquement ne sont pas dépourvus non plus d'une certaine action histologique : ainsi on peut employer l'acide sulfurique concentré pour isoler le nerf intermédiaire entre les deux connectifs.

Ces divers agents mettent en évidence des détails de structure différents : le suc gastrique, comme l'un de nous l'a montré dans un autre travail, permet de reconnaître les anastomoses des tubes et des cellules intercurrentes ; l'acide arsénieux, le permanganate de potasse, l'azotate d'uranium apprennent à distinguer la texture des différentes parties du ganglion lui-même ; l'acide arsénieux fait très bien voir les cellules et leurs prolongements, l'azotate d'uranium les fibres ascendantes et descendantes qui partent des nerfs latéraux. L'iodure ioduré fait bien ressortir les nerfs intermédiaires et leur communication à travers le ganglion.

Les réactifs en général agissent de deux manières sur la matière nerveuse : les uns la rétractent, la durcissent et la colorent : tels sont les acides forts et leurs sels ; les autres la gonflent, la ramollissent et la rendent plus pâle : tels sont les acides et les alcalis puissants. (*Comm.* : MM. Milne Edwards, Cl. Bernard, Moquin-Tandon.)

TÉRATOLOGIE. — M. *Joly* présente un ***Mémoire sur un nouveau cas de monstruosité offert par un chat monosomien, pour lequel l'auteur propose le nom de*** Rhinodyme. — La famille des monstres doubles monosomiens est caractérisée, comme on sait, par l'unité apparente d'un corps dont la tête seule offre des indices d'une duplicité plus ou moins imparfaite. Trois genres seulement constituent cette famille.

L'un, désigné sous le nom d'*Atlodyme*, est caractérisé par l'existence d'un seul corps, avec deux têtes séparées, mais contiguës et portées sur un col unique. Le second genre (g. *Iniodyme*) se distingue par ses deux têtes, libres en avant, réunies latéralement dans la région de l'occiput. Enfin, chez le troisième (g. *Opodyme*), la tête, unique en arrière, se sépare en deux faces distinctes à partir de la région oculaire : elle n'est vraiment que semi-double, suivant la juste remarque de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.

« Par les Opodymes, ajoute ce tératologue si distingué, nous » voici parvenus au dernier degré de fusion que nous présente la » nature, et l'on pourrait presque ajouter, au dernier degré que » la pensée puisse concevoir : car supposons quelques pas de plus » vers la fusion complète, et nous arrivons presque immédiatement » à l'unité normale. » (Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, *Traité de tératologie*, t. III, p. 205.) Eh bien, ce dernier degré de fusion que jusqu'à présent la pensée pouvait seule concevoir, la nature vient de le réaliser à peu près chez un chat né à Toulouse, où j'ai pu l'observer pendant sa vie et le disséquer après sa mort.

En effet, chez le chat, ou plutôt chez la chatte dont il s'agit, la tendance à l'unité est tellement prononcée, et les deux faces sont d'une symétrie si parfaite, que j'ai cru un moment avoir sous les yeux un simple *bec de lièvre*, ou plus exactement la *fissure b.* désignée très improprement par certains auteurs sous le nom de *gueule-de-loup*. Un examen plus attentif n'a pas tardé à me convaincre que j'avais affaire à une de ces monstruosités doubles, dans lesquelles la duplicité se masque à tel point, qu'il faut avoir recours à une analyse presque minutieuse pour bien l'apercevoir.

En effet, à l'inverse de ce qui a lieu généralement chez les *Opodymes*, chez notre monstre il n'existe plus d'orbites séparées ou réunies sur la ligne médiane pour loger les deux yeux internes ; plus de globe oculaire, plus de paupières apparentes à l'extérieur ni à l'intérieur ; rien, en un mot, qui puisse rappeler un œil quelque imparfait qu'il soit. Cependant les deux nez, ou plutôt les deux demi-nez (car il manque à chacun à peu près toute la moitié externe), les deux nez, séparés à leur origine par un léger enfoncement, convergent l'un vers l'autre et viennent presque au [illegible] à leur extrémité, offrant ainsi quelque ressemblance avec le [illegible] d'un dogue.

La bouche, fendue comme à l'ordinaire, ne frapperait nullement par sa composition étrange, si, lorsqu'elle est largement béante, on n'apercevait sur la ligne médiane un pinceau de poils occupant le milieu d'une saillie assez prononcée, formée par l'adossement des moitiés latérales internes des deux maxillaires (les intermaxillaires ont disparu) et par la membrane fibro-muqueuse qui les recouvre. Un indice encore plus certain de la duplicité buccale, c'est la présence de deux langues séparées vers leurs bases par une cloison musculo-membraneuse, qui représente les voiles du palais, et qui s'attache, d'une part à la saillie provenant de la soudure des maxillaires supérieurs, de l'autre à la face interne et vis-à-vis l'angle de chacun des maxillaires inférieurs.

Quant à ces maxillaires eux-mêmes, ils sont réduits à leur moitié externe. Les branches internes ayant complétement disparu, les deux branches extérieures marchent à la rencontre l'une de l'autre, viennent au contact à leur extrémité libre, et interceptent entre elles un espace à peu près triangulaire non complétement fermé en dessous ; mais un repli de la peau indique la tendance à l'occlusion. Si l'occlusion avait eu lieu et que les deux demi-mâchoires se fussent soudées vers la symphyse, elles ne différeraient en rien d'une mâchoire unique ordinaire.

A partir du pharynx commun aux deux individus composants, on ne voit plus aucune particularité qui mérite d'être signalée. Quoi qu'il en soit, celles que nous avons décrites suffisent, ce nous semble, pour réclamer l'établissement d'un nouveau terme dans la série des monstres doubles monosomiens. Fidèle à l'ingénieuse nomenclature de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, nous donnerons à ce nouveau le nom de *Rhinodyme*, et nous le caractériserons ainsi qu'il suit :

Un seul corps ; tête unique en arrière, mais formée en avant de deux moitiés de face tout à fait contiguës, mais non complétement soudées sur la ligne médiane, appareil oculaire atrophié ou nul de chaque côté de l'axe d'union : nez contigus.

Le monstre que nous venons de décrire a teté sa mère et a vécu deux jours : nous l'avons entendu miauler comme un chat régulièrement conformé. Quand il ouvrait la gueule, on voyait les deux demi-mâchoires inférieures s'écarter l'une de l'autre à la manière des branches maxillaires de l'appareil buccal des Ophidiens.

Si nous considérons les anomalies en apparence si peu graves que présentait notre monstre, si nous nous rappelons qu'il tetait, qu'il miaulait comme un chat ordinaire, nous serons peut-être surpris de la mort si prompte à laquelle il a été condamné. I..

cependant en cela il n'a fait qu'obéir à la loi qui régit les monstres doubles en général et spécialement les monosomiens. Cette loi peut être ainsi formulée : Plus un monstre double s'approche de l'unité, moins il a de chances de viabilité.

Du reste, dans le cas particulier qui nous occupe, malgré la tendance si évidente à la fusion complète des deux têtes en une seule, il est curieux de voir les deux moitiés de nez, ainsi que les os des mandibules et des maxilles, venir au contact immédiat sans se souder, comme si la nature répugnait à nous tromper et à se tromper elle-même, en faisant disparaître cet unique indice de duplicité chez un être qui rappelle sous tant d'autres rapports la conformation la plus régulièrement normale. Nouveau fait à l'appui de l'adage si connu *Natura non facit saltus*, même lorsqu'il s'agit des monstres, c'est-à-dire des créatures regardées jadis comme les plus anomales et les plus incompréhensibles. (*Comm.*: MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire, de Quatrefages.)

PATHOLOGIE. — *Mémoire sur le cercle sénile*, par M. *Castorani*. (*Comm.*: MM. Velpeau, Cl. Bernard, J. Cloquet.) Nous donnerons une analyse détaillée de ce mémoire dans un de nos prochains numéros.

PATHOLOGIE. — *La paralysie du nerf facial produite à volonté dans un cas de lésion de l'oreille moyenne*, par M. le docteur *Deleau* jeune. (Extrait par l'auteur.) — Il résulte des faits consignés dans mon mémoire et des réflexions qu'ils suggèrent, que : 1° la paralysie essentielle du nerf facial est probablement très rare ; 2° sa cause prochaine est l'étranglement de son tronc dans son passage dans l'aqueduc de Fallope ; 3° l'exaltation de l'ouïe qui accompagne la paralysie est un symptôme de l'otite interne ; 4° pour guérir la paralysie faciale, il faut traiter activement cette otite.

Si des médecins doutaient encore des vérités que je viens d'énoncer dans ces conclusions, je m'offre de constater à l'aide du cathétérisme de la trompe d'Eustache la lésion de l'oreille moyenne avant ou après la paralysie de la face.

J'appelle, en terminant, l'attention des praticiens sur l'état de tous les conduits osseux qui donnent passage aux nerfs sensitifs ou moteurs. J'ai l'intime conviction que beaucoup de névralgies n'ont pas d'autre cause que l'étranglement opéré dans ces canaux par inflammation et par épaississement de tissus. (*Comm.* : MM. Serres, Velpeau, J. Cloquet.)

M. *Viallet*, qui avait précédemment présenté au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, un mémoire imprimé « Sur l'asile Saint-Cyrice de Rodez, établissement créé pour le traitement des indigents atteints de cécité curable ou de maladies graves des yeux, » adresse, pour se conformer à une des conditions imposées aux concurrents, une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1857.—PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 et 1856 dans les départements de l'Hérault et de Vaucluse. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Plusieurs recettes de remèdes secrets. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2° La correspondance non officielle comprend : *a*. Une note de M. le docteur *E. Santon* (de Saint-Hippolyte, sur le Doubs), relative à un nouveau procédé de réduction de luxation de l'épaule. (*Comm.* : M. Malgaigne.) — *b*. Un mémoire sur le traitement de la pustule maligne, par M. le docteur *Goupil*, membre correspondant de l'Académie à Nemours. (*Comm.* : MM. Delafond, Trousseau et Nélaton.) — *c*. Un mémoire sur la guérison des tranchées utérines qui accompagnent souvent la menstruation par la belladone administrée en suppositoire, par M. le docteur *Lepetit*, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers. (*Comm.* : MM. Cruveilhier, Boudet, Danyau.) — *d*. Une note de M. le docteur *A. Legrand*, sur la curabilité relative des scrofules des os. (*Comm.* : M. Laugier, s'il y a lieu.) — *e*. Une note de M. *Leroy* (d'Étiolles), qui prie l'Académie de lui accorder la parole pour la lecture d'un mémoire sur la lithotritie. — *f*. M. *Devergie*, membre de l'Académie, adresse un contre-projet en réponse aux questions de M. le ministre relatives à la statistique nosologique des causes de décès. (*Renvoyé à la commission.*) — M. le docteur *Maire* (du Havre) et M. *Pelletier* (de Bar-le-Duc) adressent des observations sur le même sujet.

M. *Depaul* annonce à l'Académie que les deux fœtus accolés par la région ombilicale, et dont il avait parlé dans la précédente séance, sont encore vivants aujourd'hui et peuvent être vus dans la salle de la bibliothèque.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE.

M. *Jeannel*, professeur de thérapeutique et de matière médicale à l'École de médecine de Bordeaux, donne lecture, en son nom et au nom de M. Moncel, d'un mémoire sur l'*émulsionnement des corps gras par les carbonates alcalins, et sur les corps gras considérés comme véhicules des bases minérales et organiques*. (*Comm.* : MM. Bérard, Wurtz et Bouchardat.) Nous reviendrons sur ce travail.

M. *Bérard* monte à la tribune pour faire une communication orale.

Messieurs, le liquide blanc fortement émulsionné que vous voyez dans cette fiole est du chyle. Il est extrait de la citerne d'un animal que je vous ai présenté dans la séance où j'ai lu le travail qui nous est commun, à M. Colin et à moi, animal auquel nous avions extirpé le pancréas. Ce chyle a été recueilli en présence de MM. Wurtz, Delafond et Duméril.

Ce chien n'est pas le seul sur lequel nous ayions obtenu un pareil résultat. Avant les vacances, nous avons pratiqué sur un autre la même expérience en présence de MM. Ségalas, Cloquet, Jobert, Longet et Wurtz. Nous avons trouvé le système chylifère turgide et tout le chyle émulsionné. Je ne suis pas prêt à faire un rapport ; mais, comme le chyle ne peut pas attendre, j'ai voulu le montrer à l'Académie.

M. Bérard présente aussi de la graisse prise sur un chien qu'il avait fait voir à l'Académie. Ce chien ne pesait pas 2 livres alors ; le flacon contient environ 150 grammes de graisse. Le chien a dû faire ou absorber de la graisse depuis cette époque.

STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS.

Discussion.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. *Guérard*.

M. *Guérard* : Vous savez, messieurs, que la deuxième conclusion proposée par la commission a été adoptée en principe ; elle nous a été renvoyée seulement pour la modifier dans la forme. Il s'agissait de sauvegarder l'indépendance et la dignité de nos confrères, et de ne point les soumettre à une sorte de hiérarchie médicale. Pour cela, il nous a semblé que c'était aux familles qu'il fallait imposer l'obligation de présenter un certificat du médecin traitant avant de permettre l'inhumation. Déjà cette manière de faire a été régulièrement organisée dans l'arrondissement d'Avranches. La commission a pensé qu'il y aurait avantage à introduire cette prescription réglementaire dans la deuxième conclusion modifiée. Voici maintenant cette deuxième conclusion, telle qu'elle est sortie des nouvelles délibérations de la commission :

« *Deuxième conclusion*. — Pour faciliter cet enregistrement régulier des causes de décès, il convient :

» 1° De généraliser l'institution des médecins vérificateurs (cinquième question) ;

» 2° De créer des médecins cantonaux chargés de donner des soins médicaux aux malades pauvres des campagnes ;

» 3° De ne permettre l'inhumation que sur la présentation par la famille du défunt d'un certificat du médecin traitant qui atteste la réalité du décès.

» Le médecin traitant rédigera, en outre, *un bulletin indicateur de la cause du décès*, dont il fera l'usage énoncé à l'article 8.

» A défaut du médecin traitant, le médecin vérificateur des décès ou le médecin cantonal seront chargés d'office, par l'administration locale, de la délivrance du *certificat* et de la rédaction du *bulletin indicateur*. »

Vous voyez que l'intervention du médecin cantonal ou du médecin vérificateur n'est invoquée qu'en l'absence d'un médecin qui aura traité le malade. La commission espère que cette nouvelle rédaction conciliera les diverses opinions qui se sont produites.

M. *Jules Cloquet :* Une foule de malades meurent sans avoir fait appeler de médecin; quel sera le devoir de l'administration en pareil cas?

M. *Guérard :* A défaut de médecin traitant, l'administration désignera d'office un médecin pour constater la réalité du décès et les causes présumées de la mort. Je viens de citer l'arrondissement d'Avranches, où les choses se passent ainsi. L'intervention d'un homme de l'art n'est ordinairement requise aujourd'hui que lorsqu'on soupçonne qu'il y a eu mort violente; mais ne peut-il pas arriver aussi qu'on enterre des personnes qui ne sont pas mortes. Il suffira d'appeler sur ce point l'attention des familles. Un autre avantage de cette rédaction, ce sera l'atténuation de mauvaises tendances, de l'avarice, de l'incurie de certaines familles, lorsqu'on saura qu'il faut nécessairement faire appeler un médecin pour constater les décès. En résumé, toutes les fois que la famille aura appelé un médecin pour donner des soins à un malade, ce médecin devra constater la réalité du décès, et rédiger le *bulletin indicateur;* mais quand il n'y aura pas eu de médecin traitant, le médecin vérificateur, dans les villes, le médecin cantonal, dans les campagnes, sera chargé de ces constatations.

M. *Desportes :* Il y a ici une confusion; il n'a pas été question dans la dernière séance, de la constatation du décès, mais de la confection du *bulletin indicateur*. Que la constatation du décès suive sa marche ordinaire, ceci ne nous importe pas, mais il faut que le *bulletin indicateur* précise bien la lésion ou la maladie à laquelle le malade aura succombé. Le médecin traitant seul peut rédiger ce bulletin. Je propose de diviser en deux la solution que propose la commission, d'abandonner à l'administration le soin de faire constater le décès, et de réclamer seulement du médecin traitant la rédaction du *bulletin indicateur*.

M. *Guérard :* Le médecin appelé par l'administration, en l'absence d'un médecin qui eût donné des soins au malade, constate le décès pour que l'inhumation puisse avoir lieu; mais, puisqu'il est là, il indique de plus, autant que possible, les causes de la mort, et peut fournir quelques utiles éléments de statistique. Il pourra dire si le malade a succombé à une maladie aiguë ou à une maladie chronique, ajouter les renseignements que pourra donner la famille, et qui auront un caractère suffisant d'exactitude. Ces documents auront encore une certaine valeur. C'est pourquoi, à défaut d'un médecin traitant qui puisse fournir des détails plus précis, il est bon de confier la rédaction du *bulletin indicateur* au médecin vérificateur ou au médecin cantonal.

M. *Devergie :* Je trouve des inconvénients plus graves à cette deuxième rédaction qu'à la première. Vous demandez au médecin traitant de constater non-seulement le décès, mais les causes mêmes de la mort. Vous ne pourrez y arriver qu'au moyen d'une loi. De plus, en imposant cette obligation au médecin, vous le forcez, dans certaines circonstances, à révéler, en quelque sorte, des secrets de famille. Vous lui donnez les fonctions d'un agent de l'autorité. En l'absence d'un médecin qui ait donné des soins au malade, que fera le médecin cantonal ou le vérificateur? Demandez au médecin l'indication de la cause du décès, mais que cette prescription soit facultative, et ne lui imposez pas cette obligation nouvelle. Que le maire désigne d'office un médecin, dans le cas où le traitant n'aura fourni aucune indication. Je m'opposerai, quant à moi, de toutes mes forces à l'extension des médecins vérificateurs dans un but de statistique.

M. *Guérard :* Je ne veux pas suivre M. Devergie dans toute son argumentation, mais permettez-moi de vous dire un mot. L'Académie veut ou ne veut pas de statistique nosologique; or, qui veut la fin veut les moyens. Si l'Académie veut cette statistique, il nous semble que le seul moyen d'y arriver est celui que propose la commission. En prenant l'expression de M. Devergie, le médecin cantonal ou vérificateur est l'homme de l'autorité; mais tous les médecins sont avant tout hommes de science, et ce qu'on leur demandera au nom de la science ils voudront y satisfaire. Quand on imposera aux familles l'obligation de faire constater la réalité de la mort, de crainte d'une inhumation précipitée, on en comprendra les avantages, et l'on ne voudra pas s'y soustraire. Si vous laissez facultative l'indication du décès, vous n'aurez que des documents insuffisants, et dès lors sans utilité réelle.

M. *Trousseau :* J'appuie de toutes mes forces la proposition de M. Velpeau, et je voudrais restreindre celle de la commission. Elle demande que le traitant constate la mort du traité. Or, il nous est arrivé à tous de perdre des malades, et nous savons que ce serait, dans bien des cas, un rôle fort cruel. Dans les campagnes, je n'affirmerais pas que ce fût toujours sans péril. On aime à faire de l'ingratitude.

J'arrive à un autre point. Lorsque, dans une grande ville comme Paris ou Lyon, on a à constater un décès, c'est l'affaire d'une heure, deux heures au plus; mais, dans certains départements, les médecins auront à constater un décès à 30 ou 40 kilomètres. Or, si vous obligez le médecin traitant à une pareille corvée, qui est-ce qui le payera? Il ne pourra, pendant tout ce jour-là, s'occuper de sa clientèle. On n'a pas le droit de lui imposer une pareille démarche. Il faudrait au moins qu'il fût prévenu du décès, et par qui le sera-t-il? Par le garde champêtre ou le gendarme, s'il y en a. La nouvelle arrivera au médecin vingt-quatre ou quarante-huit heures après. Je prétends que c'est matériellement impossible, et que l'Académie ne peut pas demander quelque chose d'impossible.

M. Lévy a dit que l'institution des médecins cantonaux fonctionnait bien dans certaines localités : je le veux bien; mais il en est d'autres où elle va d'une manière si indigne, que si l'on vient leur imposer une pareille tâche, qui double leur besogne, ils ne pourront pas y tenir. Je me range complétement à l'avis de M. Velpeau, et demande que la constatation de la cause du décès, seulement, soit faite par le médecin traitant, qui pourrait l'envoyer au maire. Je ne me préoccupe pas beaucoup de la divulgation possible de certains secrets : cela arrivera une fois sur cent. En un mot, je demande purement et simplement que le traitant donne le bulletin et ne soit pas chargé de venir constater le décès.

M. *Guérard :* M. Velpeau a fait ressortir, dans la dernière séance, l'inconvénient qu'il y aurait à ouvrir les portes à un étranger, lorsque celui-ci peut, par ses paroles ou seulement par son attitude, jeter un blâme sur la manière dont le décédé a été traité. Nous n'avons pas mission d'empêcher les médecins vérificateurs des décès de remplir leurs fonctions. Nous avons voulu faire droit aux observations faites par M. Velpeau, et dont nous reconnaissons la justesse. Nous demandons que les médecins qui ont traité le malade ne soient pas exposés à voir intervenir un confrère mal intentionné.

M. Trousseau a réuni, comme à plaisir, toutes les difficultés possibles. En somme, ce fonctionnement existe dans plusieurs endroits, parmi lesquels je citerai l'arrondissement d'Avranches. Quand un médecin ne peut ou ne veut pas remplir la tâche, on peut nommer quelqu'un pour le remplacer. Quelquefois aussi, quand on a affaire, par exemple, à un phthisique avancé, on peut, sans se déranger, constater que le décès est probable. Il ne faut pas voir toujours les difficultés et ne pas croire la chose possible. Il y a intérêt pour la science à avoir les éléments d'une bonne statistique. Les commencements seront mauvais; mais on finira par faire quelque chose de bon et plus tard d'excellent. Aujourd'hui, par exemple, aucun de nous n'a de notions exactes sur la géographie médicale, et nous commettons les erreurs les plus graves en envoyant des malades dans certaines localités qui ne leur sont rien moins que favorables. Dernièrement un mémoire a été couronné qui détruisait la plupart des opinions ayant cours sur ce sujet. Or, si l'on veut établir en France une statistique, conformément aux vœux du ministre et des hommes éminents qui ont provoqué ce mouvement, il faut chercher à lever les difficultés. La commission a été mue par ce sentiment en demandant la constatation des décès.

M. *Velpeau :* Je crois qu'il y a intérêt pour l'Académie à ne pas brusquer cette conclusion. Elle est grosse d'inconvénients; voilà longtemps qu'on la discute et la lumière ne se fait pas. La discussion qui vient d'avoir lieu m'a révélé des obstacles nombreux et graves que je n'y voyais pas.

Le traitant ne pourra pas aller constater le décès de son malade, c'est impossible. Je voudrais que ce fût l'administration, et non pas les familles, qui fût obligée de faire constater la cause du décès.

Cette constatation obligatoire, à quoi conduit-elle? A savoir les causes du décès? On ne les saura pas. M. Trousseau vient de nous énumérer des difficultés très difficiles à surmonter. Le médecin cantonal ne pourra pas se rendre de suite sur les lieux; la journée se passera, et puis il arrivera ce qui arrive à Paris même, on ne va pas faire la constatation, on se contente d'envoyer son bulletin. S'il en est ainsi dans les grandes villes, que sera-ce dans les campagnes? On n'ira pas. Voulez-vous un exemple? Il y a à Paris un bureau où l'on a à indiquer les maladies de tout individu reçu dans un hôpital; on en est venu à réunir sous le nom de *fièvre* toutes les maladies qui sont du ressort de la médecine, et sous le nom de *plaie* toutes celles qui appartiennent à la chirurgie. On fera de même dans le cas qui nous occupe, et voilà comment la science sera éclairée.

Je voudrais que l'on admît la proposition suivante : La cause du décès sera donnée par le médecin traitant ou, *à son défaut*, etc..., et il pourra envoyer directement son bulletin à l'administration sous pli cacheté.

M. *Guérard*. Je ne suis pas très frappé des exemples que fournit M. Velpeau, et je le suis d'autant moins, qu'il y a une sorte de contradiction entre ce qu'il propose aujourd'hui et ce qu'il demandait dans la séance dernière. Il nous dit : Voyez ce qui se passe au bureau central; il n'y a que deux espèces de maladies : les *fièvres* et les *plaies*. J'ai été moi-même au bureau central; j'ai voulu d'abord poser des diagnostics sérieux, mais le nombre des entrants est trop considérable, et je me suis aperçu bien vite que je perdais mon temps et celui des malades. Le médecin du bureau central n'a pas besoin de connaître la nature de la maladie : il lui suffit de constater qu'il y en a une. Le diagnostic sera fait par le médecin de l'hôpital sur lequel sera dirigé le malade; mais y aurait-il impossibilité à le faire si l'on voulait? Non. M. Velpeau nous dit encore: Le médecin traitant donnera le bulletin de la cause du décès, et l'administration fera vérifier le décès. Il trouvait mauvaise, dans la séance dernière, l'intervention du médecin vérificateur, et c'est pour cela que nous demandons que le permis d'inhumer et le bulletin soient donnés à la fois par le médecin traitant. Lorsque la distance sera très considérable, il pourra, à la rigueur, dire sans se déranger, dans certains cas, que le décès est très probable, et permettra l'inhumation. Je le répète, messieurs, les premiers essais laisseront peut-être à désirer, mais nous arriverons à des résultats satisfaisants et nos successeurs en recueilleront les fruits.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les rapports des commissions des prix. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Congrès de Bonn.

SECTION DE CHIRURGIE ET D'OPHTALMOLOGIE.

Présidence de M. WUTZER (de Bonn).

CANCER ÉPITHÉLIAL, OU ÉPITHÉLIOMA. — M. *J.-Q. Laurence:* Le cancer épithélial, pour lequel je désire conserver la dénomination d'*épithélioma*, est une maladie purement locale. Elle ne devient dangereuse et mortelle que par sa facilité à s'étendre sur les tissus voisins, et surtout à suivre les vaisseaux lymphatiques et à infecter tout ce système. Le seul traitement rationnel est, à mon avis, le traitement chirurgical. Il faut enlever la tumeur avec le bistouri, l'enlever le plus tôt possible, l'enlever aussi complétement que possible. Plusieurs faits de ma pratique m'ont démontré qu'il ne fallait pas se borner à inciser sur les limites de la partie affectée. Il faut aller assez loin pour être sûr de trancher dans le tissu sain, et ne pas regarder à une déformation facile à réparer au bout du compte, lorsqu'il s'agit de prévenir une récidive dont les altérations sont bien plus à craindre que celle du couteau.

M. *O. Weber* : C'est à l'Allemagne qu'il appartient d'avoir séparé les diverses altérations nommées *tumeurs papillaires*, *hypertrophies des glandes de la peau et des muqueuses*, des dégénérescences comprises sous le nom de *cancer épithélial*. Les différences dans la marche et le développement de ces affections prouvent bien qu'on ne doit pas encore regarder comme terminée la discussion sur les cancers épithéliaux.

DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS DE L'OREILLE. — M. *Erhard* (de Berlin) : Jusqu'ici le manque de détails sur l'anatomie pathologique des affections de l'oreille, la difficulté du diagnostic dont on tire si peu de signes différentiels et dont les moyens sont si peu nombreux, ont empêché le traitement d'être rationnel et fructueux. Il faut surtout s'attacher à observer le degré de la surdité, la qualité des sons perçus lorsque différents bruits se produisent simultanément, tenir compte de l'acuité ou de la gravité des sons entendus; enfin, les variations dans la surdité peuvent aussi amener à des résultats précieux pour le traitement. Le bourdonnement d'oreille n'a aucune valeur pour le diagnostic. La paralysie du muscle stapédius est la cause de l'oxycoia observée dans les paralysies du facial. La cordo du tympan n'a aucune influence sur les phénomènes de l'audition.

OPHTHALMOTROPE, OU MYOMÈTRE. — M. *Ruete* (de Leipsick) : L'instrument que j'ai l'honneur de présenter à la section a été l'objet d'un article dans les *Göttinger Studien*. Son but est de donner les mesures exactes du raccourcissement des muscles de l'œil, de permettre d'étudier leur action dans les moments les plus divers; enfin de mesurer, à 1 millimètre près, leur rétraction dans les divers strabismes. Les deux yeux artificiels que vous voyez sont le double de l'œil normal. Ils sont maintenus par un anneau circulaire qui permet d'exécuter tous les mouvements à la sphère qui représente le globe oculaire. Quatre vis permettent de fixer la sphère dans la position donnée. Lorsqu'on ne les serre pas, la sphère glisse à frottement doux contre l'extrémité des vis, qui sont garnies de cuir. De nouvelles mensurations, faites avec les professeurs Weber, M. Breyter, sur des têtes de suicidés, nous ont permis d'arriver à des données certaines sur la position, la longueur, l'insertion des muscles do l'œil. Voici nos résultats à ce sujet. Pour comprendre le tableau suivant, il faut supposer, à partir du centre du globe de l'œil, deux systèmes de coordonnées: l'une d'elles est mobile avec l'œil; elle commence au point que l'on peut considérer comme le centre du globe oculaire. L'axe de l'x se confond avec le diamètre horizontal, l'axe de l'y avec l'axe visuel, l'axe du z avec le diamètre vertical; la direction de l'x positive est en dehors, de l'y positive en arrière, du z positif en haut. Le plan xy est celui qui passe par le centre de l'œil, c'est-à-dire le plan horizontal d'où naissent les coordonnées. Le plan yz est parallèle au plan médian du corps et passe par le centre de l'œil.

Le second système de coordonnées se trouve dans l'espace, et les axes sont les mêmes que celui des coordonnées de l'œil lorsque le regard se dirige directement en avant.

Voilà donc en millimètres la longueur des muscles de l'œil :

	INSERTIONS.			NAISSANCE.		
	x	y	z	x	y	z
Droit supérieur. . . .	+= 2,00	— 5,667	+ 10	— 10,67	+ 32	+ 4
Droit inférieur	+= 2,20	— 5,767	— 10	— 10,8	+ 32	— 4
Droit externe.	+= 10,88	— 5,00	0	— 5,4	+ 32	0
Droit interne.	+= 9,90	6,00	0	— 14,67	+ 32	0
Obliq. sup.	+= 2,00	+ 3,00	+ 11	— 14,1	— 10	+ 12
Obliq. inf.	+= 8,00	+ 6,00	0	— 8,1	— 6	— 15

D'après ces résultats on obtient les angles que les muscles font avec le plan vertical yz et le plan horizontal xy de l'œil.

Angle des muscles avec le plan

	VERTICAL.	HORIZONTAL.
Droit supérieur...........	19 » degrés.	14 2/3 degrés.
— inférieur	19 1/4	15 »
— externe	31 1/2	0 »
— interne............	35 »	0 »
Oblique supérieur.........	54 2/3	0 »
— inférieur	49 2/3	20 1/3

Enfin, nous avons obtenu les données suivantes :

Diamètre de l'œil	24
— du nerf optique	4,3
Largeur moyenne des muscles droits	7,43
— de l'oblique inférieur	9
Épaisseur des muscles droits	4
Distance entre les centres des deux yeux	64,8
— des deux parois internes des orbites	26,9
— qui sépare le centre de l'œil de l'insertion des muscles droits (moyenne)	32

Ces points et ces dimensions connus, nous avons fait construire exactement un œil factice ayant la mobilité de l'œil normal ; les muscles sont représentés par des fils de soie, soumis longtemps à la coction et tressés plusieurs fois. Ils ont la longueur, la direction des muscles de l'œil (on se souvient que les proportions de l'ophthalmotrope sont à celles de l'œil :: 2 : 1) et sont tendus par un ressort situé au-dessous de l'appareil. Ils sont porteurs d'un index qui marque, sur une plaque graduée, le degré de tension ou de relâchement des muscles.

Le zéro est le moment ou tous les muscles sont en équilibre, c'est-à-dire lorsque la direction de l'œil est horizontale et en avant. On comprend combien il est facile, l'angle du strabisme étant donné, de reproduire avec l'instrument la même déviation. On n'aura qu'à regarder l'index pour voir quels sont les muscles relâchés, quels sont ceux qui sont contractés et enfin de combien, à un millimètre près, doit être le raccourcissement pour causer telle ou telle déviation de l'œil.

(*La suite prochainement.*)

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 6 NOVEMBRE 1857.

Du panaris et du phlegmon des doigts (suite), par M. *Bauchet.*

Discussion sur le mémoire de M. *Fauconneau-Dufresne* (Du diabète et de son traitement).

Observation de M. *Guibout* sur une forme complète d'hystérie.

Note de M. *Leroy-d'Etiolles* sur les rétrécissements de l'urèthre.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

De la section sous-cutanée d'une partie de l'enveloppe fibreuse et de la cloison des corps caverneux pour remédier à un vice de conformation de la verge, par M. le professeur BOUISSON, de Montpellier.

Si les vices de conformation du pénis mettent rarement obstacle à l'émission des urines, en revanche ils s'opposent plus ou moins à l'importante fonction de la génération, soit en gênant la copulation, soit en entravant la projection du sperme dans l'éjaculation.

Le premier de ces actes est surtout rendu difficile par la direction vicieuse que la verge prend dans l'érection, et le second par la situation anormale de l'orifice antérieur de l'urèthre, qui, au lieu de s'ouvrir à l'extrémité de l'organe, regarde plus ou moins bas, ou bien s'ouvre plus ou moins près de la racine des bourses, à la face inférieure du membre viril.

Ces deux variétés de malformations organiques sont souvent réunies chez le même sujet, et rendent le coït difficile, douloureux ou impropre à la fécondation.

Dans l'immense majorité des cas, le pénis présente, pendant sa turgescence, une courbure à convexité supérieure.

1° Au plus léger degré, l'inflexion du gland et la déviation du méat sont dues à la brièveté ou à la trop grande résistance du filet.

2° Dans une forme déjà plus sérieuse, et sur laquelle J.-L. Petit a fait quelques tentatives opératoires, la face inférieure de la verge est partiellement soudée à la face antérieure du scrotum.

3° L'incurvation de la verge coïncide fréquemment avec l'hypospadias le plus commun et le moins grave : l'urèthre, depuis le périnée jusqu'au voisinage du gland, où se trouve son méat anormal, est tendu comme une corde, et fait saillie sous la peau ; rigide et peu extensible, il paraît moins développé en longueur que les corps caverneux : aussi les entraîne-t-il en bas dans l'état d'érection.

4° Enfin il existe une dernière variété, plus fâcheuse encore peut-être, parce que chacun des deux éléments de la difformité exige un traitement spécial. Voici en quoi consiste cette anomalie, naguère confondue plus d'une fois avec l'hermaphrodisme. L'ouverture uréthrale, située à la racine de la verge, tout contre le scrotum, figure une fissure longitudinale ; toute la portion antérieure de l'urèthre paraît ou absente ou convertie en un cordon fibreux, ou bien encore ouverte en gouttière, par défaut de soudure des deux replis qui le représentent à une époque précoce de la vie intra-utérine. La verge peut être, par suite, fortement concave en bas. D'où il résulte que le coït est tout aussi peu praticable que la fécondation est problématique.

Aux prises avec un fait de cette nature, M. Bouisson a heureusement utilisé les principes généraux de la méthode sous-cutanée, c'est-à-dire qu'il a divisé les brides fibreuses qui maintenaient le pénis infléchi, de manière à faciliter l'excrétion et à rendre la copulation facile. Il se propose de remédier à l'hypospadias par un procédé anaplastique qu'il fera connaître plus tard. Nous désirons vivement la seconde partie de cette observation, car nous pensons avec M. Bouisson, que l'uréthrogénie, dans des cas semblables, est encore fort peu avancée, malgré tout ce qui a été dit et fait en pareille occurrence. Dans les observations d'hypospadias postérieur que nous connaissons, nous n'avons pas vu, d'ailleurs, de tentatives opératoires ayant pour but spécial le redressement du pénis incurvé.

Voici, du reste, l'analyse succincte de ce fait intéressant :

Jeune homme de vingt-deux ans. Hypospadias congénital contre lequel rien encore n'a été tenté. Aucun trouble pendant l'enfance ; préoccupation pénible lorsque arrive la puberté. Érections douloureuses, coït impossible, mélancolie profonde par crainte de stérilité. Le malade, trouvant sa position intolérable, est prêt à tout supporter pour remédier à ce vice de conformation.

L'orifice uréthral, situé à la base de la verge, à la racine des bourses, figure une fissure longitudinale dépourvue de lèvres. La partie antérieure de l'urèthre manque ; elle est remplacée par une sorte de ruban qui aboutit au-dessous du gland à une espèce de gouttière ; à peine mesure-t-elle 3 centimètres, tandis que les corps caverneux ont leur dimension normale : d'où incurvation de la verge, déjà très appréciable dans la flaccidité et la demi-érection, à plus forte raison dans l'érection complète. Dans cette condition, la bride uréthrale tendue tirait sur le gland, et l'on sentait de plus que l'obstacle au redressement était plus profond encore que le ruban qui représentait l'urèthre.

En mars 1856, incision transversale à ciel ouvert qui ne pénètre pas au delà des corps caverneux. Allongement de la bride, redressement sensible de l'extrémité du pénis. On met l'organe dans l'extension. La cicatrice s'opère. L'amélioration, par malheur, ne se soutient pas, par suite de la rétraction inodulaire.

Deux mois après, même incision pratiquée plus près du gland ; même pansement, mêmes précautions. Même insuccès. On reconnaît alors que l'obstacle était à la fois superficiel et profond, c'est-à-dire qu'il y avait un arrêt de développement ou une rétraction de la gaîne fibreuse et de la cloison des corps caverneux. La section sous-cutanée fut résolue et exécutée de la manière qui suit :

Pli cutané antéro-postérieur sous la verge relevée et tendue vers le pubis ; ponction étroite à la base de ce pli ; introduction d'un ténotome convexe. La pression, aidée d'un petit mouvement transversal, divise l'enveloppe fibreuse du corps caverneux à distance égale du gland et du méat anormal. Petit bruit sec, comme dans la ténotomie. La verge s'allonge sensiblement. L'obstacle profond se faisant encore sentir, le ténotome est porté sur la cloison, l'attaque verticalement au centre de la verge, qui se redresse aussitôt d'une manière complète.

Opération peu douloureuse, assez rapide ; écoulement de sang

médiocre; pas d'ecchymose consécutive, aucun vaisseau important n'ayant été divisé. Un bandage roulé compressif à l'aide de bandelettes étroites de diachylon prévint les hémorrhagies et les érections.

La verge a repris aujourd'hui sa conformation normale. Les érections ne sont ni douloureuses, ni gênées par les obstacles primitifs, et la copulation, autrefois impossible, s'exécute sans difficulté. (*Gazette médicale de Paris*, n° 40, octobre 1857, p. 631.)

Sur la myocardite considérée comme cause de rupture et d'anévrysme partiel du cœur, par le docteur A. Mercier.

L'anévrysme partiel du cœur est-il dû à la rupture de l'endocarde, enflammé ou non, et à la dilatation progressive de couches musculaires sous-jacentes, comme le pensait Laënnec; ou bien à la seule dilatation de l'endocarde, qui refoulerait les couches musculaires en les écartant, et les tasserait les unes contre les autres, *sans les distendre*, selon l'opinion de Raynaud; ou bien enfin à une altération des fibres musculaires qui les rendrait extensibles sous la pression de la colonne sanguine, et leur permettrait de former une poche circonscrite, comme le soutient dans ce travail M. le docteur Mercier. Telles sont les principales explications qui sont encore aujourd'hui discutables; encore ne s'arrête-t-on plus guère qu'à la première et à la troisième, et le débat est à peu près concentré entre les partisans de l'anévrysme faux et les partisans de l'anévrysme vrai.

Dès 1835, M. Mercier avait publié une observation de laquelle il résultait que l'anévrysme partiel du cœur pouvait s'établir sans érosion ni déchirure de la membrane interne, qui était seulement épaissie, presque cartilagineuse et incrustée d'ostéides; de plus, les fibres cardiaques, au niveau de la dilatation, offraient une altération ainsi décrite : « La substance musculaire est beaucoup plus molle que dans toute autre partie, très pâle, raréfiée, et est mêlée de beaucoup de tissu cellulaire. Dans des endroits, ce tissu forme (sous la coupe) deux petites îles cernées par du tissu musculaire, et réciproquement dans d'autres points. A mesure qu'on s'approche des points superficiels du sac anévrysmal, on voit le tissu cellulaire prédominer tellement, que, dans cet endroit, il sépare seule la membrane interne du péricarde, et permet très bien de voir le jour au fond des cavités supérieure et inférieure (l'anévrysme était divisé en trois cavités) lorsqu'on les interpose entre le jour et la lumière. » A l'occasion de ce fait, qui fut présenté à la Société anatomique le 15 mars 1835, l'auteur rattachait la formation de l'anévrysme à une phlegmasie qui aurait épaissi, cartilaginifié l'endocarde, et en même temps déterminé « le ramollissement, la raréfaction du tissu musculaire, et la prédominance du tissu cellulaire. » Plusieurs observations, recueillies dans cette même année et ultérieurement, lui ont montré un rapport constant entre l'existence d'un anévrysme partiel et la transformation de fibres cardiaques en un tissu blanc, plus ou moins semblable au tissu fibreux. M. Mercier rapporte avec détails six observations de ce genre, et commente ainsi les conséquences qu'on en peut tirer.

« 1° S'il était (l'anévrysme), comme le dit Baillie, dû à une simple faiblesse des fibres du cœur, on devrait le rencontrer constamment à la pointe où ces fibres sont le plus minces; mais il n'est pas rare de le rencontrer, au contraire, dans les parties les plus épaisses, comme dans quelques-unes de mes observations. Baillie ne signale d'autre altération de la couche musculaire que son amincissement; mais ce qu'il dit de la membrane interne prouve que le fait qu'il rapporte doit appartenir à la même catégorie que les miens.

» 2° La rupture récente et sans travail morbide antérieur d'une couche interne seulement de la substance musculaire, de manière à former une dilatation anévrysmale, n'a, je crois, jamais été constatée. Et d'ailleurs, dans presque toutes les observations décrites avec soin, on signale la présence de la membrane interne : peut-on supposer la conservation de l'endocarde avec la rupture de la couche musculaire sous-jacente ?

» 3° L'opinion qui consiste à expliquer la formation du sac par une ulcération de la membrane interne serait certainement plus vraisemblable; mais ces ulcérations sont extrêmement rares, et bien peu de faits pourraient s'adapter à cette théorie. Ceux où cette membrane est intacte lui résistent évidemment; mais n'en est-il pas de même de presque tous ceux où l'on a trouvé une ulcération? Dans ma troisième observation, par exemple, il en existait une; mais elle n'occupait qu'une partie minime et centrale de la poche, qui était tapissée par l'endocarde dans la plus grande partie de son étendue. N'est-il pas plus probable que cette ulcération fut postérieure à la formation de l'anévrysme, et qu'à son niveau la couche charnue ne s'est pas dilatée autrement que dans les parties voisines ?

» 4° Quant à l'opinion qui consiste à expliquer la dilatation à l'aide d'un simple refoulement des fibres musculaires par la membrane interne enflammée, ramollie, et formant pour ainsi dire hernie dans leur écartement, je la crois impossible, et parce que ces fibres charnues forment un tissu trop serré; et parce qu'on rencontre tous les jours des inflammations récentes et anciennes de l'endocarde sans aucune trace de dilatation partielle. Dans le fait même de M. Reynaud l'altération de cette membrane était presque générale et elle n'avait cependant cédé que dans deux points très circonscrits Pourquoi? Sans doute parce que, dans ces deux points, le tissu musculaire avait participé à l'inflammation, et ce que l'auteur dit des parois de la première poche, qu'elles étaient « formées par une membrane épaisse, dense, de *texture fibreuse*, composée elle-même de *deux feuillets*, l'un superficiel, plus mince, d'un blanc opaque; l'autre plus épais, *semblable à la membrane moyenne des artères*; » ce qu'il ajoute au sujet de la seconde poche, que « ses parois sont épaisses, denses, *comme fibreuses*, » prouve que ce fait appartenait encore à la même catégorie que les miens. Il a pris pour du *tissu cellulaire hypertrophié, devenu lamelleux et fibreux*, du tissu musculaire fibrifié.

» Une origine qu'il me semblerait plus rationnel d'admettre serait l'ouverture d'un abcès de la tunique charnue du cœur dans l'une de ses cavités. Mais la cause incontestablement la plus fréquente, la seule bien démontrée, c'est l'altération simultanée de l'endocarde et du tissu musculaire, altération que je rapportais dès 1835 à un travail inflammatoire. Cette opinion me paraît gagner chaque jour du terrain en France, et elle semble être aujourd'hui celle de la plupart des pathologistes allemands, si j'en juge par ce que dit le professeur Forget, de Strasbourg (Gaz. méd., 1853, p. 210). »

A l'appui des faits qu'il a rapportés avec détail et des conséquences qu'il en a tirées, M. Mercier résume *tous* les exemples d'anévrysme partiel contenus dans les Bulletins de la Société anatomique et cherche à établir que les lésions rencontrées dans le tissu musculaire du cœur, et qui aboutissent toujours à la dégénérescence fibreuse, doivent être rapportées à l'inflammation. L'auteur a fait sur ce point, chez des sujets atteints d'inflammation traumatique des muscles (par exemple à la suite d'amputations), des recherches spéciales qu'il a exposées en 1839 dans la Gazette médicale de Paris. En voici le résultat :

« Si l'inflammation du tissu musculaire persiste, à cette teinte noire (du début) se mêle une nuance grisâtre due au pus qui se forme et qui finit par se rassembler en foyer en même temps que le tissu primitif disparaît. Si cet état se rencontre assez rarement, c'est qu'avant d'en venir là, ou bien le muscle se rompt, ce qui donne lieu, dans le cas présent, à une rupture du cœur, ou bien l'inflammation s'arrête.

» Dans ce dernier cas, s'il ne s'agit encore que d'une infiltration sanguine, on voit peu à peu la couleur du tissu devenir plus claire, passer au rouge brique ou jaune; le muscle diminue en même temps en épaisseur et en longueur, et il reprend de la consistance, quoiqu'il soit encore facile à rompre. Quand il y a eu infiltration purulente, la condensation se fait également; mais il est inutile de dire qu'il ne s'opère plus alors les mêmes changements de coloration.

» Enfin, si l'on examine ce tissu à une époque encore plus éloignée de la période inflammatoire, on le trouve blanc, rétracté, ne formant plus qu'un faisceau très mince, en un mot transformé en

tissu fibreux. De là vient que, quand on examine un moignon longtemps après l'opération, on trouve que les muscles dégénèrent, à une hauteur variable, suivant l'intensité ou la durée de l'inflammation, en faisceaux fibreux qui vont se perdre dans la cicatrice, transformation qui devient cause d'une rétraction consécutive dont la plupart des auteurs n'ont pas donné la raison, et que quelques-uns ont fort mal expliquée.

» A cette transformation se joint même, au bout d'un certain temps, l'atrophie, la dégénérescence en une sorte de tissu cellulaire par suite de l'insuffisance du fluide nourricier, surtout quand le tissu fibrifié est comprimé, distendu, comme il l'est dans les anévrysmes partiels du cœur. »

L'auteur conclut comme il suit :

« En résumé, 1° presque toutes les perforations spontanées du cœur sont le résultat d'une myocardite circonscrite qui a continué sa marche ; 2° la transformation fibreuse du tissu musculaire a pour cause la résolution de cette inflammation quand elle s'est arrêtée à un certain degré ; 3° enfin la dilatation est amenée par la pression du sang sur le tissu, qui a perdu sa contractilité et qui est devenu élastique comme tous les tissus fibreux. »

La doctrine de M. Mercier est tout à fait conforme à celle que professe M. Cruveilhier (*Anat. path. avec figures*, XXIIe livraison, et *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. II, p. 679, et t. III, p. 602). M. Cruveilhier regarde aussi la transformation fibreuse des muscles du cœur *comme le point de départ de tous les anévrysmes partiels* ; et, comme l'inflammation chronique est pour lui la cause de la métamorphose fibreuse du tissu musculaire, dans les cas où les muscles sont tiraillés et distendus, c'est nécessairement à l'inflammation du cœur qu'il rattache la conversion des fibres musculaires en tissu fibreux. Il nous semble, comme à l'auteur, que cette manière de voir est aujourd'hui presque unanime ou tout au moins très généralement répandue, soit en France, soit à l'étranger. Outre l'anévrysme vrai du cœur, M. Cruveilhier cite un anévrysme qu'il appelle *kysteux* ou *à collet*, et qui est en réalité un anévrysme faux ; mais cette dernière variété procède elle-même de la première, puisqu'elle résulte de la déchirure de la poche fibreuse qui constituait d'abord l'anévrysme partiel et qui s'est usée peu à peu. Le cœur de Talma offrait un exemple très caractérisé d'anévrysme kysteux. (*Gazette médicale de Paris*, 1857, n°s 32, 33, 38 et 40.)

VII.

VARIÉTÉS.

FIÈVRE JAUNE DE LISBONNE. — D'après les dernières nouvelles qui nous parviennent par la GAZETTE MÉDICALE DE LISBONNE, l'épidémie de fièvre jaune, dont les caractères sont devenus de plus en plus tranchés, tend à décroître. Du 9 septembre au 15 octobre (dix heures du soir), les hôpitaux avaient reçu 1,645 malades, dont 940 hommes et 191 femmes. 387 hommes et 75 femmes ont succombé ; 553 hommes et 116 femmes ont guéri. La proportion des décès dans les hôpitaux est de 1 sur 3,56. La mortalité générale est de 1 sur 4,31. En ville, comme dans les hôpitaux, le nombre des hommes atteints dépasse de beaucoup celui des femmes, ce qu'on attribue en particulier à ce que les hommes s'exposent plus à l'infection. — On nous dit que le gouvernement français a l'intention d'envoyer des médecins étudier l'épidémie.

— M. le docteur Scoutetten, médecin en chef de l'hôpital militaire de Metz, vient de recevoir de l'empereur de Russie la croix de l'ordre de Saint-Stanislas, de 2e classe.

M. de Kisseleff, ambassadeur de Russie à Paris, en transmettant cette nouvelle à M. le docteur Scoutetten, lui annonce que sa nomination est « un témoignage de bienveillance particulière d'Alexandre II, pour les » soins que le docteur a accordés aux prisonniers russes, pendant son » séjour à Constantinople en qualité de chef des hôpitaux français. »

— L'*Association médicale américaine* a tenu sa dixième séance annuelle sous la présidence du docteur Zina Pitcher (de Michigan).

— Le TIMES assurait tout récemment que, à l'avenir, aucun protestant ne serait admis *comme médecin en chef ou professeur à l'hôpital général de Vienne*, et il regardait cette résolution comme *un fruit du concordat*. Nous aimons à penser que les informations du TIMES ne sont pas exactes.

— M. Fallot, président du Congrès d'ophthalmologie de Brux..., a été nommé commandeur de l'ordre de Léopold, et M. Warlomont, secrétaire général de ce Congrès, a été nommé chevalier.

— La Société des sciences médicales du département de la Moselle a mis au concours, pour l'année 1858, les questions suivantes :

« 1° Du degré d'utilité pratique de l'électricité d'induction ap... » la thérapeutique. — 2° Faire l'histoire des maladies des ouvr... » terminées par l'une des principales industries de la Moselle ... » gie, peluches, mines, etc.). — 3° Des maladies les plus fréq... » Metz. — 4° Des anesthésiques en général ; de leurs effets phy... » giques et pathologiques, et surtout de l'élément chimique qui sp... » ment produit l'anesthésie. »

Chaque prix consistera en une médaille d'or. — Les mémoires d... être adressés, dans les formes académiques ordinaires, au secrétaire de la Société, à la Bibliothèque, à Metz, avant le 1er mai 1858.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N° 377. Evacuation de chyle par les urines, ... tières grasses par l'intestin, d'eau limpide par les narines, etc., par *Elliot*. — Chloroforme ; responsabilité médicale, par *James*. — Résection dans certa... maladies du genou, par *Price*. — Ablation de l'ongle du gros orteil, par *Wordr*. — 378. Pas d'articles originaux. — 379. Quelle est la position natur... femme pendant le travail, par *E. Rigby*. — Trois cas de trachéotomie, par *A. ...benham*. — Fracture avec dépression du crâne chez un enfant : séparation, ... par *J. Gay*.

THE LANCET. — N° 11. Sur l'arc sénile (fin), par *Canton*. — Valeur de la ... pathologique, par *Gant*. — Cas de peau bronzée, par *Goolden*. — Anévr... plité, guérison spontanée, par *Shortliff*. — Nouveau pied artificiel, par *H.* ... — Applications du permanganate de potasse, par *Girwood*. — Luxation ... de l'os naviculaire, par *C. Garland*. — Empoisonnement par le chlorure ... autopsie, par *J. Rose*. — 12. Pas d'articles originaux.

AMERICAN MEDICAL MONTHLY. — Septembre 1857. Ablation d'une tumeur fibreuse de l'utérus, par *F. Barker*. — Rupture intestinale, péritonite, par *T. Turner*. — Cas de sciatique guérie par la strychnine, par *Gibbs*.

NEW-ORLEANS MEDICAL NEWS AND HOSPITAL GAZETTE. — Mars 1857. Sur le traitement du croup, par *Ed. Jenner Coxe*. — Clinique ophthalmologique, par *Beer*. — Sur certaines formes de maladies urinaires, par *Crawcour*. — Avril. Traitement du croup (suite). — Opération de hernie étranglée, guérison, par *Chopp...* — Monstre à double tête, par *Dungan*. — Placenta *prævia*, avec adhérence, par *...* — Traitement du favus, par *J. Coxe*. — Juin. Clinique obstétricale, par *B...* — Cas d'hydrocéphale aiguë, par *Peyton*. — Sur certaines formes de maladies des organes urinaires, par *Crawcour*.

THE CINCINNATI MEDICAL OBSERVER. — 1857. Septembre. Cas de hernie étra... opération ; guérison, par *Mac Dermont*. — Protection légale qui peut être ... la médecine, par *Haughton*. — Emploi de l'*Apocynum androsæmifolium* ... dyspepsie, par *Lamme*.

EL SIGLO MEDICO. — N° 193. Loi sur l'instruction publique. — 194. ... siècles passés, par *Baldor*. — Insertion du placenta sur le col, par *F. Suarez ...mez*. — 195. Choléra (suite). — Localisation des maladies à propos des ... par *G. Caballero*.

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — 113. Cas de thoracentèse, par *Barbosa*. — ... entre l'embryotomie et l'opération césarienne, par *Lino de Macedo*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — N° 35. Fluxion sanguine au ... microscopique, par *A. Ranzi*. — Réunion par première intention d'une ... tranchante, par *A. Pupi*. — 36. Fluxion sanguine (suite). — Emploi de ... Pagliari dans la gangrène humide et les plaies atomiques, par *Albanese*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 18.

LA IBERIA MEDICA. — N° 35. — 36.

Livres.

LEÇONS ÉLÉMENTAIRES D'ÉLECTRICITÉ, ou exposition concise des principes gén... de l'électricité et de ses applications, par *W. Snow-Harris*, traduites et annotées par *E. Garnault*. 1 vol. in-18 de VIII-264 pages, avec figures. 3 fr.

DER KREISLAUF DES LEBENS, par *Moleschott*. Troisième édition. Mayence, de Zabern. 9 fr.

HAUPTBERICHT UEBER DIE CHOLERA-EPIDEMIE DES JAHRES 1854 IM KÖNIGREICH BAYERN (Rapport officiel sur l'épidémie du choléra en 1854 en Bavière), rédigé par *A. Martin*, avec un atlas grand in-8. 18 fr.

LEHRBUCH DER PHYSIOLOGIE DES MENSCHEN (Éléments de la physiologie de l'homme), par *C. Ludwig*. Deuxième édition, 1er volume, 1re partie. Leipzig, C.-F. W... 6 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 13 NOVEMBRE 1857. — N° 46.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 24 octobre 1857, M. le docteur HATIN, chevalier de la Légion d'honneur, est nommé médecin de l'École normale supérieure, en remplacement du docteur Paulin, décédé.

— Par arrêté, en date du 31 octobre 1857, M. BÉRARD, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé, pour cause de santé, à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1857-1858, par M. Béclard, agrégé.

M. ANDRAL, professeur de pathologie et de thérapeutique générale, est autorisé, pour cause de santé, à se faire suppléer, pendant le même semestre, par M. Lasègue, agrégé.

Le cours de médecine légale aura lieu dans le semestre d'été.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 7 novembre 1857, un congé de six mois, qui aura son effet à partir du 15 novembre courant, est accordé à M. SCHLAGDENHAUFFEN, agrégé de l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg.

M. OPPERMANN, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, professeur de pharmacie, est chargé de l'enseignement de la toxicologie et de la physique pendant le premier semestre de la présente année scolaire.

— Par arrêté ministériel en date du 10 novembre 1857, M. FELTZ a été nommé aide de clinique à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Fritz, dont le temps d'exercice est expiré.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

La séance solennelle de rentrée aura lieu le samedi 14 novembre, à une heure précise. Le discours sera prononcé par M. le professeur NÉLATON. Le sujet de ce discours est l'éloge de GERDY.

LA FACULTÉ ouvrira ses cours d'hiver les lundi 16 et mardi 17 novembre 1857.

Ces cours auront lieu dans l'ordre suivant :

FEUILLETON.

Exposé sommaire de l'état de l'ophthalmologie en Grèce et en Égypte, par le docteur ANAGNOSTAKIS (1). — Lu dans les 2e et 3e séances générales du Congrès de Bruxelles.

Les affections de la conjonctive que l'on observe en Grèce ont presque toutes le caractère catarrhal. Les brusques variations atmosphériques, les inflammations des muqueuses nasales et bronchiques les produisent surtout. Il est à remarquer qu'elles présentent une tendance à se terminer par la phlyctène. Les granulations se montrent aussi assez souvent. Cependant l'ophthalmie purulente est rare en Grèce, même chez le nouveau-né. Les soldats en sont rarement atteints. Sur 3,222 malades observés en un an à l'hôpital militaire d'Athènes, on comptait 37 cas de conjonctivite catarrhale et 42 de granulations palpébrales.

La seule époque où cette terrible maladie sévit en Grèce fut le moment où les armées égyptiennes envahirent le pays, et sur leur passage on a vu depuis comme d'anciens brandons réveiller des incendies faciles heureusement à circonscrire.

A Égine, où Capo-d'Istria rassembla tous les orphelins qu'avait faits la guerre, l'ophthalmie purulente sévit avec violence. Il fallut licencier l'institution et disperser les petits malades pour faire cesser le fléau.

La kératite phlycténulaire, cette manifestation ordinaire de la cachexie scrofuleuse, est fréquemment observée en Grèce. Mais il est à remarquer que, contrairement à ce qui se passe ailleurs, elle n'est pas une émanation du vice scrofuleux, et se manifeste bien plus chez les riches que chez les pauvres. Bien plus même, les oph-

(1) L'auteur, membre du collége médical de la Grèce, a été chargé par son gouvernement d'une mission en Égypte, et c'est cette mission qui a donné lieu au travail que nous résumons ici, avec le regret de ne pouvoir le reproduire en entier. Ce travail est riche de détails et d'une véritable importance historique et pratique. Nous nous sommes attaché surtout à ce qui concerne les ophthalmies externes (conjonctivite et kératite), et le mode de production et de développement de ces deux affections en Grèce et en Égypte.

COURS.	PROFESSEURS.	JOURS.	HEURES.
Pharmacie	Soubeiran	Lundi, mercredi, vendredi.	A 10 h. 1/2.
Physiologie	Bérard, suppléé par M. Béclard, agrégé.	Lundi, mercredi, vendredi	A midi.
Pathologie médicale	Natalis Guillot	Lundi, mercredi, vendredi	A 3 h.
Opérations et appareils.	Malgaigne	Lundi, mercredi, vendredi	A 4 h.
Chimie médicale	Wurtz	Mardi, jeudi, samedi.	A 10 h. 1/2.
Anatomie	Jarjavay, chef des travaux anatomiques et agrégé, chargé du cours.	Mardi, jeudi, samedi.	A midi.
Pathologie et thérapeutique générales	Andral, suppléé par M. Lasègue, agrégé.	Mardi, jeudi, samedi.	A 3 h.
Pathologie chirurgicale.	Denonvilliers	Mardi, jeudi, samedi.	A 4 h.
Clinique médicale.	Bouillaud Piorry	à la Charité. Tous les j. le matin.	De 6 heur. à 10.
	Rostan Trousseau	à l'Hôtel-Dieu. Tous les j. le matin.	De 6 heur. à 10.
Clinique chirurgicale.	Laugier Jobert (de Lamballe)	à l'Hôtel-Dieu. Tous les j. le matin.	De 6 heur. à 10.
	Velpeau	à la Charité. Tous les j. le matin.	De 6 heur. à 10.
	Nélaton	à l'hôp. de la Faculté. Tous les j. le matin.	De 6 heur. à 10.
Clinique d'accouchements.	P. Dubois	à l'hôp. de la Faculté. Tous les j. le matin.	De 6 heur. à 10.

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 12 novembre 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS. — LA FIÈVRE JAUNE EST-ELLE OU NON A LISBONNE?

La discussion sur la statistique des causes de décès a marché rapidement dans la derniere séance de l'Académie. Il faut en savoir gré à la commission, qui a eu le bon esprit de faire, sur quelques points essentiels, des sacrifices évidemment réclamés par l'opinion générale. Comme nous en avions nous-mêmes exprimé le désir, elle a, par un nouveau remaniement de cette deuxième conclusion qui tient depuis si longtemps l'Académie en échec, elle a entièrement dégagé la compagnie de la responsabilité attachée au développement de l'institution des médecins vérificateurs et de celle des médecins cantonaux. Elle ne patronne la statistique, elle ne la déclare utile et immédiatement exécutable, qu'à l'égard des maladies traitées, et par les soins des médecins traitants. Elle cesse aussi d'imposer à ces derniers le devoir de constater le fait du décès, et ne leur demande que la constatation de la maladie à laquelle le sujet a succombé. Les *éplucheurs* peuvent dire que, l'enregistrement de la cause de la mort supposant la connaissance de la mort elle-même, le médecin va retomber dans tous les inconvénients du précédent système de la commission, si bien aperçus par M. Trousseau. Mais un peu de réflexion suffit pour montrer qu'il n'en sera rien. Dès que le médecin n'a plus mission de vérifier si un individu déclaré décédé l'est bien véritablement, le bulletin de la cause du décès n'a plus d'autre signification que d'établir à quelle affection la mort, *si le vérificateur spécial la certifie réelle*, doit être attribuée. C'est donc uniquement de la maladie, et non de sa terminaison fatale, qu'il rend témoignage. Dès lors sa position vis-à-vis de la famille reste ce qu'elle a toujours été jusqu'à présent. Il n'a pas besoin d'aller frapper à la porte d'un mort. Tantôt il aura vu le malade agonisant; tantôt il aura vu son cadavre; tantôt il aura appris l'événement par un membre de la famille, par un billet de faire part, par la voix publique; et sur ces indices qui sont, il faut l'avouer, assez déterminants, il enverra son bulletin; il l'enverra, disons-le encore, sous réserve d'une vérification *officielle* du décès.

Rien donc de plus simple que ce fonctionnement; mais, avec MM. Devergie, Velpeau et d'autres, nous aurions souhaité que la commission s'y tînt, et ne voulût pas à tout prix étendre la statistique à la totalité des décès. La fin de sa conclusion gâte sensiblement le mérite du rôle exclusivement scientifique auquel elle s'est enfin résignée. Que l'autorité, dit-elle, avise aux intérêts de la médecine cantonale, qu'elle surveille ses tables mortuaires; ce sont affaires sociales dont nous ne voulons plus nous mêler... Très bien; mais en même temps la commission invite l'autorité, en cas de mort sans secours médicaux, *à déléguer un homme de l'art* pour constater *la cause* du décès. Eh! que saura l'homme de l'art que n'eût pu savoir le médecin cantonal ou le médecin vérificateur? L'incompétence du premier n'est-elle pas tout aussi radicale que celle des deux autres? Malgré le vote favorable de la majorité, notre conviction à cet égard reste la même. En écartant des préoccupations du rapport deux institutions qui échappent aux travaux habituels de l'Académie, il fallait en écarter l'objet même auquel on voulait faire servir ces institutions. Au lieu de suggérer à l'administration un expédient en remplacement de celui qu'on ne se croyait pas autorisé à lui conseiller, il fallait lui dire nettement qu'aucun ex-

---

thalmies scrofuleuses qui viennent en Grèce se guérissent rapidement.

L'ophthalmie purulente qu'on observe en Égypte, et qu'on a donnée comme spéciale à ce pays, est, d'après l'auteur, une affection identique avec l'ophthalmie *militaire*. Quelques médecins distingués, n'admettant pas l'identité de ces deux affections, ont prétendu que l'ophthalmie purulente tend à disparaître et disent ne l'avoir jamais observée. M. Anagnostakis, au contraire, déclare qu'elle est plus commune chez les indigènes que chez les étrangers, et qu'elle dépend de conditions hygiéniques générales et individuelles.

Plus fréquente chez les enfants que chez les adultes, chez les habitants des villes que chez les paysans, chez les pauvres que chez les riches, chez les hommes de peine que chez les oisifs, l'ophthalmie d'Égypte, sporadique pendant toute l'année, éclate épidémiquement au moment de l'inondation du Nil et coïncide avec des chaleurs étouffantes. Un fait digne de remarque est que l'armée y est beaucoup moins sujette que la population civile. A part cela, les granulés ne manquent pas en Égypte. Sur 10 Égyptiens natifs (fellahs), il n'y en a pas 3 qui n'aient pas de granulations; dans les classes aisées, la proportion des granulés est de 1 sur 2.

L'ophthalmie d'Égypte n'est pas le résultat d'une blennorrhagie uréthrale, comme on l'avait pensé. En effet, les fellahs, qui sont plus que les riches sujets à la blennorrhagie uréthrale, sont moins souvent atteints que les autres de l'ophthalmie. Celle-ci résulte de plusieurs causes générales agissant de concert et d'une manière continue. Au premier rang vient la chaleur humide, les émanations des six lacs (birkeh) remplis de l'eau du Nil, qui, au moment où les eaux baissent, abandonnent à l'action de l'air et du soleil les détritus et les substances délétères qu'elle contenait en dissolution. L'exposition aux courants d'air (conseillée par des médecins du pays), les bains de vapeur, peuvent prédisposer, comme provoquant des actions catarrhales. L'étroitesse des rues, les toitures qui surplombent et empêchent le soleil de sécher les boues infectes des rues du Caire, les taudis des fellahs, l'encombrement d'hommes et de bestiaux, toutes ces causes tendent à provoquer,

pédient ne pourra jamais donner la connaissance d'une cause de décès à qui n'aura pu assister à la dernière maladie. La commission ne doit pas l'oublier, de quelque manière qu'on s'y prenne, une statistique comme celle qu'on projette sera toujours sujette à des difficultés, à des erreurs, et toute la prétention de ceux qui la défendent le plus doit être d'écarter les difficultés principales, et de diminuer assez les erreurs pour les rendre impuissantes contre les grands nombres. C'est donc à eux, c'est aux vrais amis de la statistique mortuaire, qu'il conviendrait surtout de se montrer sévères sur le choix des éléments appelés à la constituer.

L'Académie a voté aussi la troisième conclusion, qui laisse chaque médecin libre d'adopter, pour la désignation des maladies, les dénominations qui lui sont familières, en réservant au bureau central de statistique le soin de coordination. Malheureusement, pour coordonner, pour harmoniser, il faudra *interpréter*. Là est un inconvénient sérieux. Le médecin qui ne peut deviner quel sens sera attaché à sa dénomination, ne saura quelle précaution prendre pour être bien compris. C'est contre ce danger qu'avait été imaginée et adoptée en principe, par le congrès de Paris, une table de synonymie. Cette table est destinée à prévenir le public médical de la signification conventionnelle des mots qu'il emploiera; c'est aussi une interprétation, mais une interprétation anticipée, pour ainsi dire préventive, qui va au-devant des erreurs au lieu de les favoriser.

Enfin, ni la commission, ni l'Académie, n'ont pu se décider à demander franchement au pouvoir une loi qui rendît obligatoire, pour tout médecin ayant traité le sujet (les droits de la conscience toujours réservés), la déclaration de la cause de décès; mais tout le monde est convaincu, tout le monde avoue, sauf le rapporteur, qu'une loi deviendra indispensable. Ce n'est donc que scrupule de la part de l'Académie. On ne veut pas dire qu'une simple circulaire sera insuffisante, parce que ce serait mettre en suspicion le zèle du corps médical, mais on laisse entendre au ministre que, si les besoins de la statistique exigeaient une loi, il faudrait se hâter de la rendre. Pour notre part, malgré le plaisir que nous avons eu d'entendre M. Cazeaux reconnaître, pour les mêmes raisons que nous, le caractère tutélaire, et point vexatoire, d'une contrainte de cette nature, nous n'avons pas avec lui le courage de blâmer la commission d'une réserve dictée par de tels sentiments. M. Michel Lévy a eu à ce propos un mouvement d'éloquente et chaleureuse inspiration. Il a énergiquement rappelé aux médecins l'obligation morale où ils sont de rendre compte à la société des existences qu'ils laissent échapper de leurs mains, et de prêter appui à l'administration pour une œuvre entreprise dans l'intérêt de la science et de l'humanité. Si la discussion a du retentissement au dehors, les paroles de M. Lévy seront meilleures pour la considération du corps médical que celles des honorables membres qui voudraient attacher une petite gratification à l'envoi de chaque bulletin, ou qui demandent avec inquiétude si le médecin sera tenu de fournir le papier et qui sait? peut-être aussi les pains à cacheter.

— Des doutes ont été répandus, dans plusieurs feuilles publiques, sur le caractère de l'affection épidémique qui règne en ce moment à Lisbonne. Il faut reconnaître que les descriptions jusqu'ici données par les journaux de médecine du pays sont encore fort incomplètes; néanmoins, elles suffisent, selon nous, pour permettre d'affirmer que la capitale du Portugal est bien réellement en proie à une épidémie de fièvre jaune.

Voici le tableau symptomatologique présenté par la GAZETTE MÉDICALE DE LISBONNE :

Les symptômes de la maladie sont ceux qu'ont décrits les auteurs. La forme intermittente est rare, et même la rémittente n'est pas commune. Les hémorrhagies dans la peau et les muqueuses sont très fréquentes, la couleur jaune très générale et très marquée dans les cas graves. On a observé un fait important, et sur lequel les praticiens ont besoin d'être bien informés, non point parce qu'ils le méconnaissent ou que les auteurs ne le signalent pas, mais parce qu'il s'est produit dans cette épidémie avec une fréquence déplorable. Dans la transition du premier au second degré, on voyait chez les malades qui semblaient aller parfaitement, qui ne donnaient aucun symptôme fâcheux, qui n'avaient pas contrevenu au régime prescrit et n'avaient aggravé leur état par aucune cause appréciable, le pouls s'abattre, les forces se perdre, la tête se troubler, les hémorrhagies apparaître, l'état adynamique se déclarer rapidement, et la mort survenir en peu d'heures, malgré tous les efforts d'une médication énergique et prompte. Cette modification subite de la maladie eut lieu même chez des malades qui paraissaient bien sous tous les rapports, et qui étaient, par précaution, mis au régime du quinquina, du vin et autres toniques et diffusibles; elle eut lieu chez des convalescents qui mangeaient, se levaient déjà, et qui comptaient se rétablir promptement. On aurait dit parfois que le malade avait ressenti une nouvelle atteinte du fléau. Quelques-uns éprouvaient des hémorrhagies, d'autres de l'anxiété, d'autres un état comateux, presque tous avaient le hoquet, des nausées et le délire.

On a remarqué cette rémission des symptômes à laquelle

---

propager et entretenir le mal. L'entassement est même une habitude chez les personnes riches. Quarante petits mamelucks, enfermés dans cinq chambres et soigneusement gardés par des eunuques qui voulaient les conserver pour les plaisirs de quelque grand seigneur, furent décimés par l'ophthalmie d'Égypte. Citons aussi la nourriture malsaine, qui se compose, en grande partie, de petits poissons salés (fissicha), et la déplorable habitude d'ôter ses chaussures avant d'entrer dans les mosquées. Du reste, les causes de compression du cou manquent totalement.

L'absence de précautions, l'indifférence avec laquelle l'Égyptien se frotte les yeux avec les doigts imprégnés de pus ophthalmique, la communauté des objets de toilette chez ceux qui se lavent la figure, tout, jusqu'aux mouches, véritable plaie de l'Égypte, concourt à éterniser cette terrible maladie. Et jugez par ce qui suit s'il peut en être autrement.

Figurez-vous, par une brûlante journée de juillet, une ruelle étroite comme un de nos trottoirs, rétrécie par des pavillons si saillants qu'on passe aisément de l'un à l'autre; le sol n'est pas pavé : il est recouvert par une épaisse couche d'immondices, et les nombreux arrosements faits par le *sakkah* transforment ces détritus en boue noire et fétide. Cette rue contient de plus des hommes, des femmes, des chevaux, des ânes, des chameaux, qui grouillent épars, criant, se heurtant, faisant un tapage infernal..... Dans les cloaques de cette rue sont accroupis des fellahs sur des bancs, sur des nattes, sur le sol lui-même. Ils fument apathiquement leur narguilé, et laissent des essaims de mouches se poser sur leurs yeux malades, leur permettent de se gorger à l'aide de ces sucs contagieux.....

En résumé :

1° Les principales causes de l'ophthalmie spontanée sont : la chaleur humide, l'encombrement et peut-être les émanations putrides du sol;

2° Elles sont secondées dans leur action par la malpropreté, la poussière, le refroidissement des extrémités, l'alimentation malsaine et la lumière trop vive;

3° Enfin, la maladie se propage et se perpétue par transmission.

Du reste, un *fait* qui semble démontrer la vérité de cette opi-

succédaient bientôt les accidents les plus formidables. Eh bien! c'est surtout cette circonstance qui, jointe à l'ictère, aux hémorrhagies par la peau et les muqueuses, ne permet pas de douter qu'il ne s'agisse de la fièvre jaune. Le temps d'arrêt que l'auteur signale entre la première et la seconde périodes, et dont la fréquence paraît l'étonner, a lieu habituellement, presque constamment, et constitue un des caractères les plus remarquables de cette affection. Un de nos collaborateurs, M. Charcot, chargé de terminer les ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE INTERNE de Requin, et qui a écrit pour cette destination une histoire de la fièvre jaune, s'est assuré, par les recherches les plus attentives et les plus minutieuses, que la rémission temporaire des symptômes, dans cette fièvre, avait été reconnue et signalée par tous les bons auteurs, par tous ceux dont l'ouvrage atteste une étude approfondie du mal. C'est un premier point que nous voulions établir, en attendant que des matériaux plus complets aient été rassemblés pour l'histoire de l'épidémie.

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DES ÉPANCHEMENTS PURULENTS INTRA-THORACIQUES (EMPYÈMES OU PYOTHORAX), par M. le professeur C. SÉDILLOT (travail communiqué à l'Académie des sciences).

La médecine est à peu près impuissante à guérir le pyothorax, et les cas de résorption du pus ou d'heureuse évacuation spontanée de ce liquide par les bronches ou les parois thoraciques sont tout à fait exceptionnels.

La chirurgie ne compte pas beaucoup plus de succès, et les trois méthodes opératoires qu'elle possède et qu'elle applique inspirent avec raison peu de confiance.

Dans la première de ces méthodes, on évacue le pus en totalité ou en partie par une ouverture étroite et plus ou moins sous-cutanée, que l'on ferme immédiatement (ponctions simples, uniques, multiples, obliques ou sous-cutanées, avec ou sans inspirations du liquide par des instruments appropriés). Cette méthode, purement palliative, détermine ordinairement un soulagement de courte durée, suivi du retour d'accidents semblables à ceux que l'on s'était proposé de combattre, et souvent de complications plus graves. Le pus se reproduit, en effet, avec une extrême rapidité, la suffocation reparaît, les forces se perdent et la mort survient.

Dans la deuxième méthode, la plaie de la ponction n'est plus immédiatement fermée, et on la laisse ouverte pendant un temps plus ou moins long, au moyen de canules à robinet ou à revêtement de baudruche (procédés de Dupuytren et de MM. Bouvier, Reybard et Guérin). Le but poursuivi reste le même. On se propose d'obtenir le rapprochement et l'adhérence des parois du sac pseudo-pleural sans introduction de l'air. Ce résultat échappe aux efforts les mieux dirigés du chirurgien par suite de causes assez nombreuses, dont les principales sont : 1° Le vide qui tend à se faire dans la cavité de l'épanchement pendant les mouvements d'inspiration; 2° la moindre pression à laquelle se trouvent soumises les surfaces de la collection; 3° la congestion, l'hypersécrétion, l'hémorrhagie, l'inflammation, l'ulcération et la gangrène du sac pseudo-pleural; 4° l'ulcération de la plaie devenue trop grande pour le diamètre de la canule et l'entrée consécutive de l'air; 5° l'altération du pus et l'infection putride qui en est la conséquence. Cette deuxième méthode n'a donc pas, en définitive, plus d'avantages que la première, et elle doit être abandonnée en raison de ses complications et de ses dangers.

La troisième méthode d'opération du pyothorax remonte à l'école hippocratique; mais les indications n'en avaient été ni posées, ni remplies. Aussi le procédé d'Hippocrate a-t-il été peu suivi. C'est néanmoins cette méthode, mieux comprise et différemment exécutée, dont nous chercherons à montrer la supériorité au double point de vue de la théorie et de l'expérience. L'idée principale était de donner graduellement issue au pus par une ouverture que l'on maintenait fermée pendant un certain temps, et d'achever la cure par des injections d'huile et de vin.

Plusieurs objections s'élèvent contre cette manière d'agir. Les tampons de toile et de charpie, ou les autres moyens d'occlusion de la plaie, sont insuffisants. Le pus s'écoule en totalité, l'air le remplace, et l'on voir survenir les accidents reprochés à la deuxième méthode. Un très petit nombre de malades placés dans des conditions exceptionnellement favorables, telles que le jeune âge, le peu d'ancienneté et d'étendue de l'épanchement, etc., échappent à une terminaison fatale. De là l'abandon motivé et légitime du procédé hippocratique.

C'est en présence de cette impuissance de l'art et après une étude expérimentale déjà fort ancienne des divers modes

---

nion, c'est la diminution sensible de la maladie depuis que les Européens ont introduit des modifications hygiéniques et qu'on a pris des mesures de salubrité générale.

Je n'ai trouvé, ni à Alexandrie, ni au Caire, un seul médecin qui s'appliquât *spécialement* à l'ophthalmologie. La conséquence fâcheuse de cet *encyclopedium* médical est de livrer le champ de la spécialité ophthalmologique aux charlatans, qui de temps en temps parcourent ce pays, au détriment de la santé des malheureux ophthalmiques.

Il n'existe pas dans toute l'Égypte un seul hôpital civil destiné aux indigènes; seulement, grâce à la réduction que l'on vient de faire subir à l'armée, on reçoit à présent quelques malades civils dans les hôpitaux militaires. Les Européens établis dans ce pays y entretiennent trois hôpitaux, savoir : un hôpital français à Alexandrie, et deux hôpitaux grecs, dont un à Alexandrie et un autre au Caire.

Quant aux aveugles, la religion mahométane a pris le soin de soulager leur malheur, puisque la cécité est considérée par les musulmans comme la voie qui mène le plus sûrement au ciel, et que tout aveugle est regardé comme un saint : idée consolante qui adoucit la triste existence de ces êtres dépossédés! Dans toutes les mosquées d'Égypte, on voit un grand nombre d'aveugles nourris par la charité, ou plutôt par la vénération publique. C'est ainsi que, dans la mosquée de *Guémilasev*, au Caire, on nourrit plus de mille aveugles. Le respect du public pour ces saints est tel qu'ils peuvent impunément commettre les plus grands crimes, et la mosquée en question est un *asile inviolable* pour tout criminel.

Il existe au Caire une école de médecine exclusivement destinée à l'instruction des chirurgiens militaires arabes. C'est vraiment une bonne action que la fondation d'une pareille école dans ce pays jadis livré à l'ignorance la plus grossière; je ne lui reproche que deux défauts. D'abord les professeurs, qui, pour la plupart, sont allemands ou italiens, font leur cours en leur langue maternelle, et un drogman attaché à chacun d'eux traduit aux élèves les paroles des professeurs. Une autre chose inconcevable, c'est qu'on ait songé à établir une faculté de médecine dans un pays où il n'existe

d'opération du pyothorax, que nous sommes arrivé, pensons-nous, à mieux en préciser les indications et à découvrir au milieu de toutes les ressources de la chirurgie celles qui permettaient de les remplir.

Il fallait : 1° Se rendre complétement maître de l'écoulement du pus afin de retenir ou d'évacuer à volonté une partie donnée de ce liquide; 2° empêcher, pendant un temps plus ou moins long après l'opération, l'introduction de l'air dans le foyer de l'épanchement; 3° maintenir dans un même foyer une pression assez forte pour prévenir l'altération de la membrane pyogénique; 4° entretenir un pus louable ou en combattre la décomposition par des évacuations et des injections modificatrices convenables; 5° amener une organisation du sac pseudo-pleural assez avancée pour permettre impunément l'introduction et le contact de l'air, et provoquer, surveiller et obtenir l'oblitération de la cavité morbide intra-thoracique, comme on le fait pour tous les abcès.

Le procédé capable de réaliser ces avantages existait, mais on n'en avait pas compris l'importance, et l'on avait négligé de l'appliquer dans les conditions où il pouvait être réellement utile.

Ce procédé consiste dans la perforation d'une côte, proposée par Hippocrate contre l'hydrothorax, et par M. Reybard pour l'évacuation incessante, continue, entière, et par conséquent dangereuse, du pus épanché. Dans ces conditions, comme nous l'avons fait remarquer, on tend à faire le vide dans le sac pseudo-pleural, on diminue la pression à laquelle en sont soumises les parois internes, et l'on provoque nécessairement de très graves accidents.

Voici comment nous agissons :

Une incision cruciale est faite sur la partie moyenne de la neuvième ou dixième côte. Le périoste est détaché et écarté de la surface osseuse, dont un petit trépan perforatif traverse le centre à égale distance des bords supérieur et inférieur pour éviter la blessure des artères intercostales. Ce trépan, de 4 millimètres de diamètre, soutenu par un manche et offrant une extrémité acérée, pénètre facilement dans la poitrine. On le retire aussitôt et on le remplace par une canule en argent et à ailes latérales, destinée à remplir exactement l'ouverture costale. Le pus s'échappe par un jet continu d'une force proportionnée à la quantité de l'épanchement et à l'élasticité des parties environnantes. Bientôt une légère différence se remarque dans la force de projection du liquide. Dès que le jet du pus se ralentit et ne dépasse plus 7 ou 8 centimètres de longueur pendant les expirations, après avoir été projeté à une distance beaucoup plus grande, on ferme la canule avec un petit bouchon de liége fin. On répète ces évacuations toutes les quatre heures le premier jour; ensuite on en éloigne les intervalles en se guidant sur la force d'impulsion du liquide. L'indication prédominante est de faire écouler le trop plein du pyothorax, afin de permettre aux organes circonvoisins de revenir à leur situation normale, sans jamais déterminer de tendance au vide dans la cavité du pyothorax, et sans s'exposer, par conséquent, à la congestion et aux autres modes d'altération de la membrane pyogénique, en évitant absolument l'introduction de l'air, qui ne saurait pénétrer, puisqu'il n'y a pas de place pour le loger. On retarde ainsi la fétidité du pus et les infections qui en sont la suite.

Si la canule métallique gênait le malade ou devenait trop petite pour fermer exactement la côte, on la remplacerait par une sonde de gomme élastique taillée en biseau et d'une longueur convenable. On se sert, dans ce but, d'un long mandrin métallique engagé dans la canule, sur lequel on la retire, puis on introduit la sonde sans tâtonnement et sans difficulté.

Quelquefois le pus ne coule pas. Tantôt c'est un flocon fibrineux qui bouche la canule, tantôt l'extrémité de celle-ci arc-boute contre le sac pseudo-pleural, ou l'on a décollé un lambeau au pourtour de la plaie, on n'a pas bien pénétré dans la cavité de l'épanchement; signaler ces embarras, c'est donner les moyens de les lever.

Si le pus s'est écoulé en trop grande quantité par la chute accidentelle du bouchon de la canule ou de la canule elle-même, ou par le trop faible diamètre de cette dernière; si de l'air a pénétré et a rendu le pus fétide, dans tous ces cas il faut se rendre maître de l'écoulement en employant une canule ou une sonde de gomme élastique d'un diamètre approprié; ensuite on se hâte de rétablir la pression intérieure par des injections, et enfin, s'il est entré de l'air ou que le liquide épanché ait de l'odeur, on le remplace en totalité par des injections multipliées, dont chacune entraîne avec le trop-plein une petite quantité de pus. On peut également faire usage d'injections iodées dont l'action désinfectante est modificatrice des surfaces pyogéniques.

Le régime et l'application de cautères potentiels sur les parois de la poitrine viennent en aide au traitement et ne sauraient jamais être négligés. En agissant ainsi, on obtient graduellement la diminution du sac pseudo-pleural dont les parois se rétractent et se rapprochent. Le pus devient moins abondant et plus épais, la santé s'affermit, et l'on peut espérer

---

ni école primaire ni école secondaire. Fonder une école de médecine sur de pareilles bases, n'est-ce pas vouloir construire une maison en commençant par le toit ?

L'exercice de la médecine se fait en Égypte librement, sans examen et sans contrôle : aussi y a-t-il, à côté des médecins, un grand nombre de charlatans exploitant impunément la crédulité des habitants. C'est que les Égyptiens ne croient nullement à la médecine, ou bien, pour y croire, exigent des miracles.

Le traitement des femmes est encore plus difficile; celles-ci se présentent au médecin la figure couverte, et ne lui montrent que les yeux. C'est à travers cette petite ouverture de leur voile qu'on doit examiner et même opérer les yeux. Pour l'état général, il n'y a pas moyen de s'en informer, on ne vous donnera que le pouls à tâter; la plus grande offense qu'on peut faire à une femme musulmane serait de lui faire tirer la langue.

Le malade égyptien atteint d'ophthalmie aiguë doit tenir, pendant *sept jours*, les yeux couverts d'un mouchoir noir de laine, afin de les tenir chauds; il doit éviter, avec un scrupule religieux, de les humecter avec de l'eau, cela les détruirait. Le huitième jour, il les enduit de blanc d'œuf mélangé avec de l'alun, et attend la disparition de l'œdème. Ordinairement cette disparition coïncide avec le ramollissement de la cornée; cependant le mal ne s'arrête pas là; à peine le patient a-t-il ouvert les yeux que la vieille femme ou l'Arabe survient apportant des poudres caustiques, dont ils saupoudrent impitoyablement le globe oculaire. Cette terrible opération est répétée tous les jours, jusqu'à ce que la perforation de la cornée se cicatrise, et qu'il se forme un énorme leucome adhérent. C'est alors que le malade a recours au médecin, en lui demandant de le débarrasser de ce leucome; et comme cela est impossible, il parcourt de nouveau toute la légion des charlatans, jusqu'à ce que l'œil, constamment irrité, brûlé et gâté, finisse par tomber dans l'atrophie, se délivrant ainsi pour toujours de ces cruels tourments.

Que si maintenant, laissant ce triste récit, nous arrêtons un instant nos regards sur le tableau riant de la Grèce libre, le parallélisme ne peut plus se soutenir; là, au milieu d'un peuple civilisé et sous un gouvernement éclairé, on trouve des institutions propres

la guérison. Quelquefois des accès de fièvre plus ou moins violents se déclarent; on doit les attribuer à la rétention, à l'altération du pus ou à des abcès interstitiels du tissu cellulaire sous-pleural. On insiste sur les injections détersives et émollientes, auxquelles on mêle l'iode, les chlorures alcalins, l'azotate d'argent, et si l'on découvre de l'empâtement vers la région dorso-lombaire, on combat la formation d'un abcès par l'application de cautères, dont on augmente la profondeur avec de la pâte Canquoin si de la fluctuation apparaît. Il n'est pas très rare que l'on observe ces sortes de fusées purulentes du cul de-sac inférieur de la cavité de l'épanchement vers les lombes, et l'issue qu'on y donne amène l'établissement de fistules auxiliaires de la plaie costale.

Tels sont les principaux accidents à prévoir et à combattre. La marche de la guérison est d'autant plus lente, que le pyothorax offre plus d'étendue et d'ancienneté, que les fausses membranes sont plus adhérentes et plus épaisses, le poumon plus refoulé contre le rachis, ainsi que les médiastins et le cœur si la collection s'est développée dans la plèvre gauche. Il faut souvent plusieurs mois avant que ces organes reviennent à leur position normale, et pendant ce temps il convient de ne pas tenir compte seulement des diamètres de la poitrine du côté malade, mais de mesurer également ceux du côté opposé. Nos recherches, à cet égard, nous ont démontré qu'un épanchement purulent gauche ou droit modifie d'une manière très marquée l'ampleur de toute la poitrine. C'est l'effet du refoulement plus ou moins considérable des médiastins, et sans la connaissance de cette disposition, on ne pourrait s'expliquer le peu de diminution apparente de la portion thoracique affectée comparativement à l'énorme quantité du pus écoulé. Les changements de diamètre affectent la totalité de la cage thoracique, et si l'on prend le côté sain pour seul point de comparaison, on les méconnaît nécessairement, puisqu'on n'apprécie pas la diminution que ce côté a subie. La règle à suivre, et que nous recommandons, est de noter avant toute opération les résultats de la mensuration des deux côtés de la poitrine, étudiés séparément, et de constater ensuite les changements survenus à droite et à gauche. On s'assure alors des degrés exacts de la diminution générale et relative.

Les malades traités par la méthode que nous venons d'exposer en ont retiré d'incontestables avantages. L'un, appartenant au service de fiévreux de M. le docteur Collins, médecin-major, a vécu près d'une année et avait repris des forces et les apparences de la santé. La mort fut causée par la persistance du sac pseudo-pleural et par des suppurations diffuses de la région dorso-lombaire aggravées par de perpétuels écarts de régime. Un autre de mes malades, opéré au mois de janvier dernier dans un état désespéré, malgré les soins du médecin traitant, M. le major Netter, a pu aller seul aux eaux d'Amélie-les-Bains, près de Perpignan, et en est revenu ce mois-ci (octobre 1857) dans des conditions de santé et de vigueur très satisfaisantes, quoique la cavité de l'épanchement ne soit pas encore complétement fermée et qu'elle communique par un trajet fistuleux avec la région lombaire.

En présence de faits aussi importants, nous nous croyons autorisé à conseiller de nouveau l'opération de l'empyème dans les conditions de la méthode dont nous venons de signaler les avantages, et nous ne doutons pas que les malades n'en retirent des chances plus assurées de soulagement et de salut.

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Trois planchettes et quatre chevilles.

Permettez-moi, très honoré confrère, de joindre quelques détails à la description que vous donnez de mon appareil pour la fracture de jambe. (*Gazette hebdomadaire* du 18 septembre.)

C'est à l'œuvre, dit-on, que l'on connaît l'ouvrier. Eh bien! faisons concourir mon protégé avec l'appareil de Scultet pour lequel vous semblez avoir un peu de faiblesse.

A la ville ou à la campagne, arrivant près d'une jambe cassée, que demandez-vous? Balle d'avoine, attelles, abondance de linge, drap fanon, compresses, bandelettes... Taillez, cousez, disposez vos pièces; appliquez maintenant l'appareil; il vous faut un aide intelligent pour tenir le pied durant le pansement, encore un aide pour accommoder les bandelettes de concert avec vous. Le lendemain et les jours suivants, nouvelles séances et toujours des aides, ou la besogne est mal faite.

Ma manière est plus expéditive; le premier ouvrier venu me coupe:

1° Une planche grossière de $0^m,55$ sur $0^m,25$; il la perce de quatre séries de trous.

2° Deux planchettes de $0^m,40$ sur $0^m,12$.

---

tant à prévenir les maladies et à garantir leur traitement régulier.

L'exercice ophthalmiatrique présente à Athènes la même facilité que dans les autres capitales européennes; on se soumet de bonne heure et de bon gré à la cure du médecin, et l'on supporte avec soumission toutes les rigueurs du traitement.

La tendance vers le spécialisme est très manifeste parmi le collége médical d'Athènes; elle trouve un soutien dans le public intelligent de cette ville, qui sait en apprécier tous les avantages.

L'enseignement universitaire se ressent de ce progrès; déjà, dans la Faculté de médecine, on a créé trois chaires spéciales, dont une a été consacrée à l'ophthalmologie.

La ville d'Athènes est une des rares capitales qui possèdent des hôpitaux destinés spécialement au traitement des maladies oculaires. Un philanthrope distingué, M. Roeser premier médecin du roi, en a conçu, il y a quinze ans, l'heureuse idée. C'est un des nombreux établissements d'instruction et de bienfaisance publique qui sont, en Grèce, élevés et entretenus par des contributions volontaires. Sa Majesté, notre gracieuse reine Amélie, a bien voulu le prendre sous sa haute protection et donner la première l'exemple de cette générosité philanthropique pour les êtres malheureux qui courent le danger de perdre le plus précieux de leurs sens. Cet hôpital, que j'ai l'honneur de diriger, et qui me sert aussi de clinique ophthalmologique de la Faculté, contient vingt lits destinés à tout malade indigent, de quelque nationalité et de quelque croyance qu'il soit. Depuis le mois de juillet 1854 jusqu'à la fin de l'année 1856, le nombre des malades internes et externes qui y ont été soignés s'élève à 1,372, dont 941 habitaient la ville d'Athènes, 368 provenaient des provinces et 83 étaient arrivés de l'étranger pour s'y faire traiter.

Mais il faut que je m'arrête, afin de ne pas avoir l'air de faire trop l'éloge de ma patrie. Il me suffira d'ajouter que la médecine n'y fait que suivre les progrès rapides des sciences et des arts dans ce pays. Tout prouve que la Grèce régénérée marche à grands pas dans la voie de civilisation la plus élevée, et qu'elle s'efforce de réaliser les espérances de ces âmes généreuses qui l'ont couverte de leurs sympathies.

P. PICARD.

3° Quatre chevilles en chêne de 0m,23 sur 0m,014. Je taille mes remplissages et coussinets dans une ouate de coton.

Je soulève alors la jambe blessée ; un assistant glisse sous cette jambe ma planche garnie de son oreiller de coton; j'ajuste à droite mon coussinet, puis ma planchette soutenue par ses deux chevilles; le membre se trouve dès lors bien maintenu par cette paroi solide. Je pose à gauche mon coton, ma planchette et mes deux autres chevilles. Si le malade est disposé à remuer, deux ou trois vieilles cravattes consolident le tout.

Deux fois le jour nous inspectons, sans la déranger, la jambe qui est à nu. En enlevant une paroi, on panse les plaies sans mouvoir le membre, qui se trouve fixé par l'autre muraille.

J'ai eu l'intention de présenter a mes confrères un appareil destiné à la première période des fractures :

Simple et peu dispendieux, facile à se procurer partout;

Solide, à base large;

Susceptible de maintenir les fragments en exerçant sur le membre une pression latérale modérée, variable à volonté.

Cet appareil doit constamment mettre les parties malades sous les yeux du chirurgien et permettre des pansements répétés sans l'assistance d'aucun aide.

Vous pouvez croire, très honoré confrère, que je serais bien flatté si j'avais réussi à obtenir une partie seulement de ces avantages, qui seront appréciés de tous les praticiens (1).

Agréez, etc. GAILLARD.

Poitiers, 20 octobre 1857.

(1) *Un seul appareil pour toutes les fractures du membre inférieur.* Paris, chez J.-B. Baillière et fils. In-8, avec gravures sur bois. Prix, 2 fr.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

ZOOLOGIE APPLIQUÉE. — *Note sur quelques expériences relatives à l'emploi des sangsues algériennes et à la conservation des sangsues en général*, par *M. A. de Quatrefages*. — En résumé, l'examen des documents qui m'ont été remis conduit aux conclusions suivantes: 1° La sangsue algérienne, dite dans le commerce *dragon d'Alger*, est aussi bonne pour le service médical que la sangsue bordelaise; 2° l'Algérie peut devenir un des principaux centres de production de sangsues; 3° la pêche des marais de l'Algérie devrait être réglementée; en particulier elle devrait être interdite à l'époque des pontes, pour prévenir l'épuisement; 4° les marais domestiques de M. Vayson remplissent toutes les conditions d'un excellent appareil de transport et de conservation pour les sangsues; 5° il serait vivement à désirer que l'administration de la guerre fît continuer les expériences commencées par M. Tripier au Gros-Caillou sur la révivification des sangsues.

TÉRATOLOGIE. — *Note sur divers vices de conformation présentés par une fille de naissance*, par M. *Albert Puech*. (Extrait.) — Les anomalies présentées par cette fille, qui vécut trente heures, portent sur le tube digestif, les organes urinaires et les organes génitaux.

Le rectum était imperforé, le gros intestin très court; la fin de l'iléon avec le cæcum s'ouvraient en dehors par un orifice large placé un peu à gauche de l'exstrophie de la vessie. C'était donc là un anus anormal, qui se compliqua pendant la vie d'un prolapsus considérable.

La vessie était exstrophiée et les deux uretères venaient s'ouvrir de chque côté au-dessous de l'anus anormal, mais au-dessus du vagin

Deux éminences mamelonnées constituaient les grandes lèvres ; il n'existait des petites qu'une partie très exiguë et leur commissure postérieure ; au-dessus de ces petites lèvres, existaient deux pertuis : l'un, qui correspondait à un gros mamelon, conduisait au vagin droit ; l'autre au vagin gauche qui était oblitéré.

De chaque côté du rectum existaient deux cornes utérines ; chacune d'elles, très nettement isolée, avait son ligament rond, sa trompe et son ovaire.

Il n'y avait qu'une artère ombilicale, et le cordon grêle, point flexueux, aboutissait à un placenta peu développé.

L'écartement du pubis était de 5 centimètres; c'était là, au reste, la seule lésion du système osseux.

Cette observation pourrait fournir matière à plusieurs considérations intéressantes ; nous les relèverons plus tard dans un travail spécial : pour aujourd'hui, nous nous bornerons à signaler le développement bifide des organes génitaux internes, et à faire remarquer que l'exstrophie de la vessie peut se compliquer à la fois d'anus anormal et d'imperforation du rectum, et se confondre, pour ce qui est de la vulve, avec les parties sexuelles, réalisant ainsi une espèce de cloaque.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1857.—PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'intérieur transmet : *a.* Une lettre dans laquelle il prie l'Académie de soumettre à l'analyse un échantillon de la graisse de porc fournie par les entrepreneurs de la maison centrale de Limoges. (*Comm.:* MM. Lecanu, Chevallier et Henry.)

2° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de Seine-et-Oise et du Puy-de-Dôme pendant l'année 1856. — *b.* Un rapport de M. le docteur *Maugenest*, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Amand, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Châteauneuf. (*Commission des épidémies.*) — *c.* Un rapport de M. le docteur *Lebret*, médecin inspecteur des eaux minérales de Balaruc, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855. — *d.* Les rapports des médecins en chef des hôpitaux militaires de Guagno et d'Amélie-les-Bains sur les maladies au traitement desquelles les eaux minérales de ces deux localités ont été appliquées pendant l'année 1857. — *e.* Une demande d'avis et d'analyse relative à une eau minérale de Saint-Loubouer (Landes). — *f.* Une demande en autorisation d'exploitation d'une source minérale sise dans la commune de Casteljaloux. (*Commission des eaux minérales.*) — *g.* Plusieurs recettes de remèdes secrets. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

3° La correspondance non officielle comprend : *a.* Une lettre de M. *Leras*, docteur ès sciences, inspecteur de l'Académie à Quimper, relative au pyrophosphate de fer et de soude ; l'auteur signale dans cette lettre les avantages de cette préparation martiale comparativement au sel de M. Robiquet. (*Comm.:* MM. Velpeau, Depaul, Boudet, Bouchardat, Trousseau, rapporteur.) — *b.* Une lettre de M. *Garnier*, pharmacien à Paris, dans laquelle il appelle l'attention de l'Académie sur les inconvénients qu'il y a à se servir dans les formules, de certaines dénominations qui peuvent entraîner des confusions funestes. — *c.* M. *Broca* communique à l'Académie quelques-unes de ses recherches sur la galvanocaustique ou cautérisation galvanique. — *d.* Une lettre de M le docteur *Pelletier* (d'Orléans), qui adresse à l'Académie quelques renseignements relatifs à la statistique des causes de décès. — *e.* Une note sous pli cacheté de M. le docteur *Baud*, médecin inspecteur des eaux de Contrexéville, sur les applications thérapeutiques d'une substance inusitée encore en médecine, la *cérébrine*, principe oléophosphoré de la pulpe nerveuse. Le dépôt est accepté. — *f.* Une observation de M. le docteur *Delarue* (de Bergerac), relative à une hernie étranglée traitée avec succès par l'extrait de belladone à l'intérieur. (*Comm.:* M. Malgaigne.)

M. *le Président* fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le docteur Bertrand, médecin inspecteur des eaux du Mont-Dore, membre associé national.

M. *le Président* annonce qu'aucun mémoire n'ayant été déposé pour le prix Portal, une commission sera nommée pour savoir s'il faut conserver la même question pour l'année 1858 ou en donner une autre, et propose, pour former cette commission, MM. Roche, Trousseau, Barth, Bégin et Louis, qui sont acceptés.

A quatre heures et demie, l'Académie se formera en comité secret pour entendre les rapports des commissions pour les prix Lefèvre et Capuron.

STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS.

Discussion.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. *Guérard.*

M. *le Président :* Messieurs, votre commission s'est réunie de nouveau, et, comme il lui paraissait évident que les difficultés soulevées dans les précédentes séances tenaient à l'introduction des médecins vérificateurs et cantonaux comme auxiliaires dans la statistique, elle a jugé à propos de laisser entièrement de côté ces deux ordres de fonctionnaires et d'abandonner à l'administration le soin de faire constater les décès dans les cas où les malades seraient morts sans soins médicaux. La conclusion ainsi modifiée sera, je l'espère, acceptée par l'Académie.

M. *Guérard :* Comme vient de le dire M. le président, la commission a de nouveau examiné la conclusion, et, se conformant au principe énoncé, elle vous présente une troisième édition dont voici la teneur :

Deuxième conclusion : « Pour assurer l'exécution de cet enregistrement régulier des causes de décès, il est nécessaire que tout médecin remette à l'autorité un bulletin cacheté indiquant la cause du décès du malade auquel il aura donné ses soins.

» Dans les cas de mort subite ou par accident, et dans ceux où les malades auront succombé sans avoir reçu les soins d'un médecin, l'autorité avisera à la constatation de la cause du décès en déléguant un homme de l'art. » (Cinquième question.)

Je dois dire que quelques membres de la commission ont pensé qu'il y aurait inconvénient à indiquer que cet homme de l'art devrait être rétribué et qu'il n'y avait pas lieu de l'inscrire dans le rapport. Nous avons aussi laissé de côté la question relative au médecin vérificateur ou cantonal. Dans le cas de mort subite ou par accident, l'autorité avisera ; si elle a à sa disposition un médecin cantonal, elle le mettra en avant, sinon elle en déléguera un autre. Dans tous les cas, ce doit être un homme de l'art.

M. *Bouley :* Le mot *autorité* me paraît trop vague ; je voudrais que l'on dit autorité municipale.

Plusieurs membres : L'autorité locale. Il ne peut y en avoir d'autre.

M. *Collineau :* Le médecin vérificateur n'aura jamais à constater la cause du décès.

M. *Lévy :* La constatation sera toujours faite par le médecin traitant. Quand les malades seront morts sans traitement, l'autorité interviendra.

M. *Devergie :* Cette rédaction modifie singulièrement la conclusion première ; mais lorsqu'il y aura eu un médecin traitant, le rôle du médecin vérificateur devient nul.

M. *Guérard :* Pour le bulletin indicateur seulement ; la constatation du décès est une autre question.

M. *Devergie :* On ne nous dit pas si la délivrance du bulletin sera facultative ou non.

M. *Guérard :* Cela viendra tout à l'heure. D'ailleurs on dit : *Il est nécessaire.*

La deuxième conclusion est mise aux voix et adoptée.

M. *Guérard* donne lecture de la troisième ; elle est ainsi conçue :

« 3° Dans la rédaction de leurs bulletins indicateurs des causes de décès les médecins seront libres d'employer les dénominations scientifiques qui leur sont familières. » (Deuxième question.)

Mais vous ne devez pas oublier que le dépouillement des bulletins doit être fait avec l'assistance des médecins ; leur intervention est indispensable. J'ai fait, moi-même, un relevé à l'Hôtel-Dieu, et pour la même maladie il y a dix à douze dénominations différentes. Nous avons pensé qu'il valait mieux laisser nos confrères des départements se servir de celles dont ils ont l'habitude, pourvu que des hommes compétents fussent chargés de tout coordonner.

M. *Gibert :* Je demande à quoi sert cet article.

M. *Guérard :* M. le ministre a demandé s'il y avait opportunité à établir une liste de synonymie.

M. *Gibert :* Il suffirait de répondre que non.

M. *Lévy :* Cette question est formellement demandée par M. le ministre. La commission sait de bonne source que l'administration y attache une grande importance ; car si l'on pouvait obtenir une classification bien précise on pourrait se passer de médecin. Il est dans les vues de la commission que cela ne peut se faire sans médecin.

M. *Jobert* fait observer que M. le président prend constamment la parole au lieu de laisser parler M. Guérard.

M. *le Président* prie M. le vice-président Laugier de prendre sa place au fauteuil.

M. *Desportes :* Il s'agit de savoir ce que nous mettrons dans ce bulletin.

M. *Guérard :* Tout à l'heure. Il ne s'agit dans ce moment que de savoir si on sera libre d'employer les dénominations qu'on voudra.

M. *Piorry :* On ne peut employer un mot quelconque. Un mot est la représentation d'une idée. Celui qui dit *entérite* exprime l'inflammation de l'intestin, et celui qui dit *dothinentérie* exprime une idée différente : il veut dire maladie des glandes intestinales. Ces deux mots sont ils synonymes ? Toute la science en est là. Personne ne comprend ce qu'il veut dire. Vous voulez faire une statistique avec des mots qui n'expriment pas votre pensée. Il vaut mieux se servir du mot fièvre que de toutes ces expressions-là

M. *Guérard :* Je réponds à M. Piorry que tels mots qui expriment aujourd'hui ce qui est ne l'exprimeront plus demain, pas plus qu'ils ne l'exprimaient hier. Nous ne pouvons pas obliger les praticiens à apprendre des noms nouveaux. Le mot *gastro-entérite* a représenté la fièvre typhoïde. Les doctrines médicales changent, et bien des praticiens ne se trouvent pas au courant de la science. Qu'ils se servent des dénominations qui leur sont familières, pourvu qu'elles aient eu cours à une certaine époque, nous l'acceptons pour la statistique. Cela vaut mieux que de prendre d'autres nomenclatures qui ne sont pas adoptées.

M. *Lagneau :* J'adopte entièrement les conclusions de la commission. La difficulté est de savoir si les dénominations que donneront les praticiens seront conformes aux idées adoptées. Il est important qu'il n'y ait pas divergence. Or, chacun a suivi les lois de son école Les uns en sont encore à Stahl, les autres suivent Broussais. Tous les médecins auront des désignations différentes pour désigner les maladies. Mais ces inconvénients ne sont pas graves, parce que ces bulletins arrivent à une commission centrale composée de médecins, et s'il y a des rectifications à faire elle les fera.

M. *Piorry* demande la parole.

Plusieurs membres : Aux voix.

L'Académie, consultée, est d'avis de ne pas continuer la discussion sur la troisième conclusion.

La troisième conclusion est mise aux voix et adoptée.

M. *Guérard* donne lecture de la quatrième conclusion.

« 4° Il y a lieu de procéder dès à présent, et autant que possible, à l'enregistrement de toutes les causes de mort. » (Troisième question)

La quatrième conclusion est adoptée sans discussion.

M. *Guérard* donne lecture de la cinquième conclusion.

« 5° Le service d'enregistrement devra être établi dès le début dans toutes les communes, et non limité aux principales villes et aux chefs-lieux d'arrondissements. » (Quatrième question.)

La cinquième conclusion est adoptée sans discussion.

M. *Guérard* donne lecture de la sixième conclusion.

« 6° Une circulaire rédigée à ce sujet par l'Académie sera adressée à tous les médecins de l'empire. » (Sixième question.)

M. le ministre nous avait demandé si une loi serait nécessaire, ou si une circulaire de l'Académie suffirait. Cette question a arrêté longtemps la commission. Une loi entraîne une pénalité pour ceux qui ne l'observent pas. Nous nous sommes demandés, dans notre dernière séance, quel pouvait être l'avantage d'une loi, et nous avons pensé que l'immense majorité des médecins ne pourrait refuser son concours dans une question qui intéressait la science et le corps médical. Nous n'avons pas hésité à dire que du moment que l'honneur des familles serait sauvegardé par l'établissement d'un bulletin sans nom de personne, les médecins ne refuseraient pas à la science ce que chacun de nous ne refuse pas à un client qui vient lui demander : « De quoi un tel est-il mort? » M. le président de la commission et la plupart des membres ont reçu de la province de nombreuses lettres qui confirment cette opinion, et qui témoignent de la bonne disposition du corps médical. Nous n'avons pas cru digne de l'Académie de demander l'établissement d'une loi.

M. *Cazeaux :* Plus j'attache d'importance au projet de la commission, et plus je crois utile de rendre ce bulletin obligatoire. Du reste, il n'y aurait là rien de nouveau. Les médecins sont bien tenus par une loi de faire les déclarations de naissance, et ils ne voient dans cette obligation rien de blessant. Si l'on s'abandonne au bon plaisir des médecins, on n'aura pas le bulletin une fois sur dix. Il faut le rendre obligatoire, sinon la négligence et l'incurie prendront le dessus.

M. *Guérard :* Dans la deuxième conclusion, la commission a introduit le mot *nécessaire*. Nous ne désirons pas que la remise du bulletin soit facultative. L'Académie exprime qu'il y a nécessité. Si cela ne se fait pas, et s'il y a des résistances à vaincre, l'autorité interviendra, ce n'est pas à l'Académie à demander une loi.

M. *Cazeaux :* Je sais bien qu'il n'y aura pas de résistance, mais seulement incurie et négligence. Dans les campagnes, il faudra faire quelquefois plusieurs lieues; mille circonstances indépendantes de la volonté du médecin viendront le retenir, et il oubliera. Je ne vois vraiment rien d'humiliant dans une contrainte légale.

M. *Velpeau :* Comme M. Cazeaux, je vois bien des raisons pour que la chose soit mal faite s'il n'y a pas de loi, et pourtant je ne crois pas qu'on doive en demander une. Le médecin, dit-il, va bien constater les naissances. Oui; mais il n'en est pas très heureux. Je comprends bien que, sans la loi, l'incurie produira peut-être les effets indiqués. Il me semble que l'Académie pourrait laisser de côté les idées romanesques. Est-ce qu'il n'y aurait pas moyen d'attribuer à cette constatation une rémunération? Cela ne blesserait personne, et les bulletins seraient donnés.

M. *Guérard :* Le nombre des décès en France est de 800,000; ce seraient plusieurs millions engloutis pour cela. Que demande-t-on au médecin? Il n'a pas à se déranger. Il a soigné un malade. Rentré chez lui, il cachette son bulletin et l'envoie par la poste; ce bulletin porte un numéro d'ordre avec lequel il arrive jusqu'au bureau central. Pour ce qui concerne l'honneur des familles, il n'y a pas à craindre qu'on vienne à cette distance vérifier la cause de la mort. Que pouvons-nous craindre? Que le médecin donne une indication vague, telle que *maladie inconnue*. Ce seul fait de dire que dans tel arrondissement il y a beaucoup de maladies inconnues serait un reproche trop humiliant pour que les praticiens voulussent se l'attirer.

M. *Lévy :* La discussion continue inutilement sur un point où tout le monde est d'accord. La commission dit : *Il est nécessaire.* M. Cazeaux demande une loi. Je me sens d'autant plus à l'aise dans cette discussion que j'aurais voulu la statistique par d'autres moyens. J'aurais voulu épargner au corps médical cette nouvelle charge professionnelle. Mais avant tout je veux la statistique, et ceux qui la combattent se convertiront avant peu. Dans quelques mois paraîtra un premier volume de statistique. Avec quels éléments a-t-il été fait? C'est ce que nous verrons. Elle ne sera que partielle, et pourtant je dis que nous serons étonnés des conséquences. Donc je veux le but par des moyens qui ne sont pas les miens. M. Velpeau, voyant le côté positif de la question, veut attribuer une rémunération à la délivrance du bulletin. Dussé-je passer pour romanesque, je prétends que ce bulletin est le devoir moral du médecin. Non-seulement cette statistique est le complément de l'état civil, mais elle en est le complément moral. Le médecin dispose de la vie humaine d'une façon irresponsable, et quand le malade succombe il ne se croirait pas le devoir de dire à la société : Cet homme est mort de telle maladie! Le dernier des comptables justifie de toutes les sorties, et le compte d'entrée et de sortie des vies humaines ne serait pas justifié! Suis-je romanesque? Mais cela se fait dans les hôpitaux. On rend ce compte à l'administration. Cette garantie donnée à la vie humaine dans les hôpitaux au dernier des indigents, j'en demande l'extension à la vie civile. Ce sera le complément moral. Si l'Académie désire qu'une loi soit appliquée, la commission la demandera.

M. *Malgaigne :* J'applaudis aux paroles de M. Michel Lévy; mais je trouve qu'il n'a pas fait faire un grand pas à la question. Il a dit que nous étions d'accord; je le suis un peu moins après son discours. Nous désirons tous la statistique; qui veut la fin veut les moyens. Le ministre nous demande comment il faut s'y prendre, et s'il faut une circulaire ou une loi. La commission répond : *Il est nécessaire.* Donc il faut obliger; et cependant on ne demande pas la loi. Cette conclusion est d'autant plus étrange, que la commission nous dit qu'elle ne croit pas à l'efficacité de sa circulaire. J'aborde les hautes considérations de M. Michel Lévy. Les comptables justifient des entrées et sorties, mais ils sont payés pour cela. Nous aussi, dans les hôpitaux, nous sommes payés pour cela. Et pour que la chose se fasse, on nous a épargné tout embarras. On vient au-devant de nous. La feuille est apportée : nous n'avons qu'à donner notre signature. Il est très facile de dire de belles choses sur le dévouement médical; mais les médecins ont appris à leurs dépens qu'on en est fort mal récompensé. Les médecins des bureaux de bienfaisance seront-ils à chaque instant obligés de se déranger?

M. *Lévy :* C'est le cas d'établir une vacation.

M. *Malgaigne :* C'est le cas de l'étendre à tous les médecins.

M. *Lévy :* Proposez-le.

M. *Malgaigne :* Un moment! comme vous êtes vif! Je dis qu'il y a des arrondissements fort éloignés, et que cependant ce ne sera pas le médecin des villes qui sera le plus malheureux. Mais en province il aura quelquefois deux ou trois lieues à faire. On dira : il constate les naissances; mais dans ce cas-là, il est venu pour accoucher, il se trouve sur les lieux. Pour le décès, au contraire, il est toujours absent. J'ai vu avec plaisir qu'on voulait lui épargner une partie de la peine; il n'aurait qu'a envoyer le bulletin. Mais cependant il faut le plier, le mettre sous enveloppe; sera-t-il bien entendu qu'il n'aura pas de frais et qu'on lui fournira le papier. Je dis que si vous voulez une statistique, il faut que les médecins soient obligés. On craint d'affliger l'Académie en la contraignant à cela, mais elle sera bien plus affligée si l'on vient à dire en haut lieu qu'elle ne sait ce qu'elle fait. S'il y a une loi, je voudrais qu'on avertît le ministre des difficultés qui vont surgir pour le médecin de campagne, et de la gêne que cela va lui imposer. En effet, il y a des journalistes qui me comprendront bien : ce qui empêche les praticiens de s'abonner à un journal, c'est qu'ils n'ont pas le temps de le lire. Ils rentrent à toute heure; il faut penser à cela. Je crois que M. Velpeau a touché le vrai point, et qu'on pourrait voir un peu s'il n'y a pas moyen d'exécuter son projet. Je ne tranche pas la question, elle est difficile; mais, malgré la beauté du dévouement, le corps médical doit vivre de sa profession. Il ne faut pas qu'il soit surchargé. La loi fera maudire l'Académie, tombera en désuétude, parce qu'il y aurait barbarie à contraindre outre mesure de pauvres praticiens de province.

M. *Guérard :* Je proteste contre l'idée que nous prête M. Malgaigne. Je crois que la circulaire académique sera favorablement accueillie, et j'ai bon nombre de lettres qui me permettent de le croire. Maintenant, cette charge que l'on doit imposer, en quoi

consiste-t-elle? Les modèles du bulletin existeront, il suffira de les cacheter et de les jeter à la poste. Il est possible que je fasse du roman, mais je crois qu'en bonne morale il vaut mieux supposer les hommes meilleurs qu'ils ne sont.

M. *Velpeau* : Je demande pardon pour le mot *romanesque* dont je me suis servi. J'ai voulu seulement dire qu'il ne fallait pas se perdre dans les beaux sentiments et abandonner le réel. Je fais remarquer que ma proposition ne me paraît pas devoir causer de grands embarras. Il y a, dit-on, 800,000 décès. En mettant deux francs par bulletin cela fait 1,600,000 francs; l'administration peut bien y entrer pour cette somme.

M. *Cazeaux*: J'ai été heureux d'entendre M. Lévy dire que la commission accueillerait l'idée de demander au ministre une loi. Je ne vois pas pourquoi la commission ne dirait pas ce qu'elle pense et ne donnerait pas son avis sur la circulaire.

M. *Guérard* : Je crois qu'il n'y a aucun inconvénient à proposer la circulaire. Si on la trouve insuffisante, l'autorité fera une loi.

M. *Malgaigne* : Je demande le renvoi de cette conclusion à la commission.

Le renvoi à la commission est mis aux voix et rejeté.

La conclusion est mise aux voix et adoptée.

Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

Congrès de Bonn.

SECTION DE CHIRURGIE ET D'OPHTHALMOLOGIE.

(Suite.)

Présidence de M. WUTZER (de Bonn).

RÉTRÉCISSEMENT DE L'INTESTIN DANS LA HERNIE ÉTRANGLÉE ET MANIÈRE DE LE DILATER PAR INVAGINATION, PAR M. PALASCIANO (DE NAPLES). — Je désire fixer, pour un moment, l'attention de mes honorables collègues de l'Allemagne sur l'intestin dans la hernie étranglée et sur la manière de le dilater par invagination.

Dans le siècle passé, Ritsch ayant constaté ce rétrécissement après la mort, en avait proposé l'ablation et la suture.

Richter, après lui, avait accepté l'ablation pour quelques cas seulement, et pour les autres avait proposé l'entérotomie et la dilatation au moyen des bougies.

On ignore si l'une ou l'autre de ces deux méthodes a jamais été employée. On se contente, dans les cas de rétrécissement, de réduire purement et simplement l'intestin, en espérant que la dilatation se fera spontanément par la seule action des matières fécales.

Cependant, Messieurs, ces rétrécissements, loin d'être rares, sont beaucoup plus fréquents qu'on ne pense. Dans l'espace de sept mois, j'en ai rencontré quatre cas, dont trois dans des hernies fémorales et un dans la hernie inguinale, qui étaient étranglées après avoir été mal contenues pendant plus ou moins longtemps Les resserrements sont même constants dans toutes les hernies étranglées par le collet du sac herniaire, parce que pendant tout le temps nécessaire à la transformation du collet du sac en organe d'étranglement. l'intestin ne pouvant pas se soustraire à l'action du sac en subit lentement les effets; ceux-ci ayant été lentement produits, ne peuvent plus être compensés, après la réduction, par la seule action des matières intestinales.

Ma première observation a trait à une femme de soixante ans, portant à droite, une hernie fémorale qui avait été mal contenue pendant deux ans. Je l'ai opérée trente-six heures après l'étranglement. L'iléon n'était pas dans de mauvaises conditions, mais il était rétréci du quart de son calibre à l'endroit étranglé. Je pratiquai la réduction pure et simple, le cours des matières ne se rétablit pas et l'autopsie vint me prouver que le rétrécissement n'avait pas été franchi et qu'un épanchement s'était formé au-dessus de lui.

Du reste, l'anatomie pathologique ne permet pas d'attendre la dilatation spontanée d'un rétrécissement chronique, parce que de toutes les lésions organiques dont l'intestin peut être affecté dans la cavité abdominale, la coarctation est la plus fréquemment citée dans l'ouvrage de Morgagni; et parmi les deux cent soixante-dix-sept observations de lésions intestinales relatées par Lieutaud, il y en a quarante-quatre de rétrécissements et six à peine de dilatation, et même parmi ces six il n'en est pas une seule dans laquelle il soit prouvé que la dilatation n'a pas eu pour cause un rétrécissement situé au-dessous.

Quoi qu'il en soit, le procédé de dilatation par invagination, que j'ai l'honneur de vous proposer, est si facile et si sûr, qu'on ne peut craindre de l'employer dans les cas de rétrécissements dont ne saurait triompher la seule action des matières intestinales.

Le chirurgien, dans le troisième temps de la célotomie, ayant tiré en dehors l'intestin et reconnu le rétrécissement, renverse, au moyen de son doigt, la partie de l'intestin supérieur dans le rétrécissement, et avec l'autre main il pratique la distension, comme on ferait d'un gant étroit qu'on voudrait mettre à la main. Pour le gros intestin, il pourrait introduire deux doigts au lieu d'un et obtenir la dilatation en les écartant l'un de l'autre.

Comme tout cela se passe sous les yeux du chirurgien, il est très facile de saisir le point où il faut s'arrêter et finir l'opération comme à l'ordinaire.

Trois fois j'ai employé ce procédé et toujours avec succès.

1. Femme de soixante-seize ans, portant à droite une hernie fémorale qui n'avait pas été contenue par le brayer pendant deux ans et demi. Le taxis ayant plusieurs fois échoué, j'opérai vingt-quatre heures après l'étranglement. Ayant retiré l'intestin après le débridement, je le reconnus rétréci, n'ayant plus, à l'endroit de l'étranglement, que le tiers de son calibre. J'en pratiquai la dilatation par invagination et, la réduction faite, la guérison ne se fit pas attendre plus qu'à l'ordinaire.

2. Femme de cinquante-cinq ans, portant à droite une hernie fémorale qui ne datait que d'un jour, selon le récit de la malade. Cependant le taxis échoua malgré l'application de la neige, des sangsues, de la belladone, et l'usage du bain, des lavements de tabac et de la position. J'opérai vingt six heures après l'étranglement; l'intestin était noir et presque ramolli; il était rétréci de la moitié de son calibre dans l'espace d'un pouce, je pratiquai la dilatation par invagination, et, après la réduction, la maladie marcha vers la guérison sans aucun accident.

3. Homme de trente ans, portant une hernie inguinale irréductible qui datait de trois ans. La saignée, les sangsues, les bains, la belladone et le taxis ayant été inutiles, j'opérai trente heures après l'étranglement. L'intestin, à l'endroit ordinaire, était rétréci du tiers de son volume et l'épiploon était énormément hypertrophié. Je dilatai le rétrécissement par invagination et je fis l'excision de l'épiploon. Après la réduction, la guérison arriva sans la moindre difficulté, quoique, pendant la dilatation, il y ait eu un peu d'éraillement de la séreuse de l'intestin.

Maintenant, Messieurs, je me permets de croire que le rétrécissement de l'intestin dans la hernie étranglée, une fois reconnu, aura non-seulement une grande importance pratique dans l'opération pour amoindrir cet énorme chiffre de décès que donne la célotomie, mais encore qu'il pourra mettre un terme à toutes les questions doctrinales sur le siége de l'étranglement entre l'anneau aponévrotique, le collet du sac et la prétendue inflammation de l'intestin hernié.

Deuxième séance. — Présidence de M. BAUM (de Göttingue).

MODIFICATIONS DES CARTILAGES DANS LES INFLAMMATIONS DES ARTICULATIONS, par le professeur O. WEBER (de Bonn). — Dans l'inflammation suppurative aiguë, le cartilage perd son poli et se recouvre d'un cercle de vaisseaux de nouvelle formation. Ce réseau, qui, dans le principe recouvre seulement le cartilage, finit par pénétrer dans son épaisseur; il communique alors avec les vaisseaux provenant des canalicules médullaires de l'os. Le cartilage est ramolli, vasculaire et comme graisseux. Ces vaisseaux de nouvelle formation finissent par faire adhérer deux surfaces articulaires ; ils se réunissent comme les villosités du chorion.

L'examen microscopique fait voir une énorme augmentation et une grande *prolifération* (multiplication endogène) des cellules des cartilages. Ce sont de véritables cavités, remplies de jeunes cellules identiques à des corpuscules de pus, qu'elles contribuent probablement à former. Ceci est d'accord avec les observations de His sur l'inflammation de la cornée. Là aussi, les corpuscules spéciaux de cette membrane augmentent de volume, et, par suite de la division des cellules nouvelles, se produisent les corpuscules de pus De même la production de capillaires nouveaux dans les cartilages enflammés ressemble à ce qui se passe dans la kératite Ce ne sont plus des vaisseaux séreux qui se dilatent, mais bien de nouveaux capillaires qui se forment. On en observe deux formes bien distinctes : tantôt des trabécules ou des bourgeons pleins naissent de cellules en fuseau ; ils se creusent d'une cavité, et ne sont perméables au sang que beaucoup plus tard (ce mode s'observe aussi dans les granulations); tantôt un système de cellules conjonctives ramifiées se canalise. Les cellules rayonnées et anastomosées par leurs prolongements croissent dans les vides du cartilage, qui lui-même se décompose par la dégénérescence graisseuse et granuleuse de sa substance fondamentale.

Les choses ne se passent pas de même dans les arthrites chroniques, parmi lesquelles nous rangerons aussi le *malum senile*. Autour de l'extrémité osseuse se forme une couche qui s'ossifie et sépare alors l'os du c-

tilage. Ce dernier se divise et se décompose ; il perd son poli, et prend un aspect inégal et rugueux. Quand la division atteint la couche osseuse, on voit des morceaux entiers de cartilage se détacher. Le cartilage a l'air rongé. Cette destruction atteint d'abord la couche de nouvelle formation, et l'usure de cette dernière est surtout sensible sur les points où le frottement se répète le plus souvent, c'est-à-dire vers le milieu du cartilage. Les bords de celui-ci subissent une prolifération considérable et forment un repli sur les côtés de l'os. Ce repli se sclérose promptement, et cela avant que l'usure du milieu de l'articulation soit complète : c'est ce qui donne à l'os cette forme de champignon si marquée dans le *malum senile;* car, tandis que le milieu se ramollit, se décompose et se détruit, on voit sur les bords prolifération, hypertrophie et nouvelle formation de l'os. Les villosités de la synoviale subissent une hypertrophie semblable ; elles s'allongent en franges longues et en forme de massue, contiennent de véritables cellules de cartilages, et peuvent, de même que les cellules de cartilage détaché, dont les cellules se multiplient, devenir le noyau de corps étrangers.

Troisième séance. — Présidence de M. Stromeyer.

Anatomie pathologique d'un œil amaurotique avec atrophie du nerf optique, par le professeur H. Muller (de Würzburg). — J'eus l'occasion d'examiner l'œil d'une personne qui avait, depuis plusieurs années, une amaurose complète, après avoir longtemps souffert d'une amblyopie douloureuse. Je fus fort étonné de trouver une atrophie totale de couches à fibres nerveuses et à cellules ganglionnaires de la rétine, les autres couches de cette membrane étant restées normales. Tandis que les cônes et les bâtonnets avaient conservé leur transparente limpidité, tandis que les granules ne semblaient pas sensiblement modifiés, il me fut impossible de trouver dans toute la rétine des fibres nerveuses primitives bien marquées. A l'endroit qu'elles occupent d'habitude se trouvait un tissu rayé et granuleux ; les fibres qu'on apercevait sur le bord n'avaient aucune analogie avec les fibres nerveuses. Le nerf optique était, des deux côtés, atrophié jusqu'au chiasma. Un des deux nerfs contenait, outre la couche fibreuse, une masse de petits granules à nombreux nucléoles. Ce qui me frappa le plus, c'est l'espèce d'excavation formée dans la pupille du nerf optique ; de telle sorte que le fond de cette fossette correspondait à la couche occupée par la choroïde. Les vaisseaux plongeaient dans cette excavation et venaient se perdre dans le tronc central, qui faisait saillie au milieu. Je veux faire remarquer brièvement quelles importantes considérations on pourrait tirer de ce fait sur ce qui touche le mode de nutrition des éléments de la rétine, sur l'indépendance des couches extérieures de cette membrane (à partir de la couche des granules), enfin sur l'importance qu'aurait pour l'examen ophthalmoscopique la présence d'une dépression de la pupille du nerf optique.

Anatomie pathologique de la cataracte capsulaire, par le même. — Mon intention n'est pas de m'étendre sur le débat historique et de revenir sur les discussions élevées à propos de la cataracte capsulaire. Deux opinions se sont présentées, l'une de Petit, soutenue plus tard par M. Malgaigne, qui, s'appuyant sur de nombreuses dissections, prétendait que la capsule reste toujours transparente, et que les opacités provenaient de particules étrangères, débris du cristallin, qui restent accolées à la paroi interne de la capsule. L'autre opinion prétend que c'est la capsule elle-même qui est le siége de ces opacités, fait démontré, dit-on, par la présence des opacités dans l'épaisseur même de la capsule. Grâce à la bienveillance de M. Kölliker et de M. Von Graefe, qui ont bien voulu mettre à ma disposition de nombreux matériaux, j'ai pu faire des recherches assez sérieuses, que je résume comme il suit :

1° Les opacités qui ont leur siége dans la capsule cristallinienne sont assez fréquentes, surtout si l'on tient compte des faibles opacités.

2° Elles ne sont pas produites par la métamorphose de la capsule primitive, mais parce que de nouvelles couches s'accolent à la paroi interne de la capsule primitive et appliquent contre elle des corps étrangers (substance du cristallin, épithélium, gouttelettes de graisse, cristaux, concrétions).

3° En général, ces couches de nouvelle formation sont identiques avec la capsule du cristallin ; elles peuvent, par exception, en différer quelque peu et avoir une texture fibreuse.

4° La capsule primitive conserve en général son entière transparence.

Action de l'appareil musculeux dans l'accommodation de l'œil, par le même. — 1° Les faisceaux circulaires du muscle ciliaire exercent une pression sur le bord du cristallin, qui augmente d'épaisseur.

2° Les faisceaux longitudinaux de ce muscle augmentent la pression que supporte le corps vitré. Il devient impossible à la face postérieure du cristallin de reculer ; de sorte que toutes les modifications que subit la lentille seule se rapportent à sa face antérieure.

3° La pression résultant de la contraction de l'iris s'exerce sur la partie périphérique de la face antérieure du cristallin, dont elle augmente la convexité, tandis qu'elle empêche la face postérieure de prendre part à ce mouvement.

4° Le mouvement en avant de la face antérieure du cristallin est rendu possible et favorisé par le retrait en arrière de la partie périphérique de l'iris, qui entraîne la contraction de la couche profonde du muscle ciliaire et de l'iris.

5° Enfin, la contraction du muscle ciliaire provoque le relâchement de la partie antérieure de la zone de Zinn, ce qui favorise l'augmentation d'épaisseur du cristallin.

Nouvel uréthrotome. — M. *Leroy* (d'Étiolles), après quelques considérations historiques sur les instruments propres à écraser les calculs urinaires ou à extraire de la vessie les corps étrangers autres que les calculs et leurs débris, montre à l'assemblée deux nouveaux instruments destinés à inciser, à exciser et à écraser les rétrécissements de l'urèthre : l'un est un uréthrotome courbe, très petit, dont la lame ne s'écarte pas de la tige par une articulation, et qui pourtant agit profondément, parce que l'urèthre est dilaté par un fil métallique articulé à l'extrémité, laquelle est tendue, comme la corde d'un arc, par une vis.

L'autre instrument est formé d'un tube d'acier dont l'extrémité découpée est tournée en spirale allongée, terminée par une tige mince à laquelle se fixe une bougie conductrice ou gommée ; la spirale est tranchante sur son bord supérieur lorsque le chirurgien veut pratiquer l'incision ou l'excision : ce bord est mousse si l'on veut employer l'écrasement. La spirale pénètre au delà du rétrécissement par un mouvement de rotation ; si l'on veut inciser, il suffit de la retirer sans la détourner. Le chirurgien veut-il exciser ? il glisse dans le tube un autre tube plus petit, tranchant sur son bord, et, lorsqu'il est arrivé sur la spirale, il le pousse en tournant, produisant avec le bord tranchant de la spirale l'effet de ciseaux. Veut-on enlever l'obstacle par une sorte d'écrasement linéaire ? on substitue au tube tranchant une tige cylindrique mousse.

De la compression manuelle dans les anévrysmes, par le professeur *Vanzetti*, de Padoue. — L'orateur recommande ce procédé dans tous les cas où son application sera possible. Dans un cas, il fit faire la compression pendant douze heures, et les pulsations disparurent dans la tumeur. Au bout de quelque temps de traitement, cet anévrysme, qui avait le volume d'un citron, avait été réduit aux dimensions d'une noisette. C'était un anévrysme poplité.

L'orateur cite un second succès dans l'anévrysme poplité, qui céda entièrement et promptement à la compression manuelle directe de l'artère fémorale.

M. *Wutzer* fait remarquer combien doit être limitée la confiance que l'on doit accorder à des aides.

M. *Strempel :* La compression manuelle a été employée depuis 1823 à Munich par M. Koch. Il est vrai que c'était pour prévenir l'hémorrhagie, suite des grandes opérations, et non pour des anévrysmes.

M. *Stromeyer :* Ce qu'on ignore, c'est que les internes de M. Koch substituaient au bout de quelque temps la ligature à la compression directe.

M. *Wutzer* proteste contre cette méthode. Il a vu un opéré à Berlin mourir d'hémorrhagie entre les bras du fils de Koch.

De la perforation costale dans les cas d'empyème, par M. *Sédillot*, de Strasbourg. (Nous publions aujourd'hui même ce travail, qui a été communiqué à peu près sous la même forme à l'Académie des sciences.)

Nouvel uréthrotome, par le même. — L'uréthrotome que j'ai l'honneur de présenter à la section me paraît réaliser quelques modifications heureuses de celui de M. Maisonneuve, auquel je rends pleinement justice pour l'importance des progrès qu'il a fait faire au traitement des rétrécissements de l'urèthre. Ces modifications consistent dans l'existence d'une gaîne protectrice de la lame tranchante, dans la mobilité simultanée ou indépendante, à volonté, de la lame et de sa gaîne, et dans la forme particulière de cette dernière.

La mobilité de la lame et de la gaîne me permettent de diviser peu à peu le rétrécissement sur la ligne médiane postérieure sans jamais la dépasser. Dès que la gaîne arc-boute contre l'obstacle, je pousse en avant la lame tranchante dans une étendue que je suppose d'un millimètre, puis je fais marcher la gaîne sur la lame. Si le rétrécissement est divisé, la gaîne passe ; sinon, je recommence à pousser la lame un peu en avant, et ainsi de suite. Je me borne à cette simple section, exactement limitée au rétrécissement ; je ne mets pas de sonde, et le malade est immédiatement et reste guéri. Je possède des exemples de guérison parfaite datant de deux ans, et un de nos confrères, qu'on n'avait pu guérir depuis vingt ans, en offre un fort remarquable. J'ai rendu la gaîne presque droite en avant au lieu d'obliquer, parce que, dans ce dernier cas, la gaîne passe au travers du rétrécissement sans que le chirurgien en soit averti.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur une forme grave de vomissements incoercibles pendant le dernier mois de la grossesse, par le docteur CHARLES CLAY.

Du traitement des vomissements incoërcibles, par le docteur BUISSON.

Bien que les vomissements incoercibles de la grossesse soient à l'ordre du jour depuis plusieurs années et qu'on ait rassemblé un grand nombre de cas avec autopsie, les causes de cet accident restent toujours aussi obscures, et le traitement, à la fin de compte, une thérapeutique de désespoir; car il est impossible de considérer autrement l'avortement provoqué. Dans quelques cas, cependant, ces vomissements semblent dépendre de causes bien déterminées et non complexes : tels sont ceux qui sont liés à des adhérences anciennes du péritoine, à une péritonite chronique, aux déplacements de l'utérus, sur lesquels M. R. Briau a récemment appelé l'attention (v. GAZ. HEBD., t. III, p. 514). C'est également à une disposition morbide spéciale que M. Clay s'efforce de rattacher les cas qu'il a observés. Cette disposition morbide est constituée par une sensibilité excessive du col et de l'orifice utérin enflammés, et telle que la pression du doigt sur ces parties détermine presque immédiatement le retour des vomissements. Il a tout naturellement été conduit, pour les faire cesser ou les amoindrir, à donner à la malade une position dans laquelle le bassin est plus élevé que la tête, afin de soustraire le col à la pression qui en est la cause déterminante, et à appliquer quelques sangsues sur le col, comme l'a déjà pratiqué dans un cas, il y a quelques années, un médecin de Dijon. Jusqu'à quel point peut-on, comme le fait M. Clay, généraliser cette inflammation du col pour expliquer les vomissements incoercibles des derniers mois de la grossesse ? Cette cause ne fût-elle qu'exceptionnelle, y eût-il même un peu d'illusion dans l'observation des faits, qu'elle ne mériterait pas moins de fixer l'attention et d'être prise en considération.

OBS. I. — Une femme âgée de quarante ans, mariée à trente-quatre ans, devint bientôt enceinte, et avorta du quatrième au cinquième mois. Elle avorta successivement cinq fois vers la même époque de la grossesse, sans dépasser jamais le cinquième mois. Devenue enceinte une sixième fois, le repos, la position étendue, l'attention de tenir le ventre libre, de calmer l'excitation utérine, lui firent dépasser l'époque des avortements antérieurs. Les choses marchèrent d'une manière satisfaisante jusqu'au commencement du septième mois, époque où se manifestèrent de violents, de constants et fatigants vomissements aussitôt qu'elle avait mangé ou bu, accompagnés de flatuosités, d'éructations, d'acidité de l'estomac et d'une extrême irritabilité. Toutes les espèces d'aliments et de boissons furent essayées; le repos absolu, les apéritifs, les opiats calmants, quand ils semblaient nécessaires; toutes les variétés des anti-acides furent largement prescrites, sans le moindre succès. L'acide prussique, la créosote, le bismuth, l'opium, le musc, la solution de potasse, la solution d'iodure de potassium, la glace, etc., furent essayés en vain, à l'exception du carbonate de magnésie à la dose de 6 à 8 grains dans de l'eau distillée, qui n'amena toutefois qu'un répit de courte durée. La patiente commençait à présenter des symptômes d'épuisement alarmants. M. Clay proposa l'accouchement prématuré, qui fut d'abord refusé. Deux ou trois jours furent passés en applications inutiles, convaincu qu'il fallait agir si l'on voulait prévenir la mort. En introduisant le doigt dans le vagin pour guider un instrument et rompre les membranes, il trouve à l'orifice et au col une si grande sensibilité que la plus légère pression détermine presque instantanément de violents efforts de vomissements. Frappé de cette particularité, il ajourne l'opération, pour essayer si la position couchée sur le dos, la tête très basse et le siége élevé, n'aurait pas un effet salutaire. La disposition à vomir fut tout de suite moindre, et, vingt-quatre heures après, une petite quantité de nourriture fut retenue. Encouragé par ce commencement de succès, il persista à faire garder la position indiquée ; la nourriture continua à être gardée, et la malade gagnait graduellement des forces. Si elle se mettait debout ou s'asseyait sur son lit, elle était presque immédiatement reprise de ses vomissements. Pendant le dernier mois, elle garda presque constamment la position qui éloignait du col la pression qu'il avait à supporter dans les autres attitudes. Peu ou point de médicaments furent donnés pendant ce temps ; les acidités et les éructations de l'estomac cessèrent avant le terme de la grossesse, et elle accoucha à terme, heureusement et facilement, d'un enfant mâle. Les suites de couches furent naturelles ; elle reprit bientôt ses forces habituelles.

OBS. II. — Une dame, qui s'était mariée tard, résidant passagèrement chez une amie, à Stockport, fit appeler M. Clay pour des accidents semblables aux précédents. Jugeant inutiles les autres détails, il se borne à relater la même sensibilité du col et de l'orifice, mais à un degré plus grand, et le plus léger attouchement du col ou de l'orifice déterminait un violent paroxysme de vomissements. Comme dans le cas précédent, régime, boissons, médicaments, furent employés sans le moindre avantage. La position imaginée pour la première malade fut appliquée, et quand elle était ainsi placée, de la nourriture pouvait être prise, tandis que, dans une autre position, elle était immédiatement vomie. Quelquefois les vomissements cessaient presque pendant trois ou quatre jours, puis reparaissaient avec une violence redoublée. Cet état se maintint avec plus ou moins d'intensité jusqu'à la fin du septième mois de la grossesse, mais sans amélioration apparente. Le docteur Radfort lui apporta le secours de sa longue expérience, mais sans avantage pour la malade. L'accouchement prématuré était considéré comme la seule chance, et l'on était sur le point d'y avoir recours, lorsqu'il survint spontanément après le septième mois révolu. Le fœtus, du sexe masculin, était légèrement putréfié. L'état d'épuisement de la patiente était très grand, et le soulagement qu'elle éprouva ne fut que momentané ; quelques heures après, ses forces étaient tombées d'une manière sensible, et la mort arriva le second jour des couches. L'examen cadavérique, fait avec soin par lui et deux de ses confrères, ne fit rien découvrir qui pût expliquer la cause de la mort et les symptômes morbides qui avaient existé pendant la vie. Ils trouvèrent seulement, dans l'épaisseur des parois de l'utérus, trois ou quatre petites tumeurs, les plus grosses du volume d'une bille, situées vers le fond de l'organe, faisant un peu saillie en dedans ; il n'y avait rien autour de ces tumeurs qui pût rendre compte des symptômes, si ce n'est que leur présence a bien pu contribuer à développer l'irritabilité de l'utérus à mesure qu'il se développait par les progrès de la grossesse.

OBS. III. — Subséquemment aux deux cas précédents, M. Clay fut consulté par le médecin d'une dame qui présentait un état analogue. Le fait saillant de la sensibilité du col et de l'orifice, et de l'impression douloureuse au toucher causant la manifestation et une aggravation des symptômes gastriques, fut constaté. Il conseilla l'application de 4 à 5 sangsues sur le col et le repos dans la position décrite, avec des repas éloignés. Ce traitement eut l'effet désiré, et la malade était soulagée au point qu'elle insistait, au bout de quelques jours, pour se lever ou au moins s'asseoir sur son lit. Sachant avec quelle facilité les symptômes reparaissent, il ne voulut pas y consentir avant d'avoir constaté s'il existait encore de la sensibilité au col. Ayant constaté encore de la sensibilité, bien que la pression ne déterminât plus de vomissement, il fit faire une nouvelle application de quatre sangsues et conserver la position pendant quelques jours. L'effet désiré fut obtenu, et, quinze jours après la première application de sangsues, les vomissements avaient disparu, et bientôt la malade put reprendre ses habitudes sans inconvénient. La grossesse suivit son cours régulièrement jusqu'au terme ; l'accouchement fut naturel, l'enfant vivant et les couches normales. (*The Midland quarterly Journal of the medical sciences*, octobre 1857.)

Ce n'est pas sur la cause, mais sur le traitement des vomissements des femmes grosses, que porte le travail de M. Buisson. On sait que depuis quelque temps les préparations iodées ont été essayées contre cette affection. M. Eulenberg (de Coblentz) a d'abord préconisé un mélange de teinture d'iode (1 gramme) et d'alcool rectifié (5 grammes et demi), dont on doit prendre 3 gouttes chaque jour dans un peu d'eau. M. Becquerel ayant plus tard employé avec avantage une potion contenant, pour 120 grammes d'eau, 10 gouttes de teinture d'iode et 50 centigrammes d'iodure de potassium, et prise en deux fois, matin et soir (*Gazette des hôpitaux*, numéro du 29 août), M. Bacarisse assura, dans le même journal (numéro du 5 septembre), contre l'opinion de M. Eulenberg, qu'on calmait aussi bien les vomissements avec l'iodure de potassium seul qu'avec la teinture d'iode iodurée. Enfin le 8 septembre, toujours dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, M. Masson (d'Ardres) annonça six cas de succès obtenus par la préparation du médecin de Coblentz.

Dans la présente note, M. Buisson rapporte trois observations de vomissements opiniâtres liés à la grossesse ou à la parturition, dans lesquelles il a eu recours aux préparations iodées. De ces trois malades deux ont débuté par la teinture d'iode alcoolisée, et chez

les deux les vomissements *ont augmenté*, ainsi que la douleur épigastrique. Au bout de quelques jours, on a cessé l'usage du remède, dont l'odeur seule excitait à vomir. Chez les trois sujets, l'iodure de potassium administré seul à la dose de 50 et 60 centigrammes par jour dans une tasse d'eau sucrée, bue en trois fois, n'atténua que fort peu les accidents. C'est seulement en dernier lieu qu'a été administrée la teinture d'iode iodurée, sous une forme à peu près semblable à celle qui est adoptée par M. Becquerel, et les vomissements ont cédé en trois jours chez une de ses malades, en cinq jours chez une autre, en six jours chez la troisième. La première vomissait depuis plusieurs semaines, les deux autres depuis plusieurs mois.

Quant à la cause des accidents, voici ce que disent les observations : Chez une des femmes, les vomissements avaient succédé à la parturition, et paraissaient se rattacher à une émotion pénible ; chez une autre, ils étaient liés à la grossesse, et pouvaient avoir été facilités aussi par une influence morale ; chez la dernière, également enceinte, on n'avait remarqué aucune cause occasionnelle.

On comprend que ces trois faits ne peuvent être isolés, pour l'appréciation de la question thérapeutique, de ceux qui les ont précédés. Or, tous ces faits réunis ne sont pas assez concordants, ni assez nombreux, pour légitimer une opinion arrêtée sur la valeur des diverses préparations expérimentées. On sait d'ailleurs que ce n'est pas seulement contre les vomissements des femmes grosses qu'a été préconisé l'iodure de potassium, mais qu'il l'a été contre des affections diverses de l'estomac, et que le résultat ne paraît pas jusqu'ici des plus encourageants. Du reste, M. Buisson ne se hasarde pas à des conclusions trop absolues, car il a soin de prévenir que celles par lesquelles il termine son travail ne se rapportent qu'à ses trois observations. (*Union médicale de la Gironde*, octobre 1857.)

Aiguille à tricoter trouvée dans le foie, par le docteur Langwagen.

Le fait suivant a été observé à l'hôpital Saint-Georges, de Leipzig, dans le service du docteur Herm. Clarus.

Obs. — La femme R. O..., âgée de quarante-six ans, fut portée à l'hôpital le 2 septembre 1856, avec des symptômes généraux et du délire. On prétendait que précédemment elle n'avait jamais été malade. Pendant son séjour à l'hôpital, elle fut dans un état d'excitation constante, presque toujours avec insomnie ; elle refusa de prendre de la nourriture ; tout au plus consentit-elle à boire de l'eau. Avec ce régime, elle s'affaiblit rapidement et maigrit de plus en plus ; mais le marasme fit surtout des progrès vers la fin de la deuxième semaine, une diarrhée fréquente ayant succédé à la constipation jusque-là opiniâtre. Le pouls devint petit et faible, et la malade mourut le 27 du même mois.

Autopsie. — Dure-mère épaissie, adhérente en plusieurs points avec la pie-mère. A l'incision de cette dernière, il s'écoula environ 3 onces de sérosité. Veines extérieures gorgées de sang. La substance cérébrale elle-même présentait à la section un aspect rougeâtre ; les ventricules contenaient environ une demi-once de sérosité limpide. Les plexus choroïdes étaient le siége de plusieurs kystes. Poumons œdémateux ; infiltration hypostatique du lobe inférieur du poumon droit. Le foie, vu en masse, ne présentait rien d'anormal : le lobe gauche seulement était un peu atrophié. Au niveau du sillon superficiel formé par l'union des lobes droit et gauche, on remarquait une cicatrice épaisse, dont la direction antéro-postérieure était celle de ce sillon. Le tissu de cicatrice, de couleur blanche, avait 3 pouces un quart de longueur et 2 lignes de largeur ; il était très dense, et contenait un fragment d'aiguille à tricoter de 3 pouces de longueur, qu'il entourait si bien qu'il était difficile de l'en séparer. L'aiguille elle-même, débarrassée de la matière organique par le grattage, était fortement usée par la rouille ; inégale sur un point seulement, elle avait conservé sa forme cylindrique et sa surface lisse. Presque immédiatement au-dessous de ce corps étranger, il y avait une branche veineuse considérable, qui ne présentait aucune altération. Aucune trace d'une blessure antécédente ne put être trouvée ni sur les téguments de l'abdomen, ni dans l'estomac, ni sur le foie lui-même. Les parents de la malade ne pouvaient donner aucun renseignement à cet égard.

Il est probable que ce fragment d'aiguille a été avalé par la malade et qu'il a cheminé à travers les tissus sans provoquer d'accidents sur son passage, comme cela se voit très fréquemment. (*Arch. f. physiol. Heilkunde*, 1er et 2e cah.)

Sur l'absorption des larmes par suite de la dilatation du sac lacrymal, par C.-A. Schmidt.

Une série d'expériences instituées par l'auteur lui a démontré que le sac lacrymal, en se dilatant, détermine l'absorption des larmes. Voici un aperçu de quelques-unes de ces expériences.

On découvre le sac lacrymal par sa face postérieure (par la cavité nasale) à laquelle on pratique une ouverture. On prépare alors le muscle du sac lacrymal (muscle de Horner) : en tirant sur ce muscle avec une pince, on voit la paroi antérieure céder considérablement, puis reprendre sa première position quand les tractions sont interrompues. Ou bien on prépare le muscle du sac lacrymal, on introduit par le nez, dans le sac lacrymal, un tube de verre rempli de liquide ; à chaque traction opérée sur le muscle, le liquide s'élève dans le sac lacrymal pour retomber aussitôt que la traction est discontinuée.

M. Schmidt a démontré que c'est surtout le tendon de l'orbiculaire qui produit la dilatation du sac lacrymal ; cet effet est favorisé par la contraction du muscle du sac lacrymal, ainsi que par celle des fibres de l'orbiculaire qui passent sur le sac lacrymal.

Il a été démontré, à la clinique de Marbourg, qu'il y a de petites fistules dans lesquelles le niveau du liquide baisse chaque fois que le malade ferme les paupières, et s'élève quand il les ouvre. (*Arch. f. phys. Heilk.*, 1857, 1er et 2e cah.).

Cas de dystocie par l'ossification complète de la tête du fœtus, par le professeur Allen.

L'ossification incomplète des os du crâne, les fontanelles et les sutures indépendantes jouent un rôle de conservation tellement important dans la naissance de l'homme, qu'il est extrêmement rare de trouver la nature en défaut, d'observer l'ossification prématurée des os du crâne remontant jusqu'au fœtus lui-même. Aussi cette ossification prématurée n'a-t-elle point, jusqu'à présent, une place spéciale parmi les diverses espèces de dystocie, place qu'il serait d'ailleurs impossible de remplir par des faits. Faut-il conclure de celui qu'on va lire que la naissance d'un enfant dont le crâne est complétement ossifié est compromise, quoique ses diamètres ne dépassent pas les dimensions moyennes et soient un peu au-dessous des diamètres du bassin qu'il doit traverser, et que le passage n'est sans danger que pour les enfants *microcéphales*, chez lesquels, suivant la remarque de M. Baillarger, une ossification prématurée du crâne est la condition de leur conformation vicieuse ? Une telle conclusion serait prématurée. Nous ne voulons, pour le moment, qu'attirer l'attention sur ce sujet intéressant et provoquer de nouvelles observations.

Obs. — Je fus appelé en consultation, dit M. Allen, par le docteur Haynes, pour voir madame ***, dont le travail ne se terminait pas. Il y avait, depuis douze heures, action énergique de l'utérus ; la poche des eaux était rompue, et la tête se présentait en première position. La capacité relative de la tête et du bassin paraissait bien proportionnée, quoiqu'il n'y eût aucun progrès depuis plusieurs heures. L'exploration des parties ne pouvait faire reconnaître aucune cause efficiente au retard de l'expulsion ; seulement, on ne pouvait sentir ni fontanelles ni sutures, tant leur rapprochement était exact. C'était une tête d'adulte en miniature. Comme il ne pouvait y avoir ni chevauchement des os du crâne, ni diminution de volume de la tête par compression, la craniotomie fut décidée. La substance osseuse était si résistante, qu'il fut impossible de faire pénétrer le perforateur de la manière ordinaire. Le professeur Hugues ayant été appelé et ayant apporté quelques instruments propres à perforer les os, il parvint, à l'aide d'un forage persévérant et d'une scie à os, à ouvrir à la fin le crâne et à en extraire le cerveau ; le forceps appliqué, la tête fut entraînée dans le détroit inférieur et au dehors, après quelques efforts considérables.

A l'examen direct, les sutures furent trouvées aussi solidement unies que chez l'adulte, et la substance osseuse presque d'une dureté pierreuse. La difficulté, dans la pensée de l'auteur, dépendait indubitablement de la non-compressibilité de la tête, dont les proportions étaient dans les conditions ordinaires et tout à fait incompatibles avec une expulsion spontanée. (*New-Orleans Medical News and Hospital Gazette*, mars 1857.)

Du refus des aliments chez les aliénés; par le docteur Ludovic Schlager, médecin suppléant des asiles royaux d'aliénés.

Rien de plus ordinaire, dans certaines variétés de folie, que le refus de nourriture. Les mobiles en sont divers, la ténacité plus ou moins grande et souvent les conséquences funestes. Dans son mémoire, basé sur quarante-deux observations, M. Schlager a fait saillir, sous ce rapport, la plupart des circonstances généralement indiquées.

Tantôt la résolution est motivée par des appréhensions chimériques ou des terreurs causées par de fausses sensations. Les uns, préoccupés d'idées d'empoisonnement, suspectent tous les mets, croyant même apercevoir ou sentir les substances malfaisantes qu'on y introduit. Les autres, effrayés par des voix divines ou diaboliques, obéissent à des intimations sévères. Quelques-uns s'abstiennent, en expiation de crimes imaginaires, par raison d'indignité ou scrupule de manger ce qu'ils ne gagnent pas ou ne pourraient payer. On en voit convaincus que leurs organes, et notamment l'estomac, sont obturés, détruits, ou qui tendent, par cette voie, au suicide.

L'imitation semble avoir poussé plusieurs lypémaniaques dont on ne triompha qu'en les isolant. Parfois, enfin, la résistance, autant qu'il est permis d'en juger, est purement instinctive et automatique.

Plus ou moins absolu, comprenant les aliments, les boissons et les médicaments, ou plus spécialement les uns ou les autres, le refus fut surtout difficile à vaincre dans les cas de monomanie religieuse, de craintes d'empoisonnement, de souffrances gastro-intestinales. Quelquefois il persista des mois entiers.

Il se montra aussi intermittent, capricieux, ceux-ci ayant des éclaircies de raison plus ou moins vite effacées, ceux-là voulant être conduits à table, stimulés, n'acquiesçant aux exhortations que si l'on remplaçait un aliment par un autre.

Le dépérissement, résultat inévitable de l'inanition volontaire, peut être assez grave pour conduire à la mort. Quand la sitophobie n'a qu'une durée restreinte, il est rare, toutefois, qu'à l'aide d'une bonne nourriture on ne parvienne pas à rétablir, avec l'embonpoint, les forces digestives.

Conformément aux données de la science, M. Schlager pose comme indication formelle la nécessité de faire céder la répugnance du malade ou de recourir à l'alimentation artificielle.

S'efforçant d'abord d'approfondir les secrètes influences qui dominent l'esprit, le médecin devra opposer aux convictions délirantes les motifs les plus capables de les faire fléchir ou de les éluder.

Parmi les personnes qui approchent l'aliéné, on choisira celles en qui il pourrait avoir quelque confiance. On mettra à sa portée, sans qu'il s'en doute, des aliments qui, semblant destinés à d'autres, ne puissent éveiller ses défiances. La commination réussit fréquemment. Il suffit, pour obtenir la docilité de certains lypémaniaques, de leur offrir la perspective d'une douche ou de quelque situation désagréable.

Quand l'insuccès de ces moyens rend indispensable l'alimentation forcée, M. Schlager conseille de n'en pas différer plus de trois jours l'application. Ce précepte est d'autant plus judicieux, que cette violentation même amène souvent le récalcitrant à composition, soit qu'il redoute les tourments ou conçoive l'inutilité d'une lutte.

Beaucoup de procédés ont été imaginés pour alimenter ainsi les aliénés. On a employé des coins, des bâillons, des conduits artificiels, et varié de diverses manières les sondes œsophagiennes. Haslam se servait d'un instrument paraissant avoir de l'analogie avec celui de M. Belhomme; M. Billod en a présenté un fort ingénieux à l'Académie de médecine. Nous avons le catéther articulé de M. Em. Blanche, le tube de baudruche et permanent de Leuret, la double sonde de M. Baillarger, etc.

M. Schlager a donné la préférence à la sonde ordinaire, qu'il introduit par la bouche quand il peut, mais beaucoup plus souvent par les narines, à cause des difficultés que d'ordinaire le patient oppose dans ces circonstances. Les substances qu'il ingère consistent en bouillons, lait, vin et émulsions d'œufs. On peut y joindre de légers potages, ou même délayer dans les liquides des viandes finement hachées.

Ici surgit une autre question. Le séjour des sondes dans les fosses nasales n'est pas inoffensif. On est surtout exposé, en opérant au milieu des mouvements désordonnés d'un malade qui résiste, à contondre la muqueuse. Ces inconvénients sont inévitables. Quelle conduite tenir, sinon pour les conjurer, au moins pour les atténuer?

M. Schlager veut qu'on n'instrumente pas plus de deux fois dans les vingt-quatre heures, et qu'à chaque ingestion on fasse pénétrer une suffisante quantité de substances alimentaires. C'est, on le sait, pour satisfaire à la même indication, que Leuret avait inventé son tube de baudruche. L'une des extrémités, offrant une ouverture libre, devait rester au dehors; l'autre, fermée par un bouchon de gomme, était destinée à l'œsophage, où elle était conduite par une sonde ordinaire. La gomme, bientôt, venant à se dissoudre, il en résultait une issue intérieure sans cesse ouverte au passage des aliments La présence de cette gaîne charnue n'était nullement gênante. On pouvait la conserver en place tant qu'on ne la supposait pas altérée, et dès lors répéter l'administration de la nourriture aussi fréquemment et à telle dose que l'on jugeait convenable.

Du reste, la sonde ordinaire peut elle-même être maintenue dans le canal œsophagien pendant quelques jours, en fixant son embouchure au front, à l'aide d'un bandeau ou de lanières de sparadrap.

Suivant M. Schlager, un chirurgien allemand, M Maresch, aurait combattu efficacement le refus d'aliments par des applications électriques. La douleur, en contraignant au relâchement des masséters, favoriserait non-seulement l'emploi des liquides, mais, circonstance précieuse, celui même des solides On obtient particulièrement ce résultat, si, en même temps que se dégage le fluide, on comprime hermétiquement les narines.

Par malheur, M. Schlager n'entre, relativement au *modus faciendi*, dans aucun détail. Où se posent les fils? Quelles limites donner à leur action? Le moyen convient-il dans toutes les circonstances ou dans des cas déterminés? A quels signes se reconnaît la métamorphose? Rien autre n'est mentionné, sinon que l'électricité réussit spécialement lorsque la sitophobie provient du caprice ou résulte de la *melancholia attonita*. En vain avons-nous consulté diverses sources allemandes : nulle part nous n'avons trouvé trace de la méthode de M. Maresch. Notre savant confrère et ami, M. Duchenne (de Boulogne), très au courant de ce qui concerne les essais électriques, n'en a pas lui même connaissance. (*Oesterreichische Zeitschrift für practische Heilkunde*, 6 mars 1857).

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie, t. II et III de la 2e série. 2 vol gr. in-8°, 1856 et 1857. Paris, chez J.-B. Baillière et fils.

Mémoires de la Société médicale d'observation de Paris, t. III, 1856. — **Recueil des travaux de la Société médicale d'observation de Paris**, fascicules 1er et 2e, 1857. Paris, chez J.-B. Baillière et fils.

Bulletins de la Société de chirurgie de Paris pendant l'année 1856-1857. Paris, chez Victor Masson.

Suite. — Voir les numéros 43 et 44.

L'observation de M. Laboulbène, relative à une *hémorrhagie de la protubérance annulaire*, est intéressante surtout en ce qu'elle offre un nouvel exemple de la rapidité avec laquelle les hémorrhagies de ce siége se terminent par la mort. Le sujet n'a vécu que

deux heures. Mais nous appelons plus spécialement l'attention sur une autre observation du même auteur, qui tend à confirmer une opinion de M. Brown-Séquard sur le rôle des cordons postérieurs de la moelle et sur celui de la substance grise. Il s'agit d'une *induration générale de la moelle épinière avec ramollissement partiel du segment dorsal.* Voici les principales circonstances du fait :

Troubles dans l'appareil digestif et faiblesse musculaire apparaissant, en 1843, chez un homme vigoureux d'une très bonne santé habituelle. Pas de fièvre, céphalalgie, douleurs lombaires vagues, difficulté passagère dans l'émission des urines sans aucun obstacle apparent. Plus tard, réapparition des douleurs lombaires, crampes dans les jambes, insomnie; les membres supérieurs sont libres de douleurs et pleins de force.

En 1849, la mémoire se perd, troubles cérébraux, crampes dans les jambes, douleur thoracique en ceinture ; constipation, excrétion difficile des urines, puis tous ces phénomènes disparaissent, la santé semble tout à fait revenue.

En 1851, affaiblissement graduel du membre supérieur droit, mémoire tout à fait perdue.

En 1852, la mémoire est très fidèle, la force musculaire est revenue dans les bras ; mais, en octobre 1853, la main droite et le bras droit sont faibles, et la mémoire devient infidèle.

Au commencement de janvier 1854, le malade prend le lit et il y reste « roide comme une statue » sans éprouver de vives douleurs, mais ne pouvant remuer ni les bras, ni les jambes, ayant de la dysphagie, bientôt suivie d'un appétit vorace et d'une amélioration très grande. Les mouvements reparaissent dans les membres inférieurs ; les membres supérieurs seuls sont paralysés mais sensibles, comme tout le reste du corps.

Le malade, examiné le 16 mars 1854, a les membres supérieurs paralysés, pendants le long du tronc ; la mémoire est très nette et se conserve telle jusqu'à la fin. Sous l'influence du galvanisme, quelques mouvements reparaissent dans les bras. Les douleurs lombaires et celles des membres n'ont pas lieu. Il sort dans un état bien marqué d'amélioration. Il rentre, quatre mois plus tard, avec des douleurs le long du rachis. Le 29 octobre il se sent très affaibli, puis la respiration s'embarrasse et il succombe rapidement.

A l'autopsie, on trouve la moelle indurée et un ramollissement siégeant au niveau de l'espace situé entre les 3e et 6e vertèbres dorsales et occupant exclusivement la substance blanche.

Laissant de côté les questions relatives à la nature du travail qui a amené l'induration de la moelle et à la manière dont la mort est survenue, — questions que l'auteur lui-même ne fait qu'effleurer, — nous ne nous arrêtons qu'à la signification physiologique de l'observation. Suivant M. Brown-Séquard, après la section des cordons postérieurs de la moelle dorsale, la sensibilité du membre inférieur est augmentée; après la section de toute l'épaisseur de la moelle, moins la substance grise centrale, la sensibilité est conservée; enfin, la sensibilité est perdue quand on a détruit la substance grise. Or, on a vu que chez le malade de M. Laboulbène cette dernière substance était seule intacte au milieu du ramollissement de toute la substance blanche, et que la sensibilité des membres inférieurs était conservée.

— Les *avantages de la glycérine dans le pansement des plaies* sont les suivants, d'après M. Luton : 1° Solubilité dans l'eau, ce qui permet d'entretenir les plaies dans l'état de propreté sans faire beaucoup de lavages, et s'oppose à la formation de ces couches de cérat desséché qui gênent parfois la cicatrisation ; 2° application plus facile, plus immédiate, sur une surface suintante, que ne peut l'être l'application d'un corps gras plus épais; 3 action légèrement excitante et détersive qui tend à donner aux plaies un aspect rosé et à prévenir l'exubérance des bourgeons charnus ; 4° propriété de diminuer l'abondance de la suppuration.

Ces assertions de l'auteur, nouvelles quand il les a émises (décembre 1855), sont confirmées par beaucoup de chirurgiens, les trois premières surtout. Nous tenions à les rappeler, surtout parce qu'il nous semble que l'emploi de la glycérine ne s'étend pas autant qu'elle le mériterait et qu'on avait pu tout d'abord l'espérer. Est-ce à cause de la difficulté assez grande d'obtenir de bonne glycérine ?

— Dans un cas d'*affection vraisemblablement charbonneuse*, M. Gubler a fait analyser par Quevenne *les gaz qui infiltraient le tissu cellulaire*. Il s'agit d'un homme qu'on apporta à l'hôpital Saint-Louis, à demi asphyxié par suite d'un gonflement extrême de la face et du cou. Cet homme avait l'aspect violacé, et l'on constatait sous la peau une crépitation gazeuse. On découvrit au fond du pharynx une plaque gangréneuse noirâtre. On regarda comme vraisemblable la nature charbonneuse de l'affection, d'autant plus que le malade était ouvrier en crins. La mort ayant eu lieu, M. Gubler recueillit dans de petites fioles le gaz qui s'échappa de piqûres pratiquées à dessein *dans la peau des membres et du tronc*. Quevenne rédigea sur les résultats de l'analyse la note suivante :

Une petite portion de ce gaz agitée avec la solution d'acétate de plomb ne colore nullement celle-ci (point d'hydrogène sulfuré).

D'ailleurs, le gaz, senti en petite quantité, n'offrait point d'odeur prononcée quelconque

La totalité du gaz étant agitée dans une fiole de forme cylindrique avec de l'eau de baryte : celle-ci est fortement troublée par des flocons blancs, et, après un contact suffisamment prolongé, on constate qu'il y a eu une diminution équivalente à un dixième environ du volume (acide carbonique).

L'orifice de la fiole approché alors de la flamme d'une bougie, le gaz restant s'est enflammé sans détonation et a brûlé avec une flamme jaunâtre, terne, peu vive et de courte durée (hydrogène carboné).

Ainsi :

1° Point d'hydrogène sulfuré ;

2° Environ un dixième d'acide carbonique ;

3° Le reste du gaz surtout composé d'hydrogène carboné.

Ce qui mérite surtout d'être remarqué ici, c'est, comme le dit l'auteur, d'une part, l'absence de l'acide sulfhydrique, qui est un produit de la putréfaction des matières animales, et, d'autre part, la présence d'une grande quantité d'hydrogène carboné, qui compte parmi les produits de la décomposition des substances végétales. Mais, en face d'une seule expérience, et qui ne paraît pas avoir été des plus minutieuses, il est peut-être sage de s'en tenir à une simple reproduction.

— Le fond du travail de MM. Goubaux et Follin sur la *cryptorchidie chez l'homme et les principaux animaux domestiques*, travail qui nous paraît fixer définitivement la science sur cette intéressante question, se résume parfaitement dans les deux propositions suivantes des auteurs :

1° L'examen microscopique montre qu'il n'y a pas d'animalcules spermatiques dans le liquide sécrété par les testicules qui restent dans la cavité abdominale pendant toute la vie, chez l'homme et les principaux animaux domestiques ;

2° Les observations et les expériences prouvent que les animaux chez lesquels la cryptorchidie est double, sont inféconds.

Ces conclusions découlent naturellement des nombreux faits recueillis par les auteurs, tant sur l'homme que sur les animaux domestiques.

Le travail de MM. Goubaux et Follin comprend une partie anatomique et une partie physiologique.

1° *Anatomie*. — La cryptorchidie, cet état dans lequel l'un des testicules ou les deux à la fois restent dans la cavité ou la paroi abdominale, est une anomalie rare. « Sur une table de 103 en- » fants mâles examinés par Wrisberg au moment de la naissance, » on trouve que chez 73 les deux testicules étaient dans l'abdomen, » et chez 21, qu'un ou ou deux testicules étaient dans l'aine. Sur » ceux-ci : 5 avaient les deux testicules dans l'abdomen, 7 avaient » le testicule droit dans l'abdomen, et 9 le gauche. Enfin, sur » 25 cas, 13 cas de cryptorchidie à droite et 12 cas à gauche. » — Le docteur Marshal rapporte qu'en faisant l'examen de » 10,800 conscrits, il en trouva 5 chez lesquels le testicule droit, » et 6 chez lesquels le testicule gauche n'était pas apparent. Dans » deux de ces cas, il y avait une hernie là où le testicule n'était » pas descendu. Il rencontra seulement un cas où les deux testi- » cules n'étaient pas apparents. » Il serait nécessaire que de nouvelles statistiques fussent faites pour déterminer exactement la fréquence relative de la cryptorchidie.

Pour que cette statistique fût de quelque valeur, il faudrait qu'elle tînt grand compte de l'âge des sujets. Ordinairement les tes-

cules se trouvent dans le scrotum, chez l'homme, au moment de la naissance, et même déjà au huitième mois de la vie intra-utérine. Quelquefois, cependant, la descente se complète beaucoup plus tard. Mais il est des cas où l'organe s'arrête définitivement avant d'arriver dans le scrotum; on le trouve alors sur un point quelconque du trajet inguinal, ou dans la cavité de l'abdomen; quelquefois même il a pris une fausse direction, et on le voit engagé dans le canal crural, ou bien dans l'épaisseur du périnée.

Les causes qui déterminent cet arrêt du testicule sur un des points du trajet qu'il doit parcourir, ne sont pas les mêmes dans tous les cas; c'est tantôt une disproportion entre le volume de l'organe et celui des parties qu'il doit traverser, disproportion consistant souvent en une petitesse relative de l'ouverture de l'anneau inguinal externe; tantôt c'est un défaut de puissance de l'agent qui doit produire le déplacement, un défaut d'action du crémaster; tantôt, enfin, ce sont des adhérences résultant de péritonites antérieures, qui retiennent le testicule. Des observations faites sur le cheval, le mouton, le porc démontrent que la cryptorchidie est souvent un vice héréditaire.

Le testicule arrêté dans le canal inguinal éprouve souvent une dissociation de ses divers éléments, de telle sorte que l'épididyme et le canal déférent se détachent du corps de l'organe pour descendre dans les bourses, tandis que ce dernier reste fixé plus haut, comme on le voit sur des pièces déposées au musée Dupuytren.

Un fait général, constaté dans tous les cas de cryptorchidie, à une seule exception près, c'est que le testicule non descendu est plus petit et moins lourd que l'autre; la substance testiculaire y reste molle, comme chez le fœtus; elle peut d'ailleurs subir les mêmes altérations pathologiques que chez les individus bien conformés. Il n'existe pas, dans ces cas, de gaîne vaginale, attendu que celle-ci ne se forme que lorsque le testicule descend dans les bourses; enfin le sperme contenu dans la vésicule séminale du côté où le testicule est dans l'abdomen, n'offre pas d'animalcules spermatiques à l'examen microscopique. MM. Goubaux et Follin ont pesé les testicules d'un grand nombre d'animaux domestiques, les uns bien conformés, les autres cryptorchides; les tableaux dans lesquels sont consignés leurs résultats, montrent une énorme différence entre le poids du testicule resté dans l'abdomen et celui dont l'évolution a été complète; ils prouvent aussi que les testicules descendus dans les bourses n'ont pas toujours le même volume et le même poids, et que ce n'est pas, comme on l'a prétendu, le testicule gauche qui présente le volume et le poids le plus considérables : la vérité, c'est qu'on ne peut rien dire d'absolu à cet égard.

Cette diminution de poids et de volume des testicules trahit d'importantes altérations de structure; l'organe retenu dans le ventre subit une sorte de transformation fibreuse; les parois des canaux séminifères s'affaissent, et ceux-ci prennent le caractère de ligaments fibreux très minces; en même temps les cloisons celluleuses du testicule deviennent plus visibles, par suite du retrait de la substance séminifère; il s'ensuit que la capsule fibreuse n'est plus tendue par son contenu, ce qui donne à l'organe une flaccidité très grande.

Une altération plus profonde du testicule, c'est la transformation graisseuse, c'est-à-dire le dépôt dans la paroi des canaux séminifères de molécules gaisseuses qui se substituent à l'élément normal de l'organe. Celui-ci ne forme plus alors qu'une masse graisseuse jaunâtre, dans lequel on trouve à peine des traces de canalicules séminifères.

2° *Physiologie.* — Au moment de la naissance, il est impossible de dire si un enfant ou un jeune animal est ou non un cryptorchide; les testicules, retenus à ce moment dans le canal inguinal, peuvent descendre plus tard dans le scrotum. Chez l'homme, tantôt le scrotum, du côté où le testicule est resté dans l'abdomen, ne contient que du tissu cellulo-graisseux, et tantôt on y rencontre une poche vaginale. Dans tous les cas, il a perdu sa forme bilobée; le sillon médian a disparu, et une saillie, constituée par le testicule sain, traduit immédiatement une lésion intérieure Quand les deux testicules sont restés dans l'abdomen, c'est à peine s'il y a un léger repli cutané correspondant au scrotum. Chez les animaux, il n'est pas toujours facile de constater si l'on a affaire à un cryptorchide; c'est surtout le caractère de l'individu qui fournira des indices à cet égard. Chez le cheval cryptorchide, par exemple, on retrouve les attributs généraux du cheval entier; il est indocile, difficile à conduire et à maîtriser; il porte le désordre dans les manœuvres de cavalerie. Le degré de développement du scrotum donne peu de renseignements, car dans la majorité des cas la région n'est pas plus en saillie que chez les animaux qui ont été châtrés depuis longtemps. Pour lever tous les doutes, il faut mettre l'animal en contact avec une jument : l'érection se manifestera aussitôt, s'il s'agit d'un cryptorchide.

Les cryptorchides sont-ils féconds? La réponse est évidente lorsqu'il existe un testicule normal descendu dans les bourses : l'individu (homme ou animal domestique) se trouve alors dans les conditions de celui qui aurait été châtré d'un côté. Mais il n'en est pas de même quand la cryptorchidie est double, et les avis ont été très partagés à cet égard; tandis que J. Hunter exprimait des doutes sur la fécondité des cryptorchides, d'autres auteurs, tels que Bourgelat, G. Arnaud, Cabrol, affirment que le vice de conformation dont il s'agit ici n'ôte rien de leurs qualités viriles aux individus qui en sont affectés. Les recherches de MM. Goubaux et Follin, et en particulier l'examen microscopique qu'ils ont fait du liquide sécrété par des testicules retenus dans l'abdomen, ont démontré que cette dernière assertion est en tout point erronée, et que les cryptorchides sont stériles, bien qne n'ayant perdu aucun des attributs extérieurs du sexe mâle, et pouvant exercer la copulation dans une certaine mesure. En pareille matière, disent-ils avec Lallemand, la démonstration qu'on a prétendu baser sur des faits tirés de l'espèce humaine n'a pas, tant s'en faut, la rigueur d'une démonstration obtenue en expérimentant sur des animaux, à cause de la difficulté d'arriver à une conclusion certaine dans le premier cas. Un fait très concluant, venant à l'appui des déductions de MM. Goubaux et Follin, est celui de la Clôture, cheval cryptorchide qui, après avoir gagné plusieurs prix aux courses du Champ-de-Mars, fut acheté par l'administration des haras et envoyé à Pompadour, où il resta pendant deux ans. *Il y saillit quarante-quarante juments, dont aucune n'a été fécondée.* C'est là, certes, une expérience qui justifierait presque à elle seule les conclusions du travail remarquable de MM Goubaux et Follin, si tous les autres faits observés rigoureusement ne venaient pas les corroborer.

A. Dechambre et M. Sée.

M. Velpeau reprendra ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité, mardi prochain, 17 novembre, à huit heures du matin.

— Pendant la dernière guerre, la Russie a perdu 382 médecins. Sur 550 officiers de santé français, 83 (soit 1 sur 6 7/10) sont morts par suite de maladies contractées dans leur service en Crimée.

— La Société royale de Londres vient d'accorder à M. Brown-Séquard une somme de 100 livres sterling sur celle que la reine d'Angleterre met annuellement à la disposition de la Société.

— Nous signalons aux amis du *bouquinisme* un petit livre récemment paru, qui a pour titre *Voyages littéraires sur les quais de Paris* (in-18, chez Durand, rue des Grès, n° 7), par M. Fontaine de Resbecq. Si cette publication continue, il n'est pas douteux que la médecine n'y trouve son compte; déjà même elle aurait quelque chose à glaner parmi les indications bibliographiques, commentaires érudits ou historiettes dont est semé ce premier *voyage*. Nous regrettons, par exemple, de manquer d'espace pour vous raconter l'histoire d'un étudiant qui, ayant appelé chez lui un bouquiniste pour lui vendre un gros Plutarque, trouva tout à coup entre les pages de l'in-folio une dizaine de billets de cent francs placés là par la tendresse paternelle, et qui, tout plein d'émotion et de résolutions honnêtes, jeta gratis au marchand tous les mauvais livres de sa bibliothèque.

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 20 NOVEMBRE 1857. — N° 47.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 19 novembre 1857.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS : SÉANCE DE RENTRÉE. — TOMBEAU D'HIPPOCRATE.

La rentrée de la Faculté de médecine de Paris a eu lieu lundi dernier avec le modeste cérémonial qu'on connaît et sans incident particulier. Tout l'intérêt de cette séance était donc dans le discours de M. Nélaton, qui s'était chargé de l'éloge de Gerdy. L'orateur s'en est tiré habilement; mais il faut expliquer cette habileté, qui n'est pas commune. Avant de se mettre à l'œuvre, M. Nélaton avait mesuré ses forces, interrogé ses aptitudes, tâté son tempérament, et il s'était arrangé une tâche parfaitement adaptée à sa nature. De là un ordre rigoureux dans le récit, un style simple et clair, une appréciation toujours juste des travaux de Gerdy, aussi exacte sous le rapport historique que sous le rapport scientifique, aussi mesurée, mais aussi ferme, dans le blâme que dans la louange. On caractériserait très bien ce discours en disant qu'il donne l'*Observation* fidèle et consciencieuse de Gerdy, chirurgien, physiologiste et écrivain. Pour rendre complète la figure du savant, il manque à ce tableau les traits du philosophe. Le panégyriste a pensé que la métaphysique et la psychologie cadreraient mal avec le lieu et la circonstance. Aussi bien, quelques passages de son discours diminuent en nous le regret de cette abstention, en nous donnant lieu de conjecturer qu'il se fait une idée un peu bien haute de la valeur philosophique du regretté professeur.

Pour qui eût voulu faire connaître Gerdy tout entier, la tâche ne se serait pas arrêtée là. Cette physionomie si particulière, à l'extérieur comme à l'intérieur; le dessin de ces traits si accentués; la rudesse de ces manières, dissimulant un cœur plein de sensibilité, comme ces nids d'épine qui abritent de tendres mystères; cette honnêteté impitoyable, cette passion de la justice qui manquait parfois de justesse; cette parole animée, imagée, inégale, incorrecte; cette voix sourde, ce geste impétueux, cette ardeur

---

FEUILLETON.

Lettre médicale.

PAR MONTS ET PAR VAUX.

(Suite. — Voir les numéros 36, 37, 39 et 43.)

SOMMAIRE. — Les Eaux-Chaudes. — Un chemin d'enfer. — Souvenirs classiques. — Contre-coup. — L'établissement. — La grotte. — Pau. — Vues sur le climat de cette ville.

Luz, ce 16 août 1857.

De *Bonnes* à *Eaux-Chaudes*, le trajet est si court, le site si pittoresque, qu'il faut une nonchalance monstrueuse pour se laisser gagner aux douceurs de l'omnibus. J'ai donc mis ma curiosité à pied pour ce jour-là. Rien de plus attachant que cette promenade, rien qui aiguise plus vivement l'instinct du beau et du grand, surtout si l'on a, comme moi, la chance de cheminer en compagnie du distingué bibliothécaire de l'Académie de médecine. Nous avions banni Hippocrate de notre société, comme un malingreux, et nous ne conversions qu'avec les voix sorties du sein de l'air ou des plis de la montagne. Pour tracer la route nouvelle, on a fait sauter d'énormes blocs de rocher; on voit encore par intervalles des trous de mine. La rampe passe sur la paroi même d'une gorge profonde, qui roule ainsi des flots de voyageurs au-dessus de son éternel torrent. Quand on se penche sur le parapet et qu'on prête l'oreille aux bruits d'en bas, on entend un mélange de plaintes, de cris, de grondements, de sanglots, de râles et, de temps à autre, comme l'aboiement sinistre d'un mon-tre qui vous appellerait vers l'abîme. On se figure dans ces profondeurs quelque scène de désolation, une légion d'âmes ballottées par une vague infatigable. D'impression en impression, le souvenir nous venait, à M. Briau et à moi, de ce second cercle de l'enfer où Dante livre à un infernal tourment les pécheurs de la chair, *i peccator carnali*.

> La bufera infernal che mai non resta,
> Mena gli spirti con la sua rapina,
> Voltando, e percotendo gli molesta.

à tout connaître, cette intrépidité d'opinion sur des matières mal étudiées, cette activité dévorante enfin, quel heureux sujet pour un artiste! M. Nélaton ne l'ignorait pas. On peut même reconnaître tous ces traits du modèle dans le panégyrique, mais épars et seulement indiqués. Pourquoi ne les avoir pas réunis dans un portrait vivant? par la raison avouée au commencement de la lecture. M. Nélaton s'est défié de ses forces. Il peut savoir mieux que nous si le calcul était bon; l'assemblée n'a songé certainement qu'à ce que ce calcul lui faisait perdre.

La meilleure partie du discours est, suivant nous, la dernière, celle où, réalisant un vœu que nous avons souvent exprimé, l'auteur met son modèle en présence de la science de son temps. Nous donnons ci-après ce morceau, qui a été écouté avec un redoublement d'attention :

... Si vous voulez mesurer, en quelque sorte, la somme du travail dépensé par Gerdy pour maintenir constamment son enseignement à la hauteur des progrès incessants de la chirurgie, reportez-vous un instant à l'époque où cet enseignement fut inauguré.

C'était après 1830. La chirurgie n'était guère alors que celle de la fin du XVIII[e] siècle, celle de l'Académie royale de chirurgie, vulgarisée par l'enseignement populaire d'Antoine Dubois, formulée dans un chef-d'œuvre, le *Traité de Boyer;* fière enfin et à juste titre de quelques brillantes conquêtes de l'art opératoire, la ligature de la carotide externe, de la sous-clavière, de l'iliaque, les résections, et, dominant le reste comme une des grandes découvertes modernes, la lithotritie. Un homme allait disparaître, dont l'admirable enseignement avait préparé l'avénement de l'école nouvelle. Dupuytren, dominé par les exigences d'une immense position, n'écrivait pas; il avait, pour ainsi dire, fixé et immobilisé la chirurgie dans ses mains puissantes, et les voies ouvertes par son génie apparurent surtout après sa mort.

A cette époque, au moment où cette chaire s'ouvre pour Gerdy, l'ardeur des innovations opératoires fait place à un mouvement bien autrement général et fécond. Tout, depuis les grands principes de la science chirurgicale jusqu'aux plus minces détails de pratique, est soumis à révision; on demande sa raison d'être à chaque fait, à chaque opinion Dans cette recherche ardente de la vérité, à laquelle concourent une foule de travailleurs, une partie du glorieux édifice des Paré et des J.-Louis Petit résiste et se consolide, une autre s'écroule pour faire place à des matériaux entièrement neufs et de création contemporaine.

Et, par exemple, « l'histoire des luxations, disait-on il y a quarante ans, semble toucher à cet idéal qu'on nomme perfection. » Que représentent pourtant ces noms nouveaux par lesquels vous désignez les diverses espèces dans chaque luxation? Une révolution radicale dans cette importante étude, la vérité substituée à l'erreur, l'exactitude à l'à peu près.

Dans l'étude des maladies des yeux, le succès des travaux contemporains est plus éclatant encore; non-seulement les inflammations de chaque partie de l'œil sont reconnues et décrites, mais encore l'analyse de chacune d'elles isole une foule d'espèces qui toutes sont une maladie distincte.

A côté de ce grand résultat, suivez-en un autre plus modeste, de simple critique, d'examen sévère et tenace, qui fixe à jamais, nous l'espérons, la plus belle intervention de l'homme sur son semblable, l'opération de la cataracte. Cette balance si exactement tenue entre l'abaissement et l'extraction, que le choix semblait purement dépendre du caprice de l'opérateur, trébuche tout à coup devant l'examen longuement suivi, cent fois répété, des sujets opérés par les deux méthodes. On prouve que les vieillards chez lesquels l'opération, tout en débarrassant le champ pupillaire, a laissé dans l'œil un corps étranger qui ne s'y dissout presque jamais, perdent le plus souvent, sous l'influence de cette cause, tout le bénéfice de l'intervention chirurgicale : sur cette démonstration s'établit le triomphe de l'extraction, de cette méthode française si précieuse dans les mains exercées.

Vous pourriez facilement poursuivre, messieurs, ce perfectionnement de la chirurgie dans presque toutes ses branches.

Vous parlerai-je de toutes les créations de l'art anaplastique? Est-ce un médiocre résultat que celui qui rend à la société cet homme qui était partout repoussé comme un objet d'horreur ou de dégoût? Pourrait-on contester l'importance d'une opération qui, en même temps qu'elle corrige une hideuse difformité, conserve un organe précieux en lui rendant ses moyens de protection? Et, pour dernier exemple, quelle consolation pour le clinicien, pour le professeur, quand, faisant trêve à ses sombres pronostics, à côté de ce cancer, désespoir de la pratique et de l'humanité, il vous apprend, grâce aux travaux de vos maîtres, à en distinguer les tumeurs bénignes!

Tout n'est pas fait encore, sans doute; mais, sous la lutte encore ardente, n'allez pas méconnaître le progrès accompli. S'il faut du temps et de nouveaux efforts pour le dégager entièrement, n'est-il pas évident pourtant, dans l'étude des maladies syphilitiques, dans la doctrine des accidents herniaires, dans les divers modes de compression appliqués au traitement des anévrysmes, dans l'emploi des sections musculaires, enfin dans l'intervention du microscope en anatomie pathologique?

Si, d'autre part, quelqu'un était tenté de penser que cet esprit de critique et de révision générale ait rien enlevé à l'essor des découvertes, chacun de vous répondrait par un mot, l'anesthésie, cette gloire de notre art et de notre siècle. La douleur est supprimée, et voilà que du même coup surgissent à côté de cet immense bienfait une foule d'applications nouvelles, pour la réduction des parties déplacées, l'extraction des corps étrangers, l'emploi hardi du fer rouge. Car, dans ce grand mouvement qui agite notre art, dès qu'une découverte apparaît, elle est promptement fécondée, étendue, perfectionnée. Voyez l'écoulement séreux par l'oreille.

Ainsi disais-je, et mon compagnon répondait :

> Hinc via, tartarei quæ fert Acherontis ad undas :
> Turbidus hic cœno vastaque voragine gurges
> Æstuat, atque omnem Cocyto eructat arenam.

Et moi :

> Noi ricidemmo 'l cerchio all' altra riva
> Sovr' una fonte, che bolle, et riversa
> Per un fossato, che dal sei diriva.

Et lui :

> Mœnia lata videt...
> Quæ rapidus flammis ambit torrentibus amnis
> Tartareus Phlegeton, torquet que sonantia saxa.

Mais ce n'était pas pour alterner des couplets poétiques que nous étions partis. Si le site nous enchaînait, un motif particulier nous faisait hâter le pas : nous allions serrer la main de l'excellent inspecteur des Eaux-Chaudes, M. Izarié. Notre pauvre ami n'était pas plus satisfait de la saison que l'hôtellier des Eaux-Bonnes. Le déchet survenu dans cette dernière station avait singulièrement amaigri la veine de sa voisine. Vous savez que l'établissement des Eaux-Chaudes est alimenté en partie par les malades de Bonnes, les uns allant chercher à 8 ou 10 kilomètres des bains qu'ils obtiennent difficilement sur place, les autres allant boire à Baudon ou à l'Esquirette, pour tempérer les effets trop actifs de la source vieille de Bonnes. Quand ce débouché vient à manquer, c'est une perte notable pour les Eaux-Chaudes, qui n'ont jamais un très grand nombre de buveurs résidents, et que les gens du pays mettent à contribution sans y laisser d'argent. La comparaison des deux établissements parle très haut en faveur de ce proverbe éminemment vertueux, que *bonne renommée vaut mieux que ceinture dorée*. L'établissement des Eaux-Chaudes, s'il n'est pas doré, n'a rien de la mesquinerie de l'autre : il est vaste, bien construit, bien aménagé; il a douches, piscines, baignoires à souhait, voire une manière de casino d'où le panorama est admirable; mais c'est le palais d'Agamemnon pendant la guerre de Troie. Le silence n'y est troublé que par les pas des serviteurs. Pour comble de malheur, ces

symptôme de certaines fractures de la base du crâne : l'observation sagace d'un de vos maîtres le fait connaître; de suite la clinique, la physiologie, la chimie, l'anatomie pathologique s'en emparent, l'analysent, le retournent, pour ainsi dire, de toutes façons, et il en sort cette histoire si complète, une des belles pages de la chirurgie française.

De même pour l'infection purulente.

Lorsqu'en 1828 un savant bien regretté établit la coïncidence entre les abcès métastatiques et la phlébite suppurée, la chirurgie put s'enorgueillir de connaître enfin le cruel ennemi auquel nous sommes obligés, dans les hôpitaux surtout, de disputer la plupart de nos opérés. Cependant l'horizon de cette découverte pouvait sembler borné, quand un autre savant, et celui-là nous le possédons, nous le voyons au milieu de nous, en quelques pages justement saluées du nom de chef-d'œuvre, bien que ce soit un simple article de dictionnaire, oppose à l'infection par phlébite suppurée celle que produit la résorption des éléments décomposés d'un pus qui se pourrit à l'air, en un mot, l'infection putride.

L'infection purulente ne se produit qu'à la suite des grandes plaies; nous multiplions, nous varions tous les moyens d'en prévenir le développement; mais, quand elle est développée, notre action est bien faible, bien incertaine pour éloigner la mort, qui presque toujours la suit. Au contraire, l'infection putride naît dans des conditions variées; nous sommes presque tout-puissants contre elle dès que nous avons su la reconnaître. De la découverte ou du perfectionnement, lequel ici a le plus servi la chirurgie et la médecine?

La chirurgie et la médecine, messieurs, comment, en effet, pourrions-nous les séparer, en parlant des progrès contemporains? Ce qui profite à l'une sert l'autre; elles se rencontrent, elles se confondent dans ces grands résultats.

N'est-ce pas un médecin qui, pour attaquer les tumeurs placées dans le ventre, pose l'indication de l'adhérence des deux parois péritonéales, et donne en même temps le moyen le plus sûr et le plus facile d'atteindre ce résultat?

Vous nommez les deux médecins, le maître et l'élève, aux efforts courageux desquels tant d'enfants déjà, depuis trente années, sont redevables de la vie, sauvée par la trachéotomie.

Enfin, où distinguer la médecine de la chirurgie dans cette extension hardie de la méthode des injections pour la cure des kystes ovariques, des poches hydatiques du foie, des grands épanchements dans les cavités splanchniques?

Je m'arrête, messieurs, dans l'énumération de toutes ces brillantes conquêtes de la chirurgie contemporaine. J'en ai dit assez pour faire entrevoir l'étendue et la grandeur de la tâche accomplie par Gerdy dans ses leçons si suivies, où, développant ce beau tableau de notre chirurgie actuelle, il enflammait l'émulation de vos aînés.

Cette noble émulation, elle vous anime déjà, nous le savons, messieurs; mais que le souvenir de Gerdy vous laisse surtout dans l'esprit et dans le cœur le culte de ce qui chez lui n'a jamais un moment faibli, le travail et l'honnêteté.

— La discussion sur la statistique des causes de décès n'a pas été continuée mardi et a été renvoyée à la semaine prochaine. On a entendu dans la dernière séance une partie d'un rapport de M. Depaul sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1855. Le rapporteur et M. Trousseau, d'accord sur l'utilité des revaccinations, le sont aussi sur la convenance qu'il y aurait d'étendre davantage encore cette pratique. Seulement, le premier se borne à provoquer des mesures de la part de l'administration supérieure, tandis que le second voudrait qu'on spécifiât incontinent le caractère et la portée de ces mesures. Tous deux également insistent pour que le vaccin ne soit plus conservé entre deux plaques de verre, mais bien dans des tubes, sur la forme desquels M. Depaul a donné d'utiles indications. — La séance s'est terminée par une très intéressante présentation de M. Scoutetten.

— On trouvera plus loin (voir aux *Variétés*, page 831) deux documents relatifs à la découverte du tombeau d'Hippocrate, sur laquelle la Gazette hebdomadaire a la première, en France, appelé l'attention des médecins.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Lettre sur les concrétions sanguines des artères, par le professeur Forget, de Strasbourg.

A M. le rédacteur en chef de la Gazette hebdomadaire.

Mon cher Rédacteur,

Beaucoup de bruit se fait, depuis quelque temps, autour des concrétions sanguines qui peuvent se former pendant la vie dans le cœur, dans les artères et dans les veines. Votre journal étant un de ceux qui ont pris et prennent encore le plus de part à cette agitation, c'est à vous que je prends la liberté d'adresser cette étude.

Dans ce moment même (octobre 1857), l'Union médicale publie, en plusieurs articles, un travail aussi bien fait qu'intéressant sous le titre : *Des concrétions fibrineuses du cœur*. L'auteur, qui me traite avec une bienveillance dont je lui suis très reconnaissant, examinant la question de l'embolie et de la gangrène comme conséquence des concrétions sanguines des artères, rappelle tous les faits favorables à ce système, puis il ajoute : « Tout cela n'a pas convaincu

---

constructions, qui sont nouvelles, ont été portées assez loin des griffons, et la longueur augmentée du parcours, jointe à quelques filtrations, ont amené un refroidissement sensible de plusieurs sources qui ne justifiaient déjà pas trop bien leur dénomination. Quand on veut faire dans les stations rivales une bonne plaisanterie sur les Eaux-Chaudes, on a coutume de dire : « Ainsi nommées parce qu'elles sont froides. » La vérité est que le Clot, l'Esquirette et le Rey sont bien près d'avoir la température nécessaire à l'emploi pour bains (32 degrés centigrades en moyenne); qu'on les réchauffe très aisément avec de la vapeur d'eau minérale; enfin que leur température propre convient parfaitement pour les douches et la boisson. Mais il est à craindre que, dans l'état actuel des choses, la réfrigération n'augmente. M. Izarié insiste pour que l'établissement soit replacé au point d'émergence des eaux, où l'on capterait en même temps plusieurs sources qui, de même qu'à Bonnes, se répandent sans utilité.

On ne peut aller aux Eaux-Chaudes sans visiter la célèbre grotte de ce nom. C'est une immense excavation à travers laquelle se précipite avec fracas, sur un lit très incliné de rochers énormes, un torrent dont la violence devient extrême à l'époque de la fonte des neiges. C'est devant un tel jeu de la nature qu'on peut se poser le problème géologique de la formation des cavernes. Celle-ci a-t-elle été primitivement une rigole livrant passage à un filet d'eau, qui aurait ensuite usé, érodé la pierre, disloqué et entraîné des blocs, et creusé un lit de plus en plus profond? L'inspection des lieux me paraît donner un démenti de plus à cette théorie, déjà fort compromise. On voit, à la disposition des parois du souterrain, que les masses rocheuses qui le circonscrivent, soudées par les siècles, usées et lustrées par le courant, ont été d'abord indépendantes les unes des autres, et offrent toute l'irrégularité, tout le pêle-mêle de ces entassements qu'on appelle, dans le style local, des *chaos*. Il s'est fait là, dans une convulsion de la terre, une large crevasse intérieure, où il semble que les rochers qui en constituent le plancher aient roulé en cascades, pour configurer, en s'arrêtant, cet escalier titanique où les eaux bondissent aujourd'hui. Il n'est pas douteux, néanmoins, que les eaux vives, prove-

M. Forget, qui reste dans le doute à cet égard. » Je suis quelque peu surpris de me voir taxé de scepticisme sur ce point, car voici ce que j'écrivais dans mon *Précis des maladies du cœur*, en 1850, époque où l'embolie sommeillait encore profondément, car ce n'est que l'année dernière qu'elle a dû son réveil à notre honorable et savant collègue M. Schutzenberger; j'écrivais donc : « J'ai lu quelque part » l'observation d'un caillot supposé formé dans le cœur et » qui, chassé dans l'artère principale d'un membre, aurait » déterminé la gangrène de celui-ci. *Ce fait nous a paru » péremptoire* et environné de preuves suffisantes. » (*Note* de la page 276.) Voilà pour l'embolie récente, aiguë; voici maintenant pour l'embolie chronique : « Le détachement de » ces corps étrangers (les plaques ossiformes des artères) ne » pourrait-il pas donner lieu à l'oblitération des artères et à » la gangrène consécutive? » (*Note* de la page 325.) Voilà qui est assez affirmatif, ce me semble, surtout pour l'époque. Je ferai remarquer en passant que je pourrais presque me vanter d'avoir trouvé l'embolie chronique, à peu près connu Pascal, enfant (pardon de la comparaison!), trouva, dit-on, les trente-deux premières propositions d'Euclide. Il est souvent malheureux d'arriver trop tard et il n'est pas rare d'être volé par ses ancêtres. Le fait est que j'ignorais alors et que j'ignore encore aujourd'hui si ce genre d'embolie était connu en 1850. Si cela prouve que je suis un grand ignorant, cela prouve aussi que je ne fais pas mes livres avec des livres. Cela prouverait encore, au besoin, que le fait de l'embolie a été signalé en France avant l'an de grâce 1856, si d'ailleurs MM. Legroux et Bouillaud ne l'avaient inauguré à Paris, il y a déjà trente ans (1827). Or, voyez quel est l'empire des mots sur les idées : pour avoir créé le mot *embolie*, Virchow, à l'heure qu'il est, passe encore aux yeux de bien des gens pour avoir inventé la chose. Dans une intéressante discussion sur ce sujet, qui a eu lieu à la Société médicale des hôpitaux de Paris, en juillet dernier, un membre s'est écrié : « Il importe que vous ne laissiez pas passer sans » contrôle les faits qui se glissent dans la science à l'aide » de certains mots... je ne veux pas que nous soyons trop » facilement persuadés par les grands mots venus d'outre- » Rhin, comme ceux d'*embolie*, d'*urémie*, et qui tendent à » donner une très fausse direction aux idées, etc. » Je prendrais volontiers ces paroles pour épigraphe.

Donc, si je doute de quelque chose, ce n'est pas de la gangrène comme résultat de l'obstruction artérielle; ce n'est pas même de l'embolie comme cause de cette obstruction. Ce dont je doute, c'est la valeur des preuves, c'est l'exactitude rigoureuse des observations ou de certaines observations produites à l'appui de cette théorie; ce sont aussi les droits aux prétentions ambitieuses de cette soi-disant doctrine, qui ne vise à rien moins qu'à monopoliser, en les effaçant du livre de la nature et de la science, les autres causes d'oblitération vasculaire, telles que l'artérite, et à s'approprier exclusivement certaines affections, la gangrène, le ramollissement cérébral, etc.

Puisque la discussion est ouverte et que la question est à l'ordre du jour, j'en profiterai, si vous le permettez, pour formuler brièvement mes opinions à l'endroit de cet intéressant sujet. Et d'abord, le problème évidemment est complexe et comprend bon nombre d'éléments dont voici quelques-uns : Formation des concrétions sanguines dans le cœur et les gros vaisseaux pendant la vie. — Détachement et transport de ces concrétions dans les tubes de moindre calibre. — Constatation de ces concrétions au sein des caillots vasculaires dont elles forment le noyau; substitution de ce genre de causes à la plupart des autres causes d'oblitération artérielle. — Les concrétions sanguines sont-elles la cause directe et formelle de la gangrène dite spontanée? — Le ramollissement cérébral reconnaît-il pour cause formelle les concrétions fibrineuses des artères cérébrales? Quelques mots sur tous ces points.

1° La formation des concrétions sanguines dans le cœur et les gros vaisseaux, pendant la vie, me paraît un fait désormais incontestable, à la démonstration duquel j'ai fourni mon contingent personnel, et sur lequel je crois superflu d'insister ici. Presque toujours les caillots sont récents, *aigus*: il en est d'autres qui sont connus sous le nom de végétations et que j'appellerai caillots *chroniques*, parce qu'ils sont ordinairement formés, eux aussi, de fibrine concrète. Ceux-ci sont moins volumineux, en général, que les premiers; ils sont ordinairement globuleux, rugueux, à base large ou pédiculée et plus ou moins fortement adhérents aux parois du cœur, et plus spécialement aux valvules.

2° La possibilité du détachement, en masse ou par fragments, des caillots aigus, et leur transport dans les tubes de moindre calibre, sont d'une vraisemblance telle qu'elle me paraît équivaloir à la démonstration. Des observations assez nombreuses ont été produites comme preuves directes, mais toutes ne méritent pas confiance, ainsi qu'on va le voir. Le détachement et le transport en masse ou par fragments des végétations ou caillots chroniques doivent s'opérer plus rare-

---

nant de la fonte des neiges et exemptes de détritus, ne puissent éroder assez profondément les couches granitiques, et, en y joignant l'avulsion de masses plus ou moins considérables, finir par s'encaisser assez profondément. On reconnaît ce genre d'action à ce que la rigole augmente de largeur et de profondeur à mesure qu'elle descend vers le réservoir des eaux ; j'ai remarqué, en passant, cette disposition en plusieurs endroits du chemin de Luz à Gavarnie ; mais il n'y a rien là de pareil au bouleversement accusé par la grotte des Eaux-Chaudes.

Relativement à *Pau*, où je me suis rendu en quittant Bonnes, je ne veux pas vous répéter ce que vous savez de son beau ciel, de sa calme et tépide atmosphère, mais seulement appeler votre attention sur une particularité de ses conditions anémologiques. La ville de Pau, bâtie à l'extrémité d'un plateau qui domine une large vallée, est défendue au nord par un amphithéâtre de coteaux, et au midi par la chaîne des Pyrénées. La première barrière amortit la violence des vents froids ; la seconde, celle des vents chauds, qui se rafraîchissent d'ailleurs en passant sur les neiges. Donc pas de *bise*, pas de *sirocco*. Mais pourquoi la ville, ouverte au nord-ouest, n'est-elle pas exposée aux atteintes du vent pernicieux qui souffle sur le littoral de la Méditerranée? Pourquoi pas de *mistral*, sinon très accidentellement? M. E. Thomas en donnerait la raison dans son ESSAI SUR MONTPELLIER, si l'itinéraire qu'il trace au vent d'ouest et nord-ouest était exact. Suivant lui, le mistral, né dans la vallée qui sépare les Pyrénées de la chaîne de Castres et de Saint-Pons, traverserait le Languedoc en augmentant d'intensité, prendrait sa plus grande violence à Narbonne, Béziers, Agde, et irait se perdre dans la Méditerranée. Un médecin, enfant du pays, M. Cazenave fils, avec qui j'ai touché en passant la question, contredit ces assertions. Il fait remarquer que la route indiquée par M. Thomas passe à quatre-vingts lieues de Pau, où néanmoins le mistral n'est pas sans se faire sentir quelquefois, et voici son explication personnelle.

Montez sur la tour du château de Henri IV, et jetez un coup d'œil sur la chaîne des Pyrénées : vous verrez que cette chaîne, en quittant l'Aragon, prend une direction est-sud-est jusqu'au mont

ment, plus difficilement, car ces concrétions sont plus adhérentes et plus solides; mais le fait est vraisemblable, et je le crois même plus facile à démontrer anatomiquement que le détachement des caillots aigus.

3° La constatation des concrétions sanguines au sein des caillots vasculaires, dont elles formeraient le noyau, me paraît constituer le véritable nœud du problème, et c'est elle, en effet, qui soulève des doutes légitimes dans les esprits sévères, car il s'agit de démontrer : 1° que ces concrétions sont distinctes du caillot qui les enveloppe; 2° qu'elles ne sont pas idiopathiques, formées sur place, et qu'elles viennent du cœur ou des gros vaisseaux. S'il se forme des caillots dans le cœur et les gros vaisseaux pendant la vie, comme après la mort, il s'en forme également dans toutes les parties de l'arbre artériel. Or, si l'on trouve après la mort des concrétions tout à la fois dans le cœur et dans les artères plus ou moins éloignées, il n'est nullement prouvé que les unes dérivent des autres. Si, dans des cas fort curieux sans doute, on a pu pendant la vie constater des oblitérations vasculaires successives, cela ne prouve pas que ces oblitérations soient le produit d'embolies successives, car la cause idiopathique, l'artérite, par exemple, ou même la cause générale, la diathèse hémoplastique, qui a produit la première oblitération, peut avoir produit toutes les autres. La coexistence d'une maladie du cœur constitue une forte présomption assurément, mais une présomption; il n'y a donc de preuve absolue ici, comme en médecine légale, que dans l'exhibition du corps du délit, c'est-à dire de l'embolie. Or, cette exhibition me paraît environnée de difficultés extrêmes. Ainsi, presque toutes les embolies prétendues provenaient de caillots récents, mous, aigus; or, il est fort difficile de distinguer, dans un caillot artériel de quelques jours, de quelques semaines, une portion de caillot mou, nettement caractérisée comme provenant d'un point plus ou moins éloigné, car le caillot idiopathique, celui provenant d'une ligature, par exemple, n'offre pas lui-même une apparence et une consistance identiques dans tous les points, par la raison toute simple qu'il s'est formé graduellement. Donc, l'illusion est très facile, et l'intérêt de l'observateur peut très bien lui fasciner la vue et lui faire trouver très distinctifs des caractères très douteux pour d'autres. Nous admettons qu'il est de bonne foi. La démonstration anatomique de l'embolie ressort formellement de la couleur et de la consistance, *tranchant nettement* sur le reste du caillot, et encore y aurait-il quelque chose à dire. Le microscope, dont on a invoqué le témoignage, ne peut guère intervenir ici que comme superfétation et, disons-le, comme moyen quelque peu théâtral, car des caillots dont l'âge ne diffère que de quelques jours, de quelques heures peut-être, et qui sont en contact depuis un certain temps, n'offriront jamais au microscope que les éléments du sang, altérés un peu plus, un peu moins, et rien sur l'objectif ne peut différencier un caillot formé dans le cœur d'un autre formé dans les artères, quoi qu'en puissent dire messieurs les micrographes. C'est ce qui me faisait dire tout à l'heure que les caillots chroniques emboliques me paraissent plus faciles à démontrer que les caillots aigus, car les végétations sont plus dures, plus décolorées ordinairement et doivent ainsi trancher plus nettement sur le reste du caillot artériel; encore faut-il que celui ci ne soit pas trop ancien. Mais, nous l'avons dit, ce dernier genre d'embolie est très rare et peut offrir encore bien des ambiguïtés.

On a invoqué un autre caractère, celui de la *concordance des surfaces* du brisement, entre le caillot cardiaque et le fragment embolique. Mais je crains fort que cette preuve ne soit encore une hallucination suscitée par les besoins de la cause. Comment supposer que la surface brisée d'un caillot mou, aigu, conserve sa configuration, ses arêtes vives, ses angles tranchants, après avoir été, soit fouettée et comme broyée par les incessantes contractions du cœur, soit roulée dans le torrent artériel, puis incarcérée, comprimée par le coagulum qui bientôt vient l'envelopper? Cela serait tout au plus vraisemblable pour des caillots chroniques; mais ceux-ci, non plus que les autres, ne se brisent nettement, comme du marbre, et leur brisure doit aussi subir des déformations qui rendent la coaptation impossible, ou du moins imparfaite et trompeuse. Et pourtant cette prétendue preuve a produit beaucoup d'effet, même chez quelques observateurs familiers avec les difficultés et les obscurités de l'amphithéâtre; c'est que la crédulité marche avant la réflexion.

Il est pourtant un genre d'embolie dont la vérification me paraît assez facile et probante : c'est celle formée par les incrustations artérielles. En effet, un ostéide peut très bien se distinguer au sein d'un caillot. Or, savez-vous combien il existe d'observations de ce genre? Une seule, ou du moins je n'en connais qu'une, celle de Virchow...

Si ces réflexions trouvent des lecteurs, puissent-elles rendre les observateurs plus scrupuleux en fait de preuves, et les praticiens plus circonspects en fait d'autorités, car notre rigorisme, je crois, ne dépasse pas les bornes de l'analyse scientifique et les exigences de la saine observation.

Viguemale et à Gavarnie. Là se détache de l'arête principale un chaînon qui, courant vers le nord-est, va se terminer au pic du midi de Bigorre, formant ainsi avec la première un angle dans lequel est renfermée la ville de Pau. Le vent nord-ouest vient-il à souffler, la masse d'air pénètre dans cette vaste enceinte; mais, ne trouvant nulle part une porte de sortie, elle s'y accumule, et, au lieu de traverser le pays, s'élève et va porter l'agitation dans les régions supérieures. Il n'y a donc qu'un moment où l'action de l'air en mouvement se fasse sentir sur la ville de Pau : c'est celui où la colonne s'engouffre dans le bassin angulaire.

Telle est l'opinion de notre confrère. Nous la donnons avec la réserve qui sied à l'ignorance, en nous demandant seulement si la disposition signalée, c'est-à-dire ce gigantesque cul-de-sac, cette espèce de golfe, n'a pas pour effet de prévenir habituellement le passage du mistral par cette voie, au lieu de lui imprimer une direction de bas en haut. Les grandes masses d'air, comme les masses d'eau, prennent leur courant dans la direction où elles trouvent une issue, et il se peut que le mistral glisse d'ordinaire à côté du triangle sans y entrer, s'il rencontre tout près de là une brèche qui lui livre passage.

Voici enfin, sur la climatologie de Pau, quelques renseignements que je dois à l'obligeance de mon confrère.

Bien que, dans cette ville, les pluies soient assez abondantes, il y pleut toutefois moins qu'à Pise. A Pau, il tombe en moyenne, par an, 40 pouces d'eau, et à Pise 45. De plus, par une singularité météorologique des plus heureuses, l'état hygrométrique de l'air est beaucoup moins élevé que la quantité annuelle de pluies ne le ferait supposer. Cette circonstance n'a point échappé à l'observation de M. Louis, qui dit qu'un fait non moins évident et non moins remarquable que l'absence de vents est le défaut d'humidité libre dans l'air de Pau. C'est, en effet, en parcourant l'intérieur des maisons, les appartements non habités, que l'on est frappé de cette vérité : les tapisseries, les meubles, les parquets, ne présentent pas la moindre trace de cette humidité destructive dont on constate les traces à Rome, à Pise et à Hyères. A Rome, surtout, où les vents humides prédominent sur les vents secs, l'hygromètre

4° Substitution des concrétions sanguines, avec ou sans embolie, aux autres causes d'oblitération artérielle. L'écueil où viennent se briser la plupart des inventeurs, c'est cette ambition effrénée qui les pousse à faire tout plier sous le joug de leurs conceptions. Pour établir l'autocratie de la coagulation spontanée et de l'embolie, on n'a trouvé rien de plus expéditif que de faire table rase de toutes les autres causes de la coagulation vasculaire. La coagulation spontanée serait le produit d'une diathèse particulière à laquelle on nous permettra de donner le nom d'*hémoplastique*. Pour établir cette doctrine, on a eu recours à des expédients assez bizarres. Pour n'en donner qu'une preuve, il semblerait que l'oblitération spontanée des vaisseaux devrait se produire de préférence dans les cas où le sang est le plus riche en éléments plastiques, dans le rhumatisme, les inflammations aiguës; or, la clinique a démontré qu'au contraire les coagulations dites spontanées se produisent surtout dans les cas où le sang est épanché, liquéfié, dans la période ultime des maladies chroniques, dans les cachexies. Vous croiriez peut-être qu'il y a là contradiction flagrante, difficulté insurmontable... Pas du tout: Mahomet, voyant que la montagne refuse de venir à lui, prend le parti d'aller à la montagne; cela veut dire que rien n'embarrasse un théoricien déterminé. Donc nous avons changé tout cela, comme dit Molière, et nous nous sommes faits fort de démontrer que jusqu'ici nous avons été dans l'illusion, et que le sang est d'autant plus coagulable qu'il est plus pauvre en éléments solides, plus ténu, plus aqueux, parce qu'alors, dit-on, il contient plus de sels. Cela revient à dire que le sang est d'autant plus épais qu'il est plus liquide! Quoi qu'il en soit, la coagulation spontanée est soutenable en fait comme en théorie, et sa cause est pendante. Pas n'est besoin de dire qu'elle n'implique pas l'embolie.

L'ossification des vaisseaux, en tant que cause d'arrêt et de coagulation du sang, est admise en principe et en fait; c'est par elle qu'on explique la fréquence de la gangrène sèche chez les vieillards. Il suffit de le rappeler.

Mais le point culminant et le plus litigieux du débat, c'est l'artérite. A l'égard de celle-ci, les partisans de la coagulation spontanée et de l'embolie peuvent être divisés en deux classes : ceux qui admettent l'artérite, non pas comme cause, mais comme effet accidentel, de la coagulation et de l'embolie, et ceux qui nient absolument l'existence de l'inflammation artérielle. L'école allemande en est là : pour elle, l'artérite n'existe pas, les tuniques internes des artères ne s'enflamment jamais. Voilà ce qui s'appelle trancher le nœud gordien et faire lestement place nette. Mais cette étrange doctrine a contre elle l'école anatomo-pathologique française tout entière. Je ne vous dirai pas : Voyez les travaux de MM. tel ou tel, de M. Bizot, par exemple; je vous dirai tout simplement : Lisez le compte rendu de cette discussion de la Société médicale des hôpitaux, déjà mentionnée, et qui a précisément pour objet spécial le parallèle de l'artérite, de la coagulation spontanée et de l'embolie. Vous y verrez l'élite de la jeune médecine française, partagée sans doute sur la question de priorité entre ces éléments, mais unanime sur la réalité de l'artérite, dont personne ne songe même à contester l'existence. Vous verrez la plupart des orateurs apporter le tribut de leurs observations propres, en ce qui concerne les caractères évidents de cette inflammation, que l'on peut produire à volonté; vous les entendrez parler, *de visu*, de rougeur, d'épaississement, de pseudo-membrane, de pus, d'ulcération, pouvant occuper toutes les tuniques artérielles, si bien que cette négation de l'artérite n'est, aux yeux des médecins français, qu'une bizarre excentricité. Tout en admettant la coagulation sanguine sans artérite et l'artérite sans coagulation, on ne récuse pas l'artérite comme cause formelle et directe des caillots artériels; mais il en est qui pensent que l'artérite peut aussi bien être l'effet que la cause de la coagulation. Je ne puis être de leur avis; j'ai déduit mes motifs ailleurs; il serait trop long de les reproduire ici. En résumé, loin d'absorber à leur profit toute l'étiologie des concrétions fibrineuses, la diathèse hémoplastique et l'embolie restent comme causes particulières possibles ou prouvées, mais probablement assez rares; d'où résulte, pour nous exprimer comme un membre de la Société médicale des hôpitaux, que « l'embolie est un fait, non une doctrine. »

5° Les concrétions sanguines sont-elles la cause directe et formelle de la gangrène dite spontanée? Ce problème se trouve considérablement simplifié par ce que nous avons dit précédemment, car, la gangrène étant la conséquence de l'oblitération artérielle, et celle-ci pouvant dériver de plusieurs causes, il en résulte naturellement que la coagulation sanguine n'est pas la cause unique, et par conséquent formelle et directe, de la gangrène. Mais nous devons, à ce propos, signaler et faire disparaître la confusion qui me paraît exister dans l'esprit de beaucoup de médecins; on se demande quelle est la cause de la gangrène, ou de l'hémoplastie et de l'embolie, ou de l'ossification des artères, ou de l'artérite? La question me paraît mal posée : la gangrène ne résulte immédiatement et formellement d'aucune de ces

---

se soutient, dans toutes les saisons, à une assez grande hauteur, et jamais il n'accuse une sécheresse absolue. Aussi est-ce à cette grande quantité de vapeur suspendue dans l'air que le ciel de Rome doit cette teinte laiteuse opaline que l'on ne remarque pas dans l'éclatante pureté du ciel du Béarn.

A température thermométrique égale, il fait moins froid — ou plus chaud — à Pau qu'à Rome, à Nice et à Hyères. Où en est la cause? Encore dans l'absence des vents périodiques et réguliers à Pau. La température moyenne de l'hiver à Pau, durant les années 1837, 1838, 1839, 1840, 1841, prise par James Clark, a été de 5°,74 R. Dans les huit dernières années, sur trois séries d'observations diurnes, elle a été de 5°,45 R. A Rome, la moyenne de température est, en hiver, d'après M. le docteur E. Carrière, de 8°,01 R., et à Pise, de 5°,02 R. Enfin, la température moyenne de l'année est de 15°,04 R. à Rome, et de 13°,35 à Pau. On voit que la différence n'est pas considérable; mais le serait-elle davantage, que cette divergence thermométrique n'infirmerait en rien la valeur des arguments qui déposent en faveur de la ville de Pau. En climatologie, la supériorité d'une station médicale est loin d'être exclusivement subordonnée au degré plus ou moins élevé de la température.

(*La suite prochainement.*) A. Dechambre.

A la suite du concours ouvert le 1er octobre dernier au port de Brest, ont été promus ou nommés dans le corps des officiers de santé de la marine : au grade de chirurgien de 2e classe, MM. Nielly, Béal, Benoist de la Grandière, Maret, Nicolas, Deschamps; au grade de chirurgien de 3e classe, MM. Voyé, Le Guern, Lemoyne, Dumas, Lemercier, Texier, Paulier, Beziau, Turquet, Mory, L'Helgonac'h.

— Presque tous les voyageurs qui ont visité l'Orient parlent dans leurs récits de certains cafés spécialement destinés à la vente d'électuaires narcotiques qui produisent souvent la folie furieuse. Tous ces cafés ont été fermés dernièrement par ordre de l'autorité et les drogues jetées à la mer (*Gaz. méd. d'Orient.* Constantinople.)

— On lit dans l'*Asylum Journal* que l'Association générale des médecins d'asiles et d'hôpitaux consacrés aux aliénés, a nommé M. le docteur Brierre de Boismont membre honoraire, dans la réunion annuelle qui a eu lieu à Londres.

causes, qui toutes cependant peuvent la produire; elle résulte de l'effet commun à ces diverses causes, à savoir : de l'*oblitération artérielle*, de la suspension du cours du sang. C'est pourquoi je n'ai pas pu révoquer en doute la possibilité de la gangrène par coagulation du sang dans les artères; ce dont j'ai pu douter, c'est la cause même de cette coagulation. C'est donc sur la cause de l'obstruction artérielle que doit porter le litige; et s'il est démontré que toutes les causes sus-indiquées peuvent, plus ou moins directement, produire cette obstruction, nous pourrons commencer à nous entendre. Or, je crois pouvoir formuler ainsi la solution du problème : la gangrène dérive de l'oblitération artérielle, et cette oblitération peut résulter : de l'ossification des artères chez les vieillards, de la diathèse chez les valétudinaires, de l'embolie dans les maladies du cœur, et de l'artérite dans bien des cas. Cette solution ne résout pas toutes les difficultés, mais au moins exprime-t-elle des faits positifs.

6° *Dernière question.* — Le ramollissement cérébral reconnaît-il pour cause formelle les concrétions fibrineuses des artères cérébrales? Et d'abord, si l'oblitération artérielle produit la gangrène, est-ce une raison pour qu'elle produise le ramollissement cérébral? Y a-t-il similitude entre ces deux lésions? Non sans doute, et les caractères différentiels du ramollissement et de la gangrène sont assez saillants, assez connus pour que je ne m'y arrête pas. Quant aux analogies qui peuvent exister entre ces deux états, elles me paraissent assez éloignées. Mais qu'importe si cette communauté de cause de la gangrène et du ramollissement est un fait constaté? Or, c'est précisément ce qu'il faut démontrer. Examinons : l'oblitération vasculaire est-elle la cause de tous les ramollissements? On semble vouloir l'insinuer; mais il est trop évident qu'il y a plusieurs espèces de ramollissements où les caillots artériels n'ont rien à voir ni rien à faire : il y a le ramollissement *inflammatoire*, l'encéphalite localisée, marquée aux caractères nosologiques et nécrologiques de l'inflammation simple; il y a le ramollissement *congestionnel*, l'apoplexie capillaire de M. Cruveilhier; il y a le ramollissement de cause *mécanique*, celui que suscite la présence des corps étrangers, des produits anormaux, des tumeurs intracérébrales, etc. Restent donc les ramollissements jaune et blanc, *anémiques*, où l'idée de *nécrose* par défaut de sang, c'est-à-dire par oblitération artérielle, se présente assez naturellement. Mais d'abord il y a des pathologistes qui considèrent le ramollissement jaune, et même le blanc, comme un reliquat d'inflammation. Cependant l'idée d'altération vasculaire n'est pas nouvelle; je crois même qu'on a spécifié l'arrêt du sang par ossification des petits vaisseaux comme cause formelle du ramollissement sénile. Les caillots ne seraient qu'une autre forme d'oblitération; encore faut-il constater rigoureusement cette forme. Or, c'est là précisément ce qui nous paraît difficile. Nous avons dit que sur tous les cadavres on peut trouver des caillots dans tous les points de l'arbre artériel, sans lésion aucune des organes. De sorte que la rencontre d'un caillot dans une artère cérébrale, coïncidant avec un ramollissement, ne prouve rien à la rigueur. Il faut donc démontrer d'abord que le caillot s'est formé pendant la vie, et même longtemps avant la mort, car le ramollissement a parfois une assez longue durée; de sorte encore que, tant que l'ancienneté du caillot sera douteuse, l'étiologie du ramollissement le sera également. Nous savons que les caractères des caillots formés dans les derniers instants de la vie, comparés aux caillots cadavériques, sont assez incertains; mais omme ici le caillot doit exister depuis assez longtemps, il faudra qu'il soit consistant, décoloré, purement fibrineux, adhérent ou comme faisant corps avec l'artère tendant elle-même à l'état ligamenteux. Il faut aussi que ce soient les artérioles, celles qui avoisinent le plus le ramollissement circonscrit, qui soient le siége de l'oblitération, car si l'artère est volumineuse, éloignée, si c'est l'artère basilaire ou même le tronc d'une des artères cérébrales qui soit oblitéré, les rapports de cause à effet deviennent assez douteux, car dans ce cas le ramollissement devrait s'étendre à peu près à tous les points où se distribuent les ramifications de cette artère. Que si maintenant il s'agit de constater l'embolie, les difficultés redoublent, car comment distinguer nettement une *molécule* de fibrine étrangère mêlée au caillot de cette artériole? Et comment constater qu'elle vient de loin?... Donc il reste encore bien des doutes dans notre esprit sur la valeur des observations de concrétions vasculaires, et surtout d'embolies, comme causes directes et formelles du ramollissement cérébral. Je ne nie pas pourtant ce genre d'étiologie; je requiers un complément de preuves, et voilà tout.

Des considérations développées dans ce travail, je me crois autorisé à déduire les quelques corollaires suivants :

L'oblitération des artères par des caillots sanguins est un fait anatomique des plus ordinaires;

Il est assez difficile de distinguer les caillots simplement cadavériques des caillots qui se sont formés peu de temps avant la mort;

Il n'est pas moins difficile de préciser la cause morbide des caillots artériels qui se sont formés pendant la vie;

Il nous paraît démontré que les causes formelles de la coagulation artérielle sont de plusieurs espèces;

L'embolie, comme cause d'oblitération artérielle, est un fait très admissible en théorie et que certains faits paraissent démontrer expérimentalement;

Les observations produites en faveur de ce genre d'étiologie n'offrent pas toutes la rigueur et l'authenticité désirables;

La démonstration pathologique et anatomique de l'embolie me paraît beaucoup plus difficile qu'on ne l'a prétendu et qu'on ne le croit généralement;

L'artérite est un fait pathologique et anatomique qui nous paraît incontestable;

L'artérite me paraît être plus souvent la cause que l'effet des concrétions sanguines des artères;

La gangrène peut résulter plus ou moins directement de diverses causes, y compris les concrétions sanguines artérielles;

La gangrène résulte formellement de l'obstruction des artères, quelle que soit la cause de cette obstruction;

Le ramollissement cérébral est de plusieurs espèces et peut résulter de causes différentes;

L'oblitération des artères cérébrales par des caillots sanguins, en tant que cause de ramollissement cérébral, est sinon douteuse, au moins très difficile à démontrer;

L'embolie, comme cause d'obstruction artérielle et, consécutivement, de ramollissement cérébral, me paraît extrêmement difficile à démontrer anatomiquement;

L'embolie est un fait qui me paraît acquis à la science, mais un fait rare, exceptionnel, qui ne comporte ni l'évidence ni la généralité que lui prêtent quelques observateurs, et qui réclame, par conséquent, des études ultérieures.

Telle est ma profession de foi du moment sur un sujet qui préoccupe les esprits, et sur lequel je me serais abstenu de formuler mes opinions et mes doutes si l'occasion ne m'y eût entraîné, pour ainsi dire, malgré moi. J'adjure les partie

intéressées de n'y voir rien de personnel, car c'est un tribut consciencieux que je paye à la science, et c'est à ce titre, cher rédacteur, que je le soumets à votre appréciation indulgente.

Agréez, etc.

Résumé d'un mémoire sur la comparaison des membres pelviens et thoraciques de l'homme et des mammifères, par M. Ch. Martins, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Montpellier.

Fémur et humérus. — L'humérus est un os tordu sur son axe.

Cette torsion est de 180 degrés dans les mammifères terrestres et aquatiques; de 90 degrés dans les chéiroptères, les oiseaux et les reptiles.

Dans l'homme et les singes anthropomorphes, le col de l'os ne participe pas à la torsion de son corps.

Ce col est tordu de 90 degrés dans les mammifères terrestres et aquatiques.

Conséquence : Dans l'homme et les singes anthropomorphes, l'axe du col, celui du corps de l'os et celui de la trochlée sont dans *un même* plan; dans les autres vertébrés, l'axe du col et celui de l'os sont dans un plan *perpendiculaire* à l'axe de la trochlée.

Cette torsion est *virtuelle*; elle ne s'est jamais effectuée mécaniquement, comme le renversement de certaines corolles et la rotation des cristaux hémitropes.

Pour comparer l'humérus au fémur, qui est un os droit, il faut le détordre de 180 degrés; par ce fait seul on ramène le membre thoracique à son type de membre pelvien. Les cols, les condyles des deux os sont dirigés de même; la rotule et l'olécrâne sont en avant; le tibia, le radius, le gros orteil et le pouce en dedans; le péroné, le cubitus, le petit orteil et le petit doigt en dehors.

Tibia et péroné. — Le chapiteau fémoral du tibia, dans les mammifères monodelphes, est formé par la coalescence des têtes humérales du radius et du cubitus.

La face articulaire externe du tibia correspond à celle du cubitus, l'interne à celle du radius.

La rotule, homologue de l'olécrâne, est fixée à la crête du tibia, homologue de la crête postérieure du cubitus.

Le tiers supérieur du péroné est représenté par la moitié antérieure ou coronoïdale du cubitus.

Dans quelques marsupiaux (phascolome, phalanger, dasyure et sarigue), la coalescence n'a pas lieu; aussi dans ces animaux la rotule est-elle fixée au péroné.

Chez les monotrèmes (échidné, ornithorhynque) une rotule tibiale et un olécrâne péronier correspondent au double olécrâne du cubitus.

Dans tous les mammifères, les deux tiers inférieurs du tibia représentent tout le radius, les deux tiers inférieurs du péroné tout le cubitus.

L'olécrâne est une apophyse caractéristique des mammifères terrestres ou amphibies; elle manque dans presque tous les mammifères exclusivement aériens ou aquatiques.

Bassin et épaule. — La symétrie humaine, ou plutôt la répétition des parties du squelette par rapport à un plan horizontal passant par le nombril, n'est évidente que lorsque les deux bras sont élevés le long de la tête. Alors celle-ci correspond au sacrum, l'épaule au bassin, les membres thoraciques aux pelviens, les côtes aux intersections du muscle droit, etc.

Pour retrouver l'épaule dans le bassin, il faut donc comparer un iléon à l'image *symétrique* de l'épaule du même côté, telle qu'on la voit dans un miroir placé sous l'épaule réelle. Cela revient géométriquement à comparer cet iléon à l'épaule renversée du côté opposé.

La crête de l'os des iles correspond au bord scapulaire de l'omoplate, la fosse iliaque externe à la sus-épineuse, l'interne à la sous-scapulaire, l'ischion à l'apophyse coracoïde, le pubis à la clavicule.

La crête de l'omoplate et l'acromion n'existent pas dans le bassin; ils avortent également sur l'omoplate des cétacés.

Muscles des membres thoraciques et abdominaux chez l'homme. — Je distingue : 1° les muscles homologues, dont les deux attaches se font sur des points osseux homologues; 2° les muscles analogues, dont une attache, ordinairement périphérique, est seule homologue; 3° les muscles sans analogues actuellement connus.

Chez l'homme, la tête de l'humérus ne participant pas à la torsion du corps, les muscles homologues et analogues du bassin et de l'épaule ont la même position, la même direction et les mêmes fonctions. Muscles homologues : moyen fessier et sus-épineux, petit fessier et sous-épineux. Muscles analogues : grand fessier et deltoïde scapulaire.

A la cuisse, la rotation de 180 degrés de la tête tibiale du fémur, devenue cubitale de l'humérus, a transporté au plan antérieur les muscles du plan postérieur. Exemple : triceps crural et triceps brachial; courte portion du biceps fémoral et brachial antérieur, etc.

A l'avant-bras mêmes inversions. Les muscles externes de la jambe deviennent internes; les postérieurs, antérieurs. Exemple : jumeau externe et cubital antérieur, péronéo-sus-phalangettien du gros orteil et cubito-sus-phalangettien du pouce, court péronier latéral et cubital postérieur, poplité et rond pronateur, etc.

Artères et nerfs. — La torsion a également ramené en avant l'artère poplitée, qui devient la brachiale au membre supérieur : la cubitale répond à la péronière, la radiale à la tibiale postérieure. Enfin, si avec des fils on simule sur un fémur le système nerveux de la cuisse, savoir : le crural, le sciatique, le poplité externe et le poplité interne, puis qu'on retourne ce fémur de 180 degrés, le système nerveux du bras apparaît. Le crural, devenu le radial, contourne l'os suivant le plan de l'extension; le sciatique et les poplités externe et interne, devenus antérieurs, sont le cubital et le médian.

Ainsi les systèmes musculaires, artériels et nerveux du bras et de l'avant-bras confirment l'idée d'une torsion de l'humérus; car tous sont disposés comme ils le seraient sur un fémur dont les condyles auraient exécuté un mouvement de rotation de 180 degrés, la tête restant immobile, fixée dans la cavité cotyloïde.

Les adaptations fonctionnelles seraient impuissantes à rendre compte des différences que nous avons signalées entre les membres thoraciques et abdominaux; elles sont le résultat de lois organiques supérieures qui les dominent et les déterminent.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

L'Académie des sciences contient un extrait de M. *Sédillot* sur une *Nouvelle méthode de traitement des épanchements purulents intra-thoraciques* (*empyèmes* ou *pyothorax*). Voir aux *Travaux originaux* du dernier numéro, page 804.

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1857.

Mémoire sur l'émulsionnement des corps gras par les carbonates alcalins, et sur les corps gras considérés comme véhicules des bases minérales et organiques, par MM. *Jeannel* et *Monsel*. — Le carbonate de potasse ou de soude pur émulsionne dans l'eau distillée 160 fois son poids d'huile.

Les savons à base de potasse ou de soude et les sulfures alcalins exercent la même action.

Les autres sels alcalins émulsionnent à un moindre degré.

Les bicarbonates n'émulsionnent pas.

Les émulsions d'huile dans l'eau distillée, produites par les sels alcalins à petites doses, ont une saveur agréable lorsque l'huile elle-même est fraîche et de bonne qualité.

Toutes ces émulsions se détruisent par les acides et par les sels métalliques. Et dans ce dernier cas, l'huile qui se sépare entraîne avec elle, à l'état d'oléo-stéarate, l'oxyde du sel qui a décomposé l'émulsion.

Les liquides animaux alcalins émulsionnent les huiles, pourvu qu'ils soient employés en quantités suffisantes. La présence des acides et des sels minéraux exclut la possibilité de l'émulsionnement par les liquides animaux alcalins.

Les bases métalliques puissantes, et les sous-sels agités avec les huiles, produisent, à un certain degré, le phénomène du mélange intime de l'eau et de l'huile. Ces bases et ces sous-sels saponifient partiellement les huiles à froid, et les oléo-stéarates formés se dissolvent dans les huiles.

Les huiles métalliques ainsi formées sont insipides, non irritantes pour les tissus, et les réactifs ordinaires, excepté les sulfhydrates alcalins, n'y découvrent pas les bases métalliques. Elles s'émulsionnent, comme les huiles pures, au moyen de très petites doses de carbonates alcalins.

Les études auxquelles nous nous sommes livrés jusqu'à présent nous ont conduits à rechercher les combinaisons des oxydes avec les acides gras.

Nous avons produit ces combinaisons soit directement, soit par double décomposition.

Les principaux stéarates que nous avons préparés jusqu'à ce jour sont les suivants : stéarates d'albumine, de magnésie, de fer, de zinc, de cobalt, de manganèse, de cuivre, de mercure, d'argent, de quinine et de morphine.

Ces composés, solides ou mous à la température ordinaire, fondent un peu au-dessous de + 100 degrés, quelques-uns au dessous de + 50 degrés centigrades. Ils sont de coloration variée, insipides ou peu sapides, d'une odeur savonneuse ; insolubles dans l'eau et l'alcool, solubles dans l'éther et les huiles grasses et volatiles.

Nous apportons dans la *discussion physiologique* relative aux fonctions du pancréas :

1° Le fait nouveau de l'émulsionnement des corps gras à froid par les carbonates alcalins, les sels à réaction alcaline et par les bases ;

2° L'émulsionnement par tous les liquides animaux alcalins, pourvu qu'ils soient employés en quantité suffisante ;

3° Le surcroît d'énergie communiqué aux liquides animaux par l'addition de faibles proportions de carbonate alcalin ;

4° La cessation du phénomène aussitôt que les liquides alcalins sont neutralisés ou acidulés ;

5° Enfin le fait de l'injection dans la jugulaire de quantités notables d'huiles émulsionnées par le carbonate de potasse, sans que les animaux en aient pu souffrir et sans que le corps gras se soit rencontré dans les urines qu'ils ont rendues dans les premières heures après l'opération.

Cette opération a été répétée deux fois sur le même chien dans l'espace de quarante-huit heures.

Voici les conséquences de tous ces faits.

Si le suc pancréatique émulsionne, c'est qu'il est alcalin ; si les matières grasses peuvent être absorbées, malgré le détournement du suc pancréatique, c'est que la bile et le suc pancréatique sont alcalins.

Tout le monde sait que l'abus des acides donne au lait des nourrices la fâcheuse propriété de se cailler très promptement, et produit un amaigrissement rapide. Ces faits s'expliquent maintenant d'eux-mêmes : si le chyme stomacal est trop acide, il sature, en arrivant dans l'intestin grêle, les sucs intestinaux alcalins ; alors l'émulsionnement des matières grasses est impossible ou incomplet pendant le cours de la seconde digestion.

Au point de vue *toxicologique* et *thérapeutique*, le fait nouveau de la dissolution des carbonates et des oxydes métalliques dans les huiles nous a conduits à penser que les corps gras jouent un rôle beaucoup plus important qu'on ne l'a cru jusqu'ici dans l'absorption des matières minérales.

Nous nous croyons autorisés à admettre que si les solutions métalliques en dissolution peuvent être absorbées directement dans l'estomac, ces mêmes solutions, passant dans le duodénum, et se trouvant là décomposées par les carbonates alcalins, sont nécessairement dissoutes par les matières grasses du chyme intestinal, et absorbées avec elles.

Des expériences exécutées au moyen des liquides animaux confirment pleinement cette opinion.

N'est-il pas probable que la nature a ménagé ces deux voies d'absorption pour les substances minérales ?

Les solutions aqueuses de sels minéraux peuvent être absorbées dans l'estomac, sans y subir de changements ; mais, parvenues dans l'intestin, elles sont précipitées par la bile et par les autres sucs intestinaux alcalins ; alors, en présence des corps gras, les oxydes ou les carbonates précipités se dissolvent dans ces corps et s'émulsionnent avec eux sous la forme de sels gras.

Les sels gras offrent, au point de vue thérapeutique, un avantage considérable, celui d'envelopper les agents les plus actifs dans une combinaison qui reste inerte dans l'estomac, et qui, parvenue dans l'intestin, s'y dissout sans décomposition, s'y émulsionne et s'y absorbe sans produire de symptômes locaux. Des expériences sur les animaux vivants démontrent ce fait.

C'est ce qui explique pourquoi les aliments gras chargés de cuivre ne produisent que des accidents tardifs. Ils ne commencent à agir qu'au moment de leur absorption dans l'intestin.

Conclusions. — 1° Tous les liquides à réaction alcaline, d'origine inorganique ou organique, émulsionnent les huiles dans l'eau distillée et les bases métalliques insolubles puissantes produisent à un certain degré le phénomène de l'émulsionnement.

2° Le phénomène de l'émulsionnement par les bases résulte d'un commencement de saponification qui a lieu à froid, ou tout au moins d'une manifestation à froid, des affinités qui déterminent la saponification par l'intervention de la chaleur.

3° Cinq centigrammes de carbonate de potasse ou de soude pur ou de savon suffisent pour émulsionner d'une manière permanente 8 grammes d'huile dans 100 grammes d'eau distillée.

L'intensité de l'émulsionnement se montre en raison directe de l'alcalinité : l'acidité d'un liquide exclut la possibilité de l'émulsionnement.

4° Le suc pancréatique est le plus utile à la digestion des corps gras de tous les sucs intestinaux, parce qu'il est le plus alcalin ;

mais l'ensemble des observations porte à penser que les autres sucs intestinaux alcalins peuvent le suppléer quant à la digestion des corps gras.

5° L'introduction d'une proportion modérée d'alcali dans l'estomac avec les aliments, de manière à diminuer l'acidité du chyme, ou seulement l'abstention des aliments acides, favorise indirectement l'émulsionnement des matières grasses dans l'intestin ; car plus le chyme est acide, plus il doit neutraliser, en passant dans l'intestin, les sucs alcalins nécessaires à l'émulsionnement des graisses.

6° Il est de la plus haute importance d'interdire l'usage des acides aux malades tombés dans le marasme, ou des convalescents qu'on cherche à fortifier par l'alimentation, puisque les acides s'opposent à l'émulsionnement des corps gras.

7° Il faut proscrire les acides et prescrire de petites doses d'alcali lorsqu'on administre l'huile de foie de morue comme reconstituant.

8° Il faut aciduler les potions laxatives huileuses.

9° L'huile est un dissolvant aussi général que l'eau : elle dissout toutes les substances qui entrent dans la composition de l'organisme animal ; elle dissout un grand nombre d'oxydes métalliques et s'empare de l'excès de base d'un certain nombre de sous sels ; elle dissout les stéarates et les oléo-stéarates à bases minérales ou organiques.

10° Les huiles métalliques qui offrent à l'état liquide les agents les plus actifs sont insipides ou peu sapides ; elles ne sont point irritantes pour les tissus ; les réactifs ordinaires n'y découvrent point les bases métalliques et organiques ; enfin elles s'émulsionnent comme les huiles pures dans l'eau distillée au moyen de proportions minimes de carbonate alcalin (surtout lorsqu'elles ne sont pas saturées).

11° Les stéarates et les oléo-stéarates métalliques ou organiques, solubles dans les huiles et par conséquent assimilables dans l'intestin, insolubles dans l'eau et par conséquent insipides et sans action sur l'estomac, sont d'une préparation très facile, soit directement par la dissolution des bases dans les acides gras, soit par double décomposition en traitant les sels solubles par les solutions de savon.

12° Les huiles oléo-stéaratées et les oléo-stéarates permettront d'observer l'action dynamique des agents les plus puissants de la matière médicale, en étudiant leur action chimique locale.

13° Dans les recherches de poisons mêlés aux matières organiques, il ne faut pas négliger les matières grasses, puisque les huiles s'emparent des oxydes ou des carbonates précipités par les carbonates alcalins.

Il paraît même possible d'extraire au moyen de l'huile, dans les liquides complexes, les oxydes métalliques précipités par un léger excès d'alcali, et l'acide arsénieux mis en liberté par un léger excès d'acide sulfurique.

14° Les carbonates alcalins, à la dose de 5 à 10 centigrammes dans l'eau distillée, permettent d'obtenir instantanément des émulsions non visqueuses qui rendent facile l'administration des huiles médicinales ou du copahu.

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1857.—PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° La correspondance officielle ne comprend qu'une pièce relative à des remèdes secrets, et des états de vaccination.

2° La correspondance non officielle comprend : *a.* L'état des vaccinations pratiquées à Bayonne en 1857 par M. *Hoursol* (de Bayonne). (*Commission de vaccine.*) — *b.* Des observations relatives à la statistique des causes de décès, par M. le docteur *Burcq*.

M. *Velpeau* présente une observation d'opération césarienne pratiquée avec succès, vingt-cinq minutes après la mort de la mère arrivée au terme de sa grossesse, par M. le docteur Leroy-Desbarres, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Denis. (*Comm. :* M. Barth)

M. *le Président* annonce que M. Pélikan (de Saint-Pétersbourg) assiste à la séance.

M. *Depaul*, rapporteur, donne, au nom de la commission de vaccine, lecture du rapport sur les vaccinations pendant l'année 1856.

Ce rapport, qui n'est pas lu en entier, appelle l'attention de l'Académie sur ce qu'il y a de défectueux dans les procédés employés à la conservation du vaccin et insiste sur la nécessité des revaccinations. Les conclusions, qui ont pour objet les récompenses proposées, seront discutées en comité secret.

M. *Trousseau :* Il y a dans ce rapport plusieurs points sur lesquels je voudrais appeler l'attention de l'Académie : le premier est relatif à la conservation du vaccin, le second aux revaccinations. C'est la première fois que, dans l'Académie, on signale un défaut reconnu par tous les médecins en France, la difficulté de conserver le vaccin sur les plaques de verre. Le rapporteur dit que ce mode de conservation est très insuffisant et que, dans la moitié des cas, le vaccin ne peut être inoculé. Il y a une exagération en faveur de l'Académie. Ce n'est pas dans la moitié des cas, mais bien quatre fois sur cinq, qu'il y a impossibilité d'inoculer le vaccin recueilli sur les plaques. Le rapporteur nous dit que le moyen d'obvier à cet inconvénient, qui est un très grand obstacle à la propagation de la vaccine, serait de recueillir le vaccin dans des tubes. Il est certain qu'il pourrait ainsi être envoyé aux praticiens et manquer rarement son effet ; mais il y a une précaution importante relative aux tubes : ceux que l'on trouve chez la généralité des marchands sont très imparfaits ; ils sont renflés en ampoule et ne sont pas capillaires. Il faut, pour attirer le vaccin, une forte aspiration, et, pour les remplir, il faudrait le vaccin de trente à quarante enfants, surtout lorsqu'il est à l'époque de sa plus grande virulence, c'est-à-dire le cinquième ou le sixième jour. Ce renflement médian a encore un autre inconvénient, c'est que le vaccin reste en contact avec l'air et s'altère ; au contraire, lorsqu'on se sert de tubes strictement capillaires, on peut les remplir avec facilité, conserver le vaccin sans qu'il s'altère et inoculer avec un seul tube cinq à six enfants.

Je prévois une objection : il faudra beaucoup de temps pour remplir ces tubes, et il serait impossible que des médecins en fussent chargés. Mais cela peut être fait par quelqu'un d'étranger à la profession et à qui l'on donnerait les émoluments convenables. Je suis convaincu que, si l'on agissait ainsi, les plaintes apportées à l'Académie ne se renouvelleraient plus.

Maintenant j'aborde un autre point, celui de la revaccination. Le rapporteur la croit nécessaire et appuie sur l'utilité de cette pratique. Il a rappelé l'histoire de ces épidémies de variole éteintes par la revaccination de tout un département ou de tout un canton ; mais l'Académie a d'autres devoirs à remplir. Elle pourrait émettre le vœu que la revaccination devînt obligatoire pour l'armée : comme M. Lévy l'a demandé au ministre de la guerre qui a paru accueillir favorablement cette proposition. En Allemagne elle est obligatoire, et c'est ainsi que des épidémies très graves ont été éteintes dans les armées prussienne, danoise, etc.

L'Académie, si elle émettait un vœu, obtiendrait la même chose en France.

Il y a plus, elle pourrait étendre ce vœu, non-seulement aux soldats, mais à toutes les personnes qui sont quelque peu sous la juridiction de l'autorité. A Paris, aucun ouvrier ne peut travailler sans avoir un livret, et nous savons tous, dans les hôpitaux, combien ils sont cause de la propagation de la variole et sujets à prendre les autres maladies. Il serait très facile d'appeler l'attention de l'administration sur ce point, et d'obliger tous les ouvriers à avoir avec eux un certificat de vaccine et à se faire revacciner. Il n'y a rien ici d'attentatoire à la liberté. Pas un de nous n'a été dans un collége ou dans la moindre école sans un certificat de vaccine, et, si les plus riches comme les plus pauvres ne peuvent obtenir l'instruction sans être vaccinés, l'ouvrier peut bien être soumis à cette condition. Je prie l'Académie d'indiquer ce vœu dans son rapport.

Plusieurs voix : Appuyé.

M. *Depaul :* Je suis heureux de voir M. Trousseau me venir en aide en insistant sur la nécessité des revaccinations ; mais il n'appartient pas à l'Académie d'indiquer les moyens. J'ai dit qu'une grande réforme était nécessaire ; on prendra les mesures qu'on voudra.

M. Trousseau est encore de mon avis relativement à la conservation du vaccin sur les plaques, mais il exagère. J'ai dit que le vaccin échouait dans la moitié des cas, M. Trousseau dit dans les quatre cinquièmes. Il cite son expérience, moi j'ai celle de tous les médecins de France, et c'est en tenant compte des renseignements qu'ils nous ont adressés que j'ai donné cet à peu près.

Je dois défendre un peu les tubes dans lesquels on conserve le vaccin. Je ne sais si M. Trousseau s'est quelquefois amusé à en remplir.

M. *Trousseau :* Plusieurs fois.

M. *Depaul :* Avec une pustule on peut remplir deux à trois tubes, et j'ajoute que quelle que soit la théorie, l'expérience démontre que ces tubes ne doivent pas être exactement capillaires, et que les tubes, renflés par le milieu et capillaires aux deux extrémités, se remplissent avec la plus grande facilité en un quart de minute.

M. Trousseau m'adresse un reproche auquel je suis sensible. C'est de ne pas me servir de tubes. Mais le fait n'est pas absolument vrai. Si j'avais lu ce qui termine mon rapport, il y verrait que la quantité de tubes que nous avons envoyés s'élève à cinq ou six mille.

En somme, M. Trousseau et moi sommes d'accord sur tous les points, puisque nous convenons : 1° que la conservation du vaccin sur les plaques est mauvaise ; 2° que les revaccinations sont indispensables ; et j'ai eu soin de dire qu'une mesure générale devait les rendre obligatoires.

M. *Moreau :* J'appuie le vœu que M. Trousseau vient d'émettre, mais je ferai remarquer que depuis plus de trente ans il en est de même toutes les années, et que c'est nous qui avons obtenu que le certificat de vaccine devînt obligatoire dans les colléges.

M. *Renault :* Je saisis l'occasion de fournir mon contingent d'observation. M. Trousseau nous a dit que le virus vaccin conservé sur des plaques échouait. Cela arrive parce qu'il est dans un état de complète dessiccation. Il peut prendre encore quand il a conservé quelque humidité ; mais jamais s'il est bien sec. Ce caractère n'est pas particulier au virus vaccin. J'ai fait les mêmes observations sur tous les virus quels qu'ils soient. Quant aux tubes, M. Trousseau dit qu'une parcelle d'air est une cause de destruction du virus. En effet, si on laisse dans le tube une seule bulle d'air, on peut bientôt saisir une odeur ammoniacale qui indique que la décomposition a eu lieu ; de sorte que plus le tube est capillaire, plus le virus est à l'abri.

Présentation.

M. *Scoutetten*, membre correspondant, présente plusieurs modèles en plâtre de pieds et de mains difformes appartenant à différentes familles dont tous les membres en naissant ont apporté la même difformité pendant plusieurs générations.

Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. DUPARCQUE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

M. *Andry* fait hommage à la Société de son ouvrage sur les considérations philologiques et physiologiques qui concernent le cœur et le foie. M. Brierre de Boismont est nommé rapporteur.

Il est fait hommage à la Société d'un fascicule des *Annales* de la Société des hôpitaux et de la Société de médecine de Valence.

M. *Costilhes* présente à la Société un enfant nouveau-né dont il donne l'observation de la manière suivante :

TUMEUR CONGÉNITALE DE LA VOUTE DU CRANE, PROBABLEMENT UNE ENCÉPHALOCÈLE COMPLIQUÉE DE CÉPHALÆMATOME.

OBS. — Enfant nouveau-né, à terme, de quatre jours seulement, du sexe féminin, bien constitué du reste, qui présente au niveau de la fontanelle supérieure et postérieure, à la réunion de l'occipital avec les angles postérieurs des pariétaux, une tumeur de forme ovoïde, de 6 centimètres de hauteur sur 5 de largeur, traversée dans son tiers inférieur par une ouverture qui s'est faite spontanément, et d'où s'est échappée, au passage de la tête de l'enfant à travers la vulve, deux cuillerées au moins de sang noir.

Examinée avec soin, cette tumeur, sans changement de couleur à la peau, molle, élastique, n'offre pas de pulsations isochrones aux battements du cœur ; elle paraît douloureuse au toucher, car, dès qu'on la touche, l'enfant s'agite et crie. On remarque alors qu'elle prend du développement.

M. Costilhes, pour parer à l'écoulement du sang, s'est contenté d'appliquer sur la plaie et la surface de cette tumeur du collodion élastique, et de faire une compression modérée avec des morceaux d'agaric. Il engage ses collègues à examiner cette affection et à lui faire part de leurs observations.

Discussion.

M. *Cazeaux* : La tumeur soumise à l'examen de la Société n'es pas une tumeur érectile ; sa fluctuation, l'absence de pulsations, me paraissent le prouver. Pour moi, c'est une encéphalocèle, une poche faisant hernie à travers la fontanelle postérieure. Cette poche est sans doute formée par les membranes cérébrales distendues, et contient, outre une grande quantité de sérosité, une petite portion de la substance cérébrale. L'écoulement sanguin observé au moment de la naissance s'explique par une petite crevasse formée sur la tumeur pendant le travail.

Le pronostic de l'encéphalocèle est toujours grave. Il est rare que les enfants qui en sont atteints vivent plus de trois à quatre semaines. Le seul traitement à opposer à ce genre de lésion est de préserver la tumeur de tout choc, de toute violence extérieure.

PARALYSIE GÉNÉRALE AVEC ATROPHIE MUSCULAIRE, INEXPLIQUÉE PAR L'AUTOPSIE CADAVÉRIQUE.

M. *Bourguignon* : J'ai été récemment témoin d'un fait d'anatomie et de physiologie pathologiques qui me paraît digne de fixer l'attention de la Société. Ce fait, le voici :

Un homme de vingt-sept ans entra, il y a quelques semaines, à la Charité, dans le service de M. Briquet ; il fournit les détails suivants sur ses antécédents : A l'âge de dix ans, il fit une chute qui ne paraît avoir eu aucune influence sur sa santé ; à vingt-cinq ans, il était fort et vigoureux lorsqu'il entra comme jardinier chez un propriétaire de Pontoise. A partir de cette époque, il habita un logement froid, humide, au rez-de-chaussée, et fut sujet à de fréquents refroidissements, à des bronchites sans importance. En même temps il éprouva un affaiblissement progressif des membres inférieurs : c'était d'abord de la fatigue. En marchant, cette faiblesse alla en augmentant, puis gagna les membres supérieurs. Le malade avait de la peine à manier ses outils, puis ne put plus s'en servir du tout. A ces symptômes vint se joindre un amaigrissement général progressif. Au bout de quinze mois, le malade entra à l'hôpital avec une atrophie musculaire générale.

Lorsque je vis ce malade, je constatai, outre cette atrophie musculaire, une paralysie incomplète du mouvement et du sentiment : ainsi il pouvait aller de son lit aux lieux d'aisances, au bout de la salle, avec beaucoup de peine et en *traînant* ses jambes ; quant à la sensibilité, c'était plutôt une diminution proportionnelle à la paralysie du mouvement qu'une insensibilité véritable. Les fonctions urinaires, celles des organes des sens, étaient intactes ; l'intelligence, la mémoire, étaient parfaitement conservées. Le malade n'a jamais éprouvé ni crampes ni fourmillements dans les membres. Bref, l'atrophie musculaire, l'amaigrissement général progressif, étaient les symptômes dominants.

Quel diagnostic pouvait-on poser dans ce cas? On ne pouvait pas admettre une altération de la moelle, puisque la paralysie était générale ; rien n'indiquait une lésion cérébrale. On s'arrêta donc à

l'idée d'une paralysie rhumatismale, et M. Briquet dirigea le traitement dans ce sens. Après avoir donné sans résultat les toniques, on administra au malade la teinture de colchique à la dose de 10 gouttes par jour. Sous l'influence de cette médication ou par toute autre cause, il se manifesta une diarrhée intense qui, résistant à toutes les médications, amena un affaiblissement considérable; la fièvre hectique s'alluma, et le malade mourut dans le marasme.

L'autopsie fut pratiquée avec le plus grand soin. La moelle épinière était saine, ses racines postérieures parfaitement intactes; le cerveau proprement dit ne présenta aucune lésion appréciable, eu égard à la paralysie et à l'atrophie générales.

Vers la région postérieure et supérieure du lobe cérébelleux droit, on trouve la dure-mère fluctuante; il est évident qu'elle est distendue par un liquide sous-jacent. En la divisant, on découvre les circonvolutions de la surface postérieure tassées, aplaties, comme cela se rencontre dans l'intoxication saturnine avec délire, puis le couteau, incisant la substance cérébrale, tombe dans une cavité pouvant contenir un œuf de poule, remplie de caillots de sang en voie de transformation. On a considéré cette cavité comme un foyer apoplectique datant de quinze à vingt jours.

Cette autopsie et les résultats qu'elle a fournis me paraissent renfermer deux enseignements distincts et également dignes de remarque.

D'abord l'existence d'un foyer apoplectique dans un lobe du cervelet, foyer n'ayant au minimum que vingt jours de date; il y a donc eu dans les derniers jours de la vie une hémorrhagie cérébrale considérable n'ayant entraîné aucun trouble, aucun phénomène appréciable, ayant par conséquent passé complétement inaperçu. Ce fait, sans être fréquent, a déjà été noté par plusieurs observateurs, et montre une fois de plus combien nous connaissons encore peu les relations qui existent entre les diverses lésions cérébrales et les symptômes fonctionnels qui en sont la conséquence.

En second lieu, en dehors de la lésion de date récente dont nous venons de parler, l'examen minutieux du cerveau et des centres nerveux dans toutes leurs parties ne nous a fourni aucune lésion qui puisse expliquer les phénomènes observés pendant la vie, et remontant déjà à deux années. La paralysie incomplète du mouvement et du sentiment, l'atrophie générale, ne sont nullement expliquées par l'examen cadavérique. Il est vrai de dire que, dans l'état actuel de la science, la simple inspection à l'œil nu de coupes grossières faites avec le scalpel ne constitue plus un examen complet des centres nerveux. C'est armés du microscope et des nouveaux moyens d'investigation que la science moderne met à notre disposition, que nous devons procéder dans nos recherches. Alors sans doute nous arriverons à découvrir des lésions de texture du cerveau là où, comme dans le cas présent, la cause organique des désordres observés pendant la vie nous échappe encore.

J'ajouterai encore une réflexion générale qui m'est suggérée par le sujet qui nous occupe; c'est qu'en parcourant les salles des hôpitaux on est frappé de la fréquence de ces cas d'amaigrissement progressif, d'atrophie musculaire générale, dont la cause nous échappe. Où est le point de départ de ces accidents? Est-il dans le système du grand sympathique? Est-il dans les organes de l'innervation cérébrale? Je n'en sais rien; ce qu'il y a de certain, c'est que la nutrition générale est entravée; on observe de la petitesse du pouls, de l'anémie, une atrophie, d'abord partielle, qui se généralise et s'accompagne ordinairement d'un certain degré de paralysie. Il y a là un vaste champ ouvert à l'observateur.

M. *Bouvier* : Je demanderai à M. Bourguignon quelle était à l'autopsie l'apparence du tissu musculaire.

M. *Bourguignon* : Les muscles étaient de couleur normale, mais atrophiés. Ils avaient à peine le quart du volume qu'on aurait pu leur supposer en considérant le développement du système osseux. Nous n'avons observé en aucun point de transformation graisseuse.

M. *Cazeaux* : M. Bourguignon a avancé tout à l'heure une assertion qui m'a surpris. En parlant du foyer apoplectique trouvé à l'autopsie, il l'a rattaché à une apoplexie qui serait survenue sans signes apparents, sans troubles fonctionnels, et a ajouté que ce fait n'est pas rare. Pour ma part, j'avoue que je trouve le fait très extraordinaire. Je comprends fort bien qu'une tumeur intra-crânienne qui se développe lentement, peu à peu, puisse exister pendant longtemps sans entraîner de troubles notables; mais qu'une lésion aussi subite qu'un épanchement se produise sans aucun trouble fonctionnel, voilà ce qui me semble difficile à concevoir. Je me demande si l'hémorrhagie n'est pas plus ancienne, si antérieurement, à l'entrée du malade à l'hôpital, il n'a pas présenté des symptômes plus tranchés, symptômes qui auraient disparu lentement. Je me demande enfin si les renseignements fournis par le malade ont été bien exacts et bien complets.

M. *Bourguignon* : Le fait ne me paraît pas aussi difficile à admettre que le suppose M. Cazeaux, et bien des fois, en lisant des relations d'autopsies dans les auteurs, j'ai été frappé du manque de concordance entre les lésions trouvées à l'autopsie et les troubles observés pendant la vie. Ce fait surprend encore moins quand on songe aux opérations faites sur les animaux dans le but d'élucider des questions de physiologie; on peut leur enlever une grande partie des lobes du cerveau sans provoquer des troubles notables.

J'ajouterai que le malade dont j'ai relaté l'histoire a été observé avec le plus grand soin et n'a jamais fourni aucun signe qui ait pu faire soupçonner la lésion trouvée à l'autopsie. C'est à ce point que quatre jours avant sa mort il pouvait encore se lever et marcher, comme il le faisait depuis quelques mois; *il n'a jamais accusé de maux de tête*, de douleurs, d'engourdissements, etc. M. Briquet et tout le personnel du service observaient ce malade avec le plus vif intérêt. Je répète qu'il a pu se lever et marcher jusqu'à huit ou dix fois en vingt-quatre heures pour aller aux lieux d'aisance, sa diarrhée lui causant de fréquentes évacuations.

M. *Bouvier* : La contractilité et la sensibilité électriques étaient-elles conservées?

M. *Bourguignon* : La contractilité et la sensibilité électriques étaient en rapport avec la force musculaire, c'est-à-dire qu'elles étaient notablement diminuées, mais non abolies.

M. *Bouvier* : Le malade a-t-il présenté des mouvements réflexes?

M. *Bourguignon* : Non; le malade souffrait quand on irritait une partie de son corps, mais il ne présentait pas de ces mouvements violents, intenses, comme le sont les mouvements réflexes.

M. *Bouvier* : La recherche des mouvements réflexes devrait toujours être faite. Chez les enfants, ils sont très remarquables. Vous avez devant vous un enfant paralysé, immobile, incapable, par la volonté, d'exécuter le plus léger mouvement: vous chatouillez le membre paralysé, et immédiatement vous lui voyez accomplir les mouvements les plus violents.

J'ai recherché quel pouvait être le rapport entre les mouvements réflexes et le degré de paralysie du mouvement et du sentiment. Il m'a semblé que l'intensité des mouvements réflexes était toujours en rapport direct avec la paralysie du mouvement et en rapport inverse avec le degré de paralysie du sentiment. Cependant mes idées sur ce point ne sont pas encore assez arrêtées pour que j'ose ériger ce fait en loi générale.

La séance est levée à cinq heures.

SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. DUPARCQUE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

TUMEUR CONGÉNITALE DE LA VOUTE DU CRANE (suite). — AUTRE CAS D'ENCÉPHALOCÈLE.

M. *Costilhes* annonce que l'enfant présenté à la Société dans la précédente séance, et portant au niveau de la fontanelle postérieure une tumeur dont le pronostic avait paru très fâcheux, est encore en vie. Le volume de la tumeur paraît avoir diminué.

M. *Gros* : Puisque l'attention de la Société est appelée sur l'en-

céphalocèle, elle n'entendra sans doute pas sans intérêt la lecture du fait suivant que j'emprunte à un journal anglais, THE LANCET, du 5 septembre dernier. Je ferai remarquer que ce cas tend à montrer que le pronostic posé dans la dernière séance par notre collègue M. Cazeaux est trop absolu, et il établit une fois de plus que les enfants vivent quelquefois longtemps avec une encéphalocèle très volumineuse. Ce fait a été observé par le docteur Zachariah Lawrence, de Londres : c'est le second cas d'encéphalocèle qu'il rencontre dans sa pratique. A l'occasion du premier, il recueillit tout ce que la science possède sur ce sujet, et inséra son observation avec le résultat de ses recherches dans le XXXIX[e] volume des *Medico-Chirurgical Transactions*.

OBS.— Madame W..., de Guildford, accoucha, le 3 avril dernier, d'un enfant du sexe féminin, portant derrière la tête une tumeur volumineuse. Pendant sa grossesse, son ventre avait été remarquablement développé. Les douleurs de l'enfantement avaient duré toute une semaine; mais le véritable travail n'avait commencé que deux jours avant la délivrance; les eaux étaient très abondantes. Madame W... avait eu précédemment trois enfants : l'un était mort en naissant, un autre avait succombé en bas âge à une entérite; le troisième est aujourd'hui une délicieuse petite fille de onze ans. La mère a trente et un ans et jouit d'une très bonne santé.

Je vis pour la première fois l'enfant le 19 juillet; derrière sa tête pendait une vaste tumeur, un peu pédonculée, prenant naissance dans la région occipitale, dans la nuque et à la partie supérieure et interne du scapulum; d'avant en arrière, elle mesurait 8 pouces anglais; sa plus grande circonférence transverse, 1 pied 6 pouces; sa plus grande circonférence longitudinale, également 1 pied 6 pouces. Au moment de la naissance, elle n'avait guère que la moitié de ce volume. La forme générale de la tumeur est celle d'un cône; sa surface est lobée, surtout à gauche. La peau qui la recouvre a à peu près sa couleur normale; on y remarque cependant des taches d'un bleu pâle produites par des dilatations veineuses. Toute la tumeur est manifestement fluctuante, et la sensation de flot produite par la succussion se perçoit également dans toutes les directions; de plus, la tumeur est translucide comme une hydrocèle; la flamme d'une bougie se voit directement partout et permet de reconnaître que les parois de la tumeur ont une structure réticulée ressemblant à une vessie urinaire peu épaisse.

La base de la tumeur, surtout à gauche, était recouverte de cheveux noirs épais, soyeux, ayant plus d'un pouce de longueur, beaucoup plus longs que ceux qui couvraient la tête de l'enfant.

L'enfant est maigre et chétif, mais bien conformé du reste. Le crâne est un peu étroit dans les régions frontale et verticale, mais, du reste, assez bien formé; le front n'est pas fuyant, la fontanelle antérieure a ses dimensions ordinaires. L'enfant paraît intelligent; il sourit, il paraît remarquer ce qui l'entoure. Les pupilles sont normales, la vision parfaite, malgré un strabisme convergent très marqué, surtout pour l'œil droit. Les membres ne sont ni paralysés ni contracturés. Depuis deux mois, l'enfant vomit souvent le lait et est sujet à la diarrhée, et, trois jours avant que je le visse, il avait eu une attaque caractérisée par de la roideur des membres et de la fixité des yeux.

Je revis une seconde fois l'enfant le 17 août : je le trouvai engraissé; mais les troubles de la digestion persistaient. Aidé de mon confrère le docteur Taylor, de Guildford, je ponctionnai la tumeur au-dessous et à droite du sommet, à l'endroit où la peau était le plus mince et ne présentait pas de développement des veines; j'employai pour cela un trocart très petit, et, pendant dix minutes à peu près, je fis écouler un liquide limpide couleur jaune paille, alcalin et très albumineux; il ne s'écoula pas une goutte de sang, et l'enfant, loin de manifester la moindre douleur, sourit et prit le sein pendant l'opération. A la fin cependant, il se mit à crier et vomit une grande quantité de lait et de mucosités mêlées à beaucoup de gaz; après quoi, il parut soulagé et s'endormit. Après l'opération, la tumeur ne formait plus qu'un sac qui me parut tout à fait vide.

Huit jours après l'opération, je revis l'enfant : il n'y avait eu aucun accident inflammatoire; mais la tumeur contenait de nouveau environ 4 onces de liquide. En palpant la tumeur, je m'assurai que, près de son pédicule, elle contenait une petite tumeur solide qui, selon toute probabilité, est une portion du cervelet.

DU PANARIS.

M. *Bauchet* donne lecture de la première partie d'un mémoire sur le panaris et le phlegmon des doigts.

La séance est levée à cinq heures.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 20 NOVEMBRE 1857.

Du panaris et du phlegmon des doigts (fin), par M. *Bauchet*.

Discussion sur le mémoire de M. *Fauconneau-Dufresne* (Du diabète et de son traitement).

Observation de M. *Guibout* sur une forme complète d'hystérie.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Défectuosités des doigts transmises pendant six générations, par M. DRAPER MACKINDER.

Sous le titre de *Formations héréditaires*, M. Willis de Plumstead a fait paraître dans THE LANCET du 5 septembre une lettre où se trouve relatée une répétition d'un type anormal à travers six générations. Voici un exemple aussi intéressant; mais ici, au lieu d'un vice par excès, il s'agit d'un vice par défaut.

Appelé auprès d'une certaine dame pour examiner sa jeune fille, M. Mackinder, en présence de M. Smallman et de trois générations de la famille en question, put établir les faits suivants :

PREMIÈRE GÉNÉRATION. — *L'enfant*.— Les phalanges moyennes des huit doigts sont absentes, les dernières phalanges s'articulent avec les premières, et les doigts sont assez courts et ont une apparence pyramidale. Les ongles des deux petits doigts manquent, et celui de l'annulaire droit est abortif. Les orteils sont tous à peu près de la même longueur.

DEUXIÈME GÉNÉRATION. — *La mère*. — Les phalanges moyennes des huit doigts et tous les ongles manquent. Les premières phalanges sont articulées avec les dernières, qui sont beaucoup plus courtes qu'ordinairement et ont l'apparence qu'elles auraient après une amputation transversale sur le milieu de chaque troisième phalange. Le quatrième orteil de chaque pied n'a que la première phalange.

Cette femme est la plus jeune d'une famille composée de neuf membres, dont les sept plus âgés et leurs enfants sont bien conformés.

Le frère de cette femme, le huitième enfant de la famille, avait l'annulaire et les petits doigts de chaque main dépourvus des seconde et troisième phalanges et des ongles, et le quatrième et le cinquième orteil de chaque doigt étaient unis par une membrane.

TROISIÈME GÉNÉRATION. — *Le grand-père* possédait seulement les premières phalanges des huit doigts; les pouces étaient flasques et les articulations phalangiennes imparfaites.

Il avait deux frères et dix sœurs, parmi lesquels :

Une sœur était privée des huit phalanges moyennes et des ongles;

Une seconde sœur avait les phalanges moyennes et les ongles des troisièmes doigts absents;

Une autre sœur avait l'index droit normal et les sept autres doigts privés de seconde et de troisième phalanges;

Un frère avait les mêmes malformations que la sœur précédente;

Tous les quatre avaient une irrégularité des orteils;

Un autre *frère* était marié et avait quatre filles. La première était bien conformée, les trois autres manquaient des secondes phalanges et des ongles de tous les doigts. Pas de renseignement sur le dernier frère et les autres sœurs.

QUATRIÈME GÉNÉRATION. — *La mère du grand-père* et *trois de ses sœurs* étaient privées des seconde et troisième phalanges, et des ongles des huit doigts et de la seconde phalange des quatre orteils.

CINQUIÈME GÉNÉRATION. — *La grand-mère maternelle* avait les mêmes parties absentes.

SIXIÈME GÉNÉRATION. — Il en était de même chez la *grand grand-mère maternelle*.

SEPTIÈME GÉNÉRATION. — Sa mère a été la souche qui a créé ce vice de conformation.

Une tradition conservée dans la famille attribue la source di-

cette malformation à une menace du mari de la bisaïeule: celle ce avait cueilli la seule pomme que portait un arbre, et le mari, qui avait défendu d'y toucher, s'emporta et émit le souhait que les doigts qui avaient touché la pomme fussent coupés. La femme était enceinte; elle fut effrayée, et l'enfant qui vint au monde fut la victime du souhait paternel. (*British Medical Journal*, 10 octobre 1857.)

Sur la fonction du corps thyroïde (communication à la Société royale de Londres), par le docteur Peter Martyn.

Après avoir indiqué la forme, la situation, les connexions et la structure interne du corps thyroïde, sa grande vascularité, la propriété qu'il a de pouvoir subir de soudaines altérations de volume, l'auteur montre brièvement l'insuffisance des opinions émises sur les fonctions de ce corps et cherche alors à établir ses propres vues.

Il fait voir que la mobilité du larynx et de la trachée, qui s'élèvent et s'abaissent dans les actes de la déglutition, qui s'infléchissent ou tournent dans les mouvements divers de la tête et du cou, nécessitent une certaine laxité, soit dans leur structure, soit dans leurs moyens d'union avec les parties environnantes. Au contraire, en tant qu'instrument de la voix, ces organes doivent avoir des propriétés tout opposées. Les qualités du ton seront en rapport exact avec ces propriétés; le tube vocal doit devenir rigide, tendu, inflexible. Comment donc ce tube mou, lâche et flexible, devient il rigide, tendu et inflexible, et propre à produire un ton pur? Ce résultat ne peut être produit par les muscles du larynx, qui ne servent qu'à l'élever, l'abaisser ou le fixer dans telle ou telle position. Pour l'auteur, le corps thyroïde est chargé de cette fonction. L'action d'émettre un ton ou de parler empêche le retour du sang de cet organe, le gonfle et le distend, et, par la nature de ses attaches autour de la partie supérieure de la trachée et sur les bords libres des ailes du larynx, fixe ces parties, les rend fermes et tendues.

Cette tension peut être très forte, et, dans des efforts énergiques pour parler ou chanter, on peut voir la partie manifestement augmentée de volume et les veines collatérales gonflées. Telle est la raison de la grande vascularité du corps thyroïde.

Suivant l'auteur, le corps thyroïde agirait aussi comme organe de renforcement, et par là compenserait les dimensions restreintes du tube vocal. Enfin, par ses changements de forme, de volume et de consistance, se gonflant quand le larynx s'abaisse, revenant sur lui-même quand le larynx s'élève, il aide à donner le caractère au ton, plein et bas dans le premier cas, haut et aigu dans le second, et, pareillement, il prend une grande part dans le mécanisme de ces modulations et expressions diverses propres à la voix humaine.

On peut conclure de différentes considérations que le corps thyroïde est une partie de l'organe vocal et une partie qui, quoique accessoire, n'en est pas moins importante en ce qu'elle contribue à la perfection de l'ensemble. En effet, le corps thyroïde est placé sur le larynx et la trachée, et ses branches nerveuses sont fournies par les mêmes nerfs; il est plus large dans l'espèce humaine, dont la voix et le langage sont parfaits, que chez les animaux; proportionnellement, il est plus développé chez la femme et chez l'enfant, dont les organes vocaux plus petits et plus mobiles réclament encore plus son intervention. On trouve le corps thyroïde chez tous les mammifères, à part une exception qui est bien remarquable : les cétacés n'ont pas de corps thyroïde; mais ils n'ont pas de voix. Chez les oiseaux, la structure du tube vocal est différente de celle de l'homme, et ce tube peut par lui-même suffire à produire les différentes qualités du son.

On comprend l'importance que cette opinion donne au corps thyroïde en le considérant comme nécessaire à la perfection de la voix, et par là du langage, le grand et indispensable moyen de cultiver et de perfectionner les plus hautes facultés de l'homme. Il y a lieu tout au moins à soumettre les vues de M. Martyn à une vérification ultérieure. (*Medical Times and Gazette*, 24 oct. 1857.)

Anévrysme cirsoïde au coude; ligature de l'artère, insuccès; emploi du caustique au chlorure de zinc, guérison, par M. Ed. Defaye.

Obs. — Une femme de soixante-trois ans, d'une constitution affaiblie, portait vers le bord supérieur et un peu externe de l'olécrâne du côte droit une tumeur ovalaire du volume d'une noix, d'un rouge bleuâtre, molle, rénitente, donnant dans toutes ses parties des battements isochrones à ceux du pouls, et ne disparaissant qu'imparfaitement par la pression, pour reprendre ses dimensions premières dès qu'on cessait de la comprimer. En remontant le long du bord interne de l'humérus, à partir de cette tumeur, on sentait un vaisseau très flexueux, assez dur, pulsatif, qui paraissait s'anastomoser avec l'artère humérale, à 1 pouce environ du pli du coude.

La malade s'était aperçue pour la première fois, quinze ans auparavant, de cette tumeur, qu'elle ne savait rapporter à aucune cause connue et qui ne cessa de s'accroître lentement. Il y a dix ans, voulant soulever un seau plein d'eau, elle vit se déclarer une hémorrhagie qui fut arrêtée au moyen des hémostatiques en usage à la campagne. Il y a dix jours, un léger effort détermina une nouvelle hémorrhagie qui s'arrêta spontanément.

Le 30 décembre, M. Joly, chirurgien de l'hôpital Saint-Pierre, où se trouvait la malade, pratiqua la ligature de l'artère dilatée qui longeait le côté interne de l'humérus, le plus près possible de son anastomose avec le tronc principal. Comme après cette opération les battements persistaient dans la tumeur, il lia également une autre artère située plus profondément, dont le doigt, introduit dans la plaie, avait fait reconnaître la présence. Aussitôt les battements disparurent, mais pour se montrer de nouveau au même degré les jours suivants.

Cet insuccès engagea M. Joly à essayer de la cautérisation ; il y procéda de la manière suivante, le 22 janvier :

La peau qui recouvrait la tumeur ayant été préalablement dépouillée de son épiderme au moyen d'un vésicatoire, M. Joly appliqua sur elle une couche d'environ 1 centimètre d'épaisseur du caustique suivant :

Chlorure de zinc.	1 gros.
— d'antimoine.	8 gouttes.
Acide arsénieux.	12 grains.
Farine de seigle.	2 gros.
Eau distillée, q. s. pour faire une pâte molle.	

Cette application fut suivie de douleurs vives, qui se prolongèrent pendant toute la journée et une partie de la nuit; elle produisit une eschare sèche, grise, dont les bords commencèrent à se détacher le 26, en laissant écouler un peu de pus.

28 *janvier*. Écoulement sanguin sur les bords de l'eschare : application de charpie imbibée d'une solution de chlorure ferrique à 60 degrés, recouverte de poudres styptiques, de compresses graduées et d'un bandage compressif. Ces moyens ne suffisant pas, on a recours au tourniquet.

30 *janvier*. Élimination de l'eschare : seconde application de caustique.

2 *février*. Nouvelle hémorrhagie, qui cède aux mêmes moyens Dans le but de hâter la chute de la tumeur, une ligature, composée de plusieurs fils est jetée sur sa base ; le lendemain, nouvelle ligature, plus serrée que la première. Le 6 février, la tumeur se trouve détachée; il n'y a aucune apparence d'hémorrhagie. La plaie présente une surface grisâtre au centre, des granulations vermeilles à la périphérie.

24 *février*. La cicatrisation est presque complète ; mais on sent au centre de la plaie des battements sourds, vestiges de l'ancienne affection. La malade quitte l'hôpital. — Ces battements pouvaient faire craindre une récidive ; mais, le 20 décembre, la malade se trouvait parfaitement guérie. (*Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie*, t. XXIV, p. 36.)

Personne ne sera étonné du peu de succès obtenu, au moyen de la ligature, dans un cas d'anévrysme cirsoïde : les anastomoses, dilatées de même que la branche principale, devaient en effet ramener facilement le sang dans la tumeur après l'opération. Quant aux hémorrhagies qui ont suivi la cautérisation, l'auteur les attribue à la timidité avec laquelle le caustique fut employé; il est probable, en effet, qu'on les eût évitées si, au lieu de se borner à appliquer la pâte caustique sur la tumeur, on en eût également recouvert la base de celle-ci, de manière à produire la coagulation du sang dans toute la masse des vaisseaux dilatés.

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire et pratique de pathologie interne, par M. GRISOLLE. Septième édition, revue et augmentée. 2 vol. grand in-8. Paris, Victor MASSON.

En parcourant chaque édition nouvelle du TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE, on s'explique sans peine ce succès toujours croissant. D'une part, on goûte de plus en plus le mérite intrinsèque de l'œuvre, l'exactitude des descriptions nosologiques, la sagesse des appréciations, le caractère, la forme substantielle de tous les articles, et l'on se dit que c'est bien là la perfection du genre *élémentaire et pratique.* D'autre part, on s'aperçoit bien vite que M. Grisolle ne livre pas au public une édition sans des remaniements très nombreux et parfois considérables, qui sont toujours des améliorations. Ce n'est pas à dire que tous les changements viennent à propos pour remédier à des imperfections des éditions antérieures. Ce serait faire un mauvais et immérité compliment. Tout au contraire, ils consistent pour la plupart en des additions et des perfectionnements, tandis que les suppressions ou corrections proprement dites sont très rares.

La septième édition justifie autant que ses devancières la mention qui l'accompagne; elle est vraiment et très sérieusement *revue et augmentée;* elle l'est même en tant d'endroits qu'il nous serait impossible d'indiquer seulement une partie des modifications. Les principales portent sur les fièvres (plus particulièrement les fièvres éruptives), sur les congestions, les affections cutanées, les affections parasitiques. Le chapitre relatif aux parasites a été refondu, et l'on comprendra ce qu'il a pu gagner quand nous dirons que M. Grisolle s'est associé pour ce travail le savant professeur d'histoire naturelle, M. Moquin-Tandon, qui vient de faire précisément, dans son cours, l'histoire des *entozoaires* et des *épizoaires.* La classification des entozoaires, c'est-à-dire des parasites *intérieurs*, qui habitent le parenchyme d'organes profonds ou certaines cavités, telles que le tube intestinal ou les canaux biliaires, est devenue plus méthodique et même plus exacte. Les parasites qui vivent dans le canal digestif sont soigneusement distingués de ceux qui vivent hors de ce canal. Les premiers comprennent: l'ascaride lombricoïde, l'oxyure, le trichocéphale inégal, le tænia solitaire, le bothriocéphale; les seconds, le filaire de Médine, le strongle géant, le spiroptère de l'homme, la trichine spirale, la douve du foie, le monostome lenticole et le tétrastome rénal. C'est là un excellent chapitre d'histoire naturelle médicale.

Nous signalerons encore dans le TRAITÉ DE PATHOLOGIE de M. Grisolle deux articles entièrement nouveaux, l'un sur la leucocythémie et l'autre sur le typhus. Moins timoré en cela que beaucoup d'auteurs de la capitale, M. Grisolle, sans se prononcer sur la question théorique et sans décider entre M. Virchow et M. Bennett, admet la leucocythémie comme *état pathologique distinct et parfaitement limité.* Relativement au typhus, M. Grisolle a tiré profit de l'épidémie qui a sévi en Orient pendant la dernière campagne, et son ancien chapitre sur la *fièvre continue d'Angleterre* a été transformé en une histoire complète de la fièvre des camps, telle qu'il a été malheureusement loisible à beaucoup de médecins de l'observer. Ces deux articles si sensés, et si instructifs dans leur brièveté, nous ont fait regretter qu'il n'en ait pas été consacré un autre à cette question des embolies, sur laquelle nous publions aujourd'hui même un travail de M. le professeur Forget.

Du reste, nous le répétons, il n'est presque aucun point sur lequel l'ouvrage de M. Grisolle soit resté en arrière du progrès.

A. DECHAMBRE.

VI.

VARIÉTÉS.

Le tombeau d'Hippocrate.

Pour donner un commencement de satisfaction à l'opinion publique, qui a été vivement émue à l'espoir, hélas! encore bien incertain de la découverte du tombeau d'Hippocrate, nous nous empressons de publier une lettre que nous venons de recevoir d'Athènes. Bien que cette lettre soit personnelle et n'ait point été destinée à la publicité, nous espérons que notre illustre correspondant nous pardonnera une indiscrétion qui ne peut que lui attirer la gratitude du corps médical. Cette lettre nous est adressée par le ministre de la maison du roi et des relations extérieures, M. Rangabé, savant qui a consacré de longues années à l'étude des antiquités helléniques, et dont les travaux sont connus et appréciés par tous ceux qui s'occupent d'archéologie.

A monsieur le docteur BRIAU, *bibliothécaire de l'Académie impériale de médecine.*

Monsieur, je rends mille fois grâces à Hippocrate de ce qu'il a bien voulu me mettre en relation de correspondance avec un de ses plus fervents disciples. Les objections que vous élevez contre l'inscription de Larisse s'étaient déjà présentées à mon esprit, et je vous avoue que je me sens toujours un peu porté à me méfier des prétendus monuments dont la partie conservée cadre, par un trop heureux hasard, exactement avec les notions que l'histoire nous a conservées. Le mot XAIPE me paraît aussi jurer tant soit peu avec les formules d'épitaphes usitées du temps de la vie et de la mort d'Hippocrate. Mais il se peut bien que nos objections aient tort, et que le monument ait raison. Aussi ai-je la satisfaction de vous annoncer que j'avais déjà prévenu votre désir. Nous venons tout dernièrement encore de créer un consulat à Larisse. Le titulaire est un jeune homme de beaucoup de capacité. Je lui ai demandé comme un premier service de me renseigner sur l'inscription en question, sur les circonstances de sa première découverte, sur les destinées subséquentes des objets qui doivent avoir été trouvés dans le sarcophage (un sarcophage au temps d'Hippocrate!). Je ne crois pas probable que notre consul puisse obtenir une photographie du monument; je doute fort que ce prodige des *lumières* du siècle ait pénétré jusqu'à Larisse. Mais je lui ai indiqué la manière la plus simple de prendre des empreintes sur du papier, et j'espère qu'il pourra m'en procurer une. Aussitôt que j'aurai quelque résultat satisfaisant de nos investigations, je ne manquerai pas de vous en faire part. Je vous prie, en attendant, d'agréer l'expression de tout mon dévouement et de ma considération la plus distinguée.

A.-R. RANGABÉ.

Nous trouvons en outre, dans le dernier numéro de l'*Abeille médicale d'Athènes*, quelques observations de notre honorable confrère, M. Goudas, en réponse à notre critique de la lettre de M. Samartsidès. Nous nous empressons également de les faire connaître en les analysant, afin que nos lecteurs aient sous les yeux toutes les pièces de cette procédure archéologique.

Voici l'article de M. Goudas :

En publiant les observations de notre savant confrère de Paris, nous considérons comme un devoir d'y ajouter ce qui suit. Ni nous, ni ceux qui s'occupent ici d'épigraphie, ni M. Samartsidès, n'avons considéré l'objet de la publication de ce confrère comme n'exigeant pas beaucoup de nouvelles études. Nous en donnons pour preuve l'impression, sans aucune observation de notre part, de la lettre de M. Samartsidès, et aussi la phrase de ce distingué confrère dans la-

quelle il dit qu'il désire *principalement la vérification et la démonstration incontestable de ces faits*. D'autre part, M. Samartsidès, dans sa lettre, a invoqué et publié le témoignage de M. Gazès, ainsi conçu : « Le tombeau d'Hippocrate est situé en dehors de Larisse, parmi les tombes des Turcs, au-dessus du cours; je l'ai vu moi-même, et j'ai lu l'inscription sans pouvoir la copier, par crainte des enfants turcs, qui m'entouraient; et je me suis éloigné triste et en gémissant. » (Voyez *Bibliothèque hellénique* de Gazès de Melos, t. I[er], p. 200.)

M. Goudas entre ici dans quelques détails pour nous apprendre que MM. Andreadès et Œconomidès ne sont point des savants comme nous l'a fait croire une épithète ajoutée à leur nom, épithète qui autrefois signifiait *savant*, *érudit*, mais qui ne s'applique plus aujourd'hui qu'à ceux qui ont simplement reçu une instruction élémentaire.

Vient ensuite un paragraphe ayant pour but de faire voir que nous avons eu tort de trouver déraisonnable et exagérée la crainte de MM. Andreadès et Œconomidès, qui n'ont pas osé ouvrir le sarcophage pour recueillir ce qu'il renfermait. M. Goudas affirme qu'à cette époque le danger était réel et que des hommes ont été emprisonnés, torturés et décapités, parce qu'on les soupçonnait d'avoir découvert un simple sarcophage, comme si c'eût été un trésor. Il continue ainsi :

Et pour que notre honorable confrère de Paris en soit convaincu, qu'il nous permette de lui exposer ici les faits suivants :

Un paysan qui en voulait à un de ses voisins le dénonça à Ali-Pacha comme ayant trouvé un trésor dans un champ. Une instruction rigoureuse ayant eu lieu, il fut prouvé que ce trésor était un simple vase contenant seulement quelques vaisseaux lacrymatoires. Quoique Ali-Pacha fût très convaincu de cela, le dénoncé n'en perdit pas moins toute sa fortune; il resta en outre deux ans en prison, et ne fut délivré qu'au prix d'une grande somme d'argent. Un autre, dénoncé de la même manière, mourut en prison, et sa fortune fut confisquée. Ces choses ont eu lieu avant nos luttes. Mais pendant et à l'époque où MM. Andreadès et Œconomidès ont trouvé, près de Larisse, le sarcophage dont il est question, les fameux janissaires égorgeaient sans aucun motif les chrétiens soumis de cette ville. A cette époque, croyons-nous, notre savant confrère de Paris doit penser qu'il n'aurait pas été sans danger, pour ceux qui ont trouvé le sarcophage, de l'ouvrir avant d'en avoir prévenu les Ottomans, et surtout avant d'avoir invoqué, non-seulement le témoignage, mais même la protection de l'un d'eux. Ensuite il eût été difficile, pour ne pas dire impossible, à MM. Andreadès et Œconomidès de sauver les objets trouvés dans le sarcophage, objets que la superstition des Turcs, presque égale à leur cupidité, porte à détruire promptement.

. . . .

Nous rendons mille grâces à notre confrère de Paris de ce qu'il a bien voulu attirer l'attention des médecins sur un sujet aussi grave, dans un journal sérieux comme la GAZETTE HEBDOMADAIRE. Cependant, au lieu d'adopter l'emploi de la photographie ou du procédé secret de M. Lottin de Laval, pour avoir une empreinte exacte d'une inscription trouvée dans le bain d'un harem turc, comme le propose notre confrère de Paris, il serait, croyons-nous, plus pratique de prier le gouvernement français, par l'organe de l'Académie de médecine, de charger, en lui donnant les instructions et appareils nécessaires, un professeur choisi parmi les membres de l'école française d'Athènes, envoyés ici, comme on sait, pour l'étude de ces sortes de sujets, d'aller à Larisse, et d'y entreprendre des fouilles. Quel que fût le résultat de ces recherches, notre savant confrère de Paris peut être assuré que la Grèce, la science et tous les médecins du monde en seraient reconnaissants; car si nos informations sont exactes, il y a à Larisse un autre trésor archéologique bien précieux qu'il n'est pas impossible de découvrir à quelque expédition française scientifique bien préparée et partant d'Athènes. Autrement nous avouons avec chagrin que notre incertitude ne cessera pas, quelques explications nouvelles que publierait encore notre confrère Samartsidès, demeurant maintenant à Bucharest, et qui, étant médecin, ne s'est point occupé, comme il l'a dit, de ces sortes d'études. Le gouvernement grec pourrait peut-être aider à remplir ce devoir. Mais nous doutons que quelqu'un des archéologues grecs connaisse le procédé de M. Lottin de Laval, et qu'il entreprenne, sans une protection puissante, de semblables études à l'aide de la photographie, lors même qu'il le pourrait, dans le bain d'un harem turc. D'ailleurs le gouvernement grec invoquerait une loi selon laquelle tout professeur voyageant en pays étranger est considéré comme en vacances, et cesse de recevoir ses appointements.

Le lecteur remarquera sans peine que les spirituelles observations de M. Goudas ne touchent aucunement aux arguments que nous avons présentés; ils subsistent donc dans toute leur force. Nous sommes tous d'accord sur la nécessité d'une enquête rigoureuse pour arriver à connaître la vérité touchant la destination du tombeau trouvé près de Larisse.

L'intelligent rédacteur de l'*Abeille médicale d'Athènes* fait ressortir avec complaisance toutes les difficultés de cette enquête. Nous ne comprenons pas bien la portée de ses remarques à ce sujet; car, puisqu'il veut, comme nous, que la vérité soit connue, il faut bien qu'on arrive à surmonter les obstacles qui la cachent et que nous le soupçonnons d'avoir un peu exagérés. Ainsi, il ne paraît pas aussi difficile qu'il le croit de pénétrer dans le bain d'un harem turc, puisque M. Samartsidès a pu sans peine obtenir d'y entrer et d'y chercher la précieuse inscription.

M. Goudas nous reproche la qualification de *savants* donnée à MM. Andréadès et Œconomidès. Nous acceptons humblement cette observation, et nous nous tenons pour averti que MM. Andréadès et Œconomidès savent lire, écrire et calculer, et rien de plus.

Quant à l'intervention, demandée par l'honorable M. Goudas, du gouvernement français, de l'Académie de médecine de Paris et de l'École française d'Athènes, nous pensons qu'il n'est point nécessaire de la solliciter; nous espérons que, le gouvernement grec aidant, on arrivera au résultat désiré sans déranger tant de monde bien assez occupé ailleurs.

D[r] RENÉ BRIAU.

VII.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Livres.

DE LA SCROFULE, leçons professées par le docteur *Piorry*, recueillies par le docteur *Foriau*. In-8 de 14 pages. Paris, Adrien Delahaye. 3

DE LA SPEDALSKED ET DE LA RADEZYGE, maladies endémiques dans le nord de l'Europe et CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA LÈPRE, par le docteur *Delioux de Savignac*. In-8 de 28 pages. Paris, Labé. 1 fr.

DYNAMIQUE DES ÊTRES VIVANTS, observations par le professeur *A. Baudrimont*. In-8 de 109 pages. Paris, Victor Masson. 1 fr. 75

EXPOSITION CRITIQUE ET PRATIQUE DES NOUVELLES DOCTRINES SUR LA SYPHILIS, suivie d'un essai sur les nouveaux moyens préservatifs des maladies vénériennes, par le docteur *P. Diday*. In-18 jésus de 550 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 4 fr.

NOUVEAU DICTIONNAIRE PRATIQUE DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET D'HYGIÈNE VÉTÉRINAIRES, par les professeurs *H. Bouley* et *Reynal*. Tome III[e]. In-8 de 758 pages. Paris, Labé. 7 fr.

RECHERCHES SUR LA CONTAGION DU CHANCRE, par *Alfred Fournier*. In-8 de 110 pages. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. — PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. — PARIS, 27 NOVEMBRE 1857. — N° 48.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté, en date du 18 novembre 1857, M. RITTER, aide préparateur à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé préparateur de chimie, de physique et de pharmacie à la même Faculté, en remplacement de M. Trinquier, démissionnaire.

— Par arrêtés, en date du 18 novembre 1857, M. FONCIN, professeur de pathologie interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est nommé professeur honoraire de ladite École.

M. GROSLAMBERT, docteur en médecine, est nommé professeur de pathologie interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, en remplacement de M. Foncin.

— Par décret impérial, en date du 23 novembre 1857, M. Gustave ROULAND, chef du cabinet et de la division du secrétariat général au ministère de l'instruction publique et des cultes, prend le titre de directeur du personnel et du secrétariat général, et exerce les fonctions ordinairement attribuées aux secrétaires généraux des ministères.

— Par décret impérial, en date du 23 novembre 1857, rendu sur le rapport de M. le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, M. DELAFOSSE, membre de l'Institut impérial de France, professeur à la Faculté des sciences de Paris, est nommé professeur de minéralogie au Muséum d'histoire naturelle de Paris, en remplacement de M. Dufrénoy, décédé.

— M. BARNSBY, pharmacien de 1re classe, est nommé professeur suppléant pour les cours de chimie, de pharmacie, d'histoire naturelle et de matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, en remplacement de M. Tassin démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Le nombre des inscriptions prises du 2 au 15 novembre 1857, s'élève savoir :

	Pour le doctorat, à.	901
	Pour le grade d'officier de santé, à. . .	126
	Total des élèves inscrits	1,027

Le nombre des inscriptions nouvelles est de 158.

En 1856, le nombre total des inscriptions était de. . 1,000

Et celui des premières, de. 126

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

A la suite du concours commencé le mardi 17 novembre, M. le docteur MARC SÉE a été nommé prosecteur à la Faculté de médecine de Paris. Cette nomination sera présentée à la ratification de S. Exc. le ministre de l'instruction publique.

FEUILLETON.

Lettre médicale.

PAR MONTS ET PAR VAUX.

(Suite. — Voir les numéros 36, 37, 39, 43 et 47.)

Bagnères-de-Bigorre, ce 18 août 1857.

SOMMAIRE : De Pau à Cauterêts. — Épisode. — L'établissement. — Les sources. — Conditions topographiques de Cauterêts. — La *Brèche-Roland*. — Gavarnie. — Crânes de Templiers. — Baréges.

De Pau à *Cauterets*, la route est admirable, surtout en certains endroits, où elle court hardie et sauvage sur des escarpements de granit. Ce serait donc le bon moment pour lâcher la bride à mon ardeur descriptive. Je pourrais aussi vous introduire dans la chapelle de Betharan, où l'on vient en pèlerinage implorer la santé à la barbe des médecins, et à laquelle je reproche (car j'y suis entré) une coquetterie mal avisée et d'un goût très contestable. Mais il est naturel que je vous parle de ce qui m'a le plus occupé dans le voyage ; et ce qui m'a incontestablement le plus occupé, c'est une petite scène d'intérieur, assez étrangère à l'objet de ces lettres, mais non dépourvue d'intérêt physiologique. C'est un simple épisode, une fleur cueillie sur la route, une rencontre enfin.

J'avais donné, l'an passé, des soins à une ravissante jeune fille, ravissante surtout par la gracieuse délicatesse de son organisation morale. Une timidité excessive concentrait en elle les pétillements d'un esprit plein de vivacité, même de malice. Sous le regard d'un étranger, elle avait des tremblements de passereau poursuivi ; sa paupière s'abaissait; tout son charmant visage semblait enveloppé d'un nuage rose, comme d'un voile. Lui adressait-on la parole, la sensitive alors se repliait tout à fait, renfermant au dedans d'elle-même son trésor d'intelligence et de sentiment. Eh bien ! c'est cette même jeune fille, devenue femme, que je rencontrai dans la diligence. Elle tenait un enfant sur ses genoux. Tout, maintenant, accusait dans sa personne je ne sais quoi d'assuré et de paisible. Elle s'entretenait avec aisance, même de ce qui touchait au plus

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 26 novembre 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : FIN DE LA DISCUSSION SUR LA STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS. — L'ASSOCIATION GÉNÉRALE.

Nous revenons à ce que nous disions dans un précédent article. L'Académie s'embrouille dans la question de la statistique nosologique, et la commission, dans laquelle on était parvenu tout d'abord à jeter quelque trouble, profite aujourd'hui du désarroi de ses adversaires pour enlever des positions qui autrement auraient pu lui coûter davantage. Les septième, huitième et neuvième conclusions du rapport ont été adoptées dans la dernière séance ; la dixième et dernière, relative aux *encouragements* à accorder aux médecins les plus zélés, a été sagement retirée par la commission, sur les observations de M. Velpeau.

Tout le débat a roulé sur la huitième conclusion, qui porte que les bulletins indicateurs de la cause des décès seront envoyés *cachetés* et *numérotés* à la mairie, et parviendront à l'administration centrale, en passant par les chefs-lieux de canton, d'arrondissement et de département. En vérité, que demande-t-on à la commission? On a quelque peine à s'en rendre compte. La commission, on se le rappelle, avait eu un instant la pensée de réclamer du médecin traitant tout à la fois un *certificat* constatant la *réalité* du décès, et un *bulletin* indiquant la *cause* du décès, et de ne permettre l'inhumation que sur la présentation de la première pièce par la famille du défunt. Elle a depuis renoncé à cet expédient. Voilà maintenant que M. Malgaigne, s'inspirant, dit-il, d'un article de M. Bertillon, propose d'attacher le permis d'inhumer, non plus à la présentation d'un certificat de décès, mais à celle du bulletin nosologique, en continuant à mettre cette présentation à la charge de la famille. Et comme M. le rapporteur rappelait le mauvais accueil fait par l'Académie à la première intention de la commission, M. Devergie a fait remarquer qu'il n'y avait pas parité entre l'ancienne proposition du rapport et la proposition actuelle, le fait de la mort et la cause de la mort étant deux choses bien distinctes ; puis il a prêté son appui à M. Malgaigne. En écoutant ces deux orateurs, nous nous demandions s'ils avaient assisté aux précédentes séances ; s'ils savaient que le vote de la *deuxième conclusion* (séance du 10 novembre) imposait déjà au médecin le devoir *de remettre à l'autorité* le bulletin nosologique ; s'ils avaient moins de répugnance que par le passé pour l'immixtion de l'Académie à des affaires purement administratives. Nous supposions surtout que M. Devergie avait pris son parti de la révélation possible des secrets de famille par le bulletin ; car cet honorable et savant confrère, que nous avons tant de regret à combattre sur un terrain qui est le sien, se préoccupait déjà (bien à tort, il est vrai) de ce danger, même avec le bulletin cacheté de la commission ; et il est manifeste que si la famille est obligée d'apporter elle-même ce bulletin à la mairie pour obtenir la levée du corps, une indication au moins inutile est donnée à l'administration, *relativement à la personne que le bulletin concerne*. Mais point du tout : en même temps qu'il veut enlever une des garanties du secret, notre confrère reproche, et il a encore reproché mardi, à la commission de pousser le corps médical à une contravention à l'article 378 du Code pénal. Il a été facile de voir, à la conversation qui s'est établie sur ce point, que M. Devergie et d'autres membres avaient oublié que le bulletin doit être *innominé*, et qu'ils ne s'étaient pas faits une idée claire du mécanisme indiqué par la huitième conclusion.

Rien de plus simple pourtant.

Sur les incitations venues de l'Académie elle-même et d'une partie de la presse, la commission s'est décidée à renfermer son rôle dans un cercle tout scientifique. Elle a d'abord renvoyé à l'autorité administrative et la vérification des décès et les mesures de police y afférentes. L'obligation d'un permis d'inhumation, dans des conditions déterminées, est une de ces mesures. Nous ajouterons que celle-ci, très naturelle, très légitime en présence d'un intérêt de sécurité publique, ne l'est plus autant en présence d'un intérêt de pure science. Comme l'a dit M. Gibert avec beaucoup de sens, sauf le cas de suspicion de crime, il suffit, pour enterrer un homme, de savoir qu'il est mort ; et il nous semblerait étrange de rendre ce cadavre, qui attend la sépulture, en quelque sorte responsable des lenteurs ou des empêchements de toutes sortes que pourraient occasionner l'absence du médecin traitant, son éloignement, etc. Nous avons pour nous, sur ce point, l'opinion si respectée de M. Adelon. Or, c'est l'affaire du vérificateur, et de lui seul, d'avertir l'autorité des indices de crime que peut révéler la constatation d'un décès. Si, par un moyen quelconque, la source du bulletin était connue ; si l'on savait de quelle famille il émane, à quel membre de cette famille il se rapporte, il ne serait pas impossible que le

---

intime de sa vie, à sa nouvelle position d'épouse et de mère, attachant sur moi un grand œil d'azur, semblable à l'eau d'un lac, que rien ne trouble de ce qu'elle reflète. De temps en temps, sans le moindre embarras, elle dégrafait sa robe, soulevait son enfant, le suspendait à un sein opulent, sur lequel elle jetait négligemment un pan de sa guimpe, et reprenait la conversation.

Ce charmant tableau, qui n'eût été qu'agréable pour un romancier ou un peintre, je le contemplais en médecin, c'est-à-dire sérieusement. N'est-ce pas, cher confrère, un très intéressant sujet de méditation que cette transformation subite de la jeune fille dont la robe virginale est tombée d'hier? Qu'est-ce donc que cette timidité qui s'en va après une initiation dont l'aveu public semblerait fait pour rendre plus timide encore? Et qu'est-ce donc que la pudeur? La jeune fille a honte de choses dont elle n'a que l'instinct confus, elle n'en a plus honte dès qu'elle les connaît pleinement, et la réalité produit en elle le contraire de ce qu'y faisait naître la plus vague image. Attribuer un effet si étrange à une *révolution organique*, ce n'est pas exprimer une idée bien claire. Le rattacher à un sentiment d'importance personnelle, né de l'accomplissement de l'acte, social autant que physiologique, par lequel l'individu achève de marquer sa place dans l'espèce, né aussi de la satisfaction d'avoir acquis la science d'Éden, c'est se rapprocher de la vérité ; mais il y a autre chose. Ce sentiment, qu'accroît encore la maternité, qui fortifie le caractère en vivifiant le cœur et éclairant l'esprit, ne développe toutes ses conséquences qu'avec une conscience tranquille. Une femme absolument vicieuse et une femme de mœurs sévères sont les seules qui avouent l'amour sans rougir. C'est que la première, privée de la notion du devoir, est sans remords, tandis que, chez la seconde, la pratique du devoir épure le penchant. L'une ne connaît pas sa dégradation, l'autre sait qu'elle a droit au respect. Mais une femme dont la vertu a faibli une fois par entraînement, et qui sent sa faute, est souvent plus troublée que la vierge devant sa passion. Adam et Ève ne rougissaient pas de leur nudité avant d'avoir péché ; c'est seulement quand ils eurent manqué au commandement de Dieu qu'*ils connurent* qu'*ils étaient nus* et se couvrirent de feuilles de figuier.

médecin traitant fût amené involontairement à aider le vérificateur dans son rôle de quêteur de crimes. Une femme meurt des suites d'une fausse couche. Le médecin constate cette *cause*. L'employé de la mairie ne sait pas ce que contient le bulletin; mais il sait que ce bulletin, qui porte tel numéro, s'applique à telle personne. Supposez que, plus tard, il vienne aux oreilles de la justice que la mort a eu lieu par avortement criminel, avec complicité d'un tiers. Le prévenu nie que la femme ait fait une fausse couche. Mais il y a dans la ville, à la mairie, au moins un individu qui peut donner le moyen de s'en assurer. Il suffit, pour cela, que, sur un bruit vague, un soupçon, il ait confié à sa mémoire ou pris par écrit le numéro du bulletin. Voilà le péril que la commission, accusée de porter atteinte au secret médical, a voulu éviter en demandant que les bulletins fussent *innominés* et *envoyés par le médecin*. Voilà la garantie que des orateurs à qui le secret médical est cher voudraient abolir. Nous inclinons fort à croire que, même dans le système de M. Malgaigne et de M. Devergie, les chances d'indiscrétion ne seraient pas grandes, et que, en les prévenant, la commission a poussé le scrupule à ses dernières limites. Mais il importait de montrer que ses adversaires ne la combattent qu'en se contredisant eux-mêmes, et la cause de cette contradiction est que, ne se souvenant plus de la disposition qui veut que les bulletins ne portent aucun nom, ils croient ne rien enlever aux garanties de secret exigées par la commission, en chargeant les familles de présenter le bulletin.

Quant au moyen en lui-même, nous le croyons très propre à assurer l'envoi régulier des bulletins, mais pas plus qu'une loi qui imposerait ce devoir aux médecins, et nous avons dit que nous n'avions pas de répugnance pour une loi instituée dans un intérêt de science et de santé publique. Nous avons lu l'article de M. Bertillon. Si M. Malgaigne n'avait pas assuré que notre confrère avait en vue les bulletins *nosologiques*, nous en douterions; car il est uniquement question, dans la partie de l'article qui se rapporte aux moyens d'exécution, de *bulletins de décès*, que le médecin *fait chez lui* ou *après avoir visité le corps, selon qu'il le juge convenable*. Cette visite du corps, comme préliminaire de la délivrance du bulletin *nosologique*, et d'un bulletin fait par le *médecin de la famille*, est un peu singulier; mais, en acceptant l'interprétation de M. Malgaigne, nous ne sommes pas encore convaincu que le système indiqué par M. Bertillon soit supérieur à celui de la commission, et nous venons de montrer qu'il ne satisfait pas aux conditions exigées par ceux mêmes qui le préconisent à l'Académie.

La discussion a été si longue, et les conclusions ont été si souvent modifiées, que nous croyons devoir reproduire l'ensemble du projet tel qu'il a été voté :

« 1° Dans l'état actuel de la science en France, une bonne statistique médicale, c'est-à-dire l'enregistrement régulier des causes de décès, est possible, et doit être mise à exécution. (Première question du ministre.)

» 2° Pour assurer l'exécution de cet enregistrement régulier des causes de décès, il est nécessaire que tout médecin remette à l'autorité un bulletin cacheté indiquant la cause du décès du malade auquel il aura donné ses soins.

» Dans les cas de mort subite ou par accident, et dans ceux où les malades auront succombé sans avoir reçu les soins d'un médecin, l'autorité avisera à la constatation de la cause du décès en déléguant un homme de l'art. (Cinquième question)

» 3° Dans la rédaction de leurs bulletins indicateurs des causes de décès, les médecins seront libres d'employer les dénominations scientifiques qui leur sont familières. (Deuxième question.)

» 4° Il y a lieu de procéder dès à présent, et autant que possible, à l'enregistrement de toutes les causes de mort. (Troisième question.)

» 5° Le service d'enregistrement devra être établi, dès le début, dans toutes les communes, et non limité aux principales villes et aux chefs-lieux d'arrondissements. (Quatrième question.)

» 6° Une circulaire rédigée à ce sujet par l'Académie sera adressée à tous les médecins de l'empire. (Sixième question.)

» 7° Le *bulletin indicateur* contiendra tous les documents ressortissant à la statistique. (Huitième question.)

» Dans ce but, il conviendra de rédiger un modèle, que les médecins n'auront plus qu'à remplir.

» 8° Les bulletins ne porteront aucun nom : ils seront *secrets*, envoyés cachetés et numérotés à la mairie, et ils parviendront à l'administration centrale en passant successivement par les chefs-lieux de canton, d'arrondissement et de département, et conservant, dans ces divers passages, leur date et leur marque extérieure d'origine. (Septième question.)

» 9° Le dépouillement des bulletins à l'administration centrale nécessitera une coopération médicale. »

On lit dans l'UNION MÉDICALE :

« La commission générale de l'*Association générale des médecins de la Seine*, sur la proposition de l'un de ses membres, avait mis à l'ordre du jour de ses délibérations la question de l'annexion des médecins des départements à cette Association.

» Deux séances extraordinaires ont été consacrées à la discussion de cette question.

Ma jeune cliente descendit à mi-chemin. Mais je garde enveloppé dans un pli de mon cœur ce frais enfant de mon souvenir, pour le bercer souvent.

Que nous voilà loin des eaux de Cauterets ! allez-vous dire, cher et excellent confrère. Erreur, car j'y arrive tout justement.

Grâce à l'obligeance de M. le docteur Cardinal, qui a tout l'air de tenir hôtel *gratis* pour les médecins de passage (quelques jours plus tôt, je me serais assis à sa table avec MM. Bernutz, Pidoux et Germain Sée), j'ai pu constater, dans les galeries mêmes, l'abondance des sources qui alimentent les thermes contigus à la ville, notamment des sources de *César* et des *Espagnols*. Ces galeries, où l'on poursuit encore des amorces, et le système de conduite assurent un captage aussi bien entendu au point de vue de la richesse qu'au point de vue de la conservation. Il est pourtant, dans la galerie inférieure, une source qui ne paraît pas s'être bien trouvée des récents travaux : c'est celle de Pauze-Vieux. Depuis que l'établissement de ce nom a été porté un peu au-dessous de son ancienne place, la source arrive dans les robinets avec une perte énorme de sulfuration. Le degré de sulfuration, qui est, au griffon, de 8° 6/10 par litre d'eau, n'est plus que de 4° 6/10 à la buvette et de 4° 2/10 dans les baignoires. Dans ce même trajet, la température ne s'abaisse que de 3 degrés (de 46 à 43). M. Cardinal, qui m'a communiqué ces chiffres, fait remarquer que la déperdition est trop forte pour être explicable par un allongement de parcours d'une trentaine de mètres. L'eau perd-elle de sa sulfuration dans le bassin d'attente même, qui est aussi de construction récente ? C'est une question à poser seulement, et qu'un examen direct, si je me souviens bien, doit résoudre prochainement. Mais il ne faudrait pas conclure de ce changement que la source est devenue proportionnellement moins active ; car personne n'ignore que l'activité d'une source est loin de se mesurer à son degré de sulfuration, comme on peut en acquérir la preuve sans sortir de Cauterets.

Cette source de Pauze-Vieux est la même qui a tari de moitié depuis le tremblement de terre de 1854. Il y a des sources qui n'ont pas de chance.

» Le bureau avait invité à assister à cette discussion, et à y prendre part, M. le docteur Dechambre, rédacteur en chef de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, et M. le docteur Amédée Latour, rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE.

» La discussion a été soutenue par MM. Vosseur, trésorier; Cabanellas, secrétaire général; Perdrix, archiviste; Fournet, membre de la commission générale; Dechambre et A. Latour, sociétaires invités.

» Toutes explications entendues, et conformément aux conclusions développées par M. A. Latour, la commission générale a passé à l'ordre du jour pur et simple sur cette question. »

M. Latour avait en effet demandé que la commission générale ne se prononçât pas quant à présent sur la grave question qui lui était soumise. Mais c'est un devoir pour nous, à qui il semble que l'intérêt bien entendu du corps médical soit d'être parfaitement renseigné, de faire remarquer que la note de notre collègue ne reproduit que d'une manière incomplète le caractère et le résultat de la discussion. Elle oublie parmi les orateurs M. Barth et M. Godart. Elle ne dit pas que des huit sociétaires qui ont pris part au débat, deux seulement ont parlé pour le projet : M. Latour lui-même et M. Cabanellas; que cinq ont parlé contre; que le huitième, M. Fournet, a fait les plus expresses réserves; enfin, que l'*ordre du jour* a été voté sur la proposition d'un des opposants les plus décidés, M. le docteur Archambault. Ce vote, au lieu d'impliquer l'espèce de neutralité insinuée dans la note, est un vote d'opposition formelle. Passer à l'*ordre du jour*, c'était signifier qu'on n'adhérait pas au vœu des médecins de Bordeaux. Nous ajoutons, parce que c'est de notoriété publique, que le projet a contre lui, dans le sein de la commission générale, une majorité considérable, en tête de laquelle sont M. Perdrix, l'ancien secretaire général, et M. Vosseur, l'habile et intelligent trésorier, qui ont fait valoir, avec l'autorité qui leur appartient, la plupart des arguments déjà exposés par nous dans ce journal.

Nous n'avions pas l'intention d'ébruiter cette affaire; mais du moment où elle tombe dans le domaine public, il impore qu'elle y paraisse sous son vrai jour.

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DES POLYPES (CONCRÉTIONS SANGUINES) ARTÉRIELS, par M. LEGROUX, médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

(Voir le numéro 45.)

Concrétions oblitérantes. — De beaucoup plus fréquentes que celles dont il vient d'être question, elles deviennent la source d'accidents les plus graves par les obstacles qu'elles apportent à la circulation.

Leur forme est celle du canal qu'elles remplissent, c'est-à-dire celle d'un cylindre plus ou moins régulier. Elles sont parfois aplaties, quand le coagulum n'est pas assez abondant pour distendre le vaisseau; d'autres fois renflées d'espace en espace et comme noueuses, ou étranglées dans certains points par suite de la rétraction des parois artérielles.

Rarement limitées à une petite étendue de vaisseaux, elles s'étendent presque toujours d'un tronc principal à ses divisions, envahissant plus ou moins complétement les artères collatérales. Les concrétions les plus vastes sont celles qui, partant de l'extrémité inférieure de l'aorte, se répandent dans le système artériel du bassin et des membres inférieurs. Nous verrons avec quels admirables moyens la nature triomphe parfois de semblables obstructions.

L'extrémité cardiaque du caillot obturateur est arrondie, tronquée, élargie en forme de tête de clou sur l'orifice du vaisseau, élevée en pointe, étalée en bec de flûte sur l'un des côtés de l'artère, ou surmonte en forme de casque l'éperon résultant de la bifurcation aortique. Il suit de là que l'obstruction n'est pas toujours complète au sommet du caillot; mais elle le devient rapidement en descendant. Il est assez probable qu'une fois l'oblitération établie, le caillot s'allonge en remontant vers le cœur, aux dépens du sang arrêté en ce point, et ne trouvant pas dans les collatérales un canal de dérivation suffisant. Ce n'est pas toujours cette extrémité, en effet, qui offre les caractères d'ancienneté les plus marqués.

Le corps de l'obstruction est constitué par de la fibrine à différents états, suivant son ancienneté, son mélange avec des produits inflammatoires.

Si elle est récente, elle n'offre que peu de différences avec

---

Le grand établissement, dit des *Espagnols*, n'est pas indigne de la beauté des sources qui l'alimentent. Le système des douches y est bien organisé et suffisamment pourvu; il y a notamment une certaine douche écossaise, qui tombe, je crois, de 10 mètres, et qui est de nature à secouer un peu les chairs. Mais les cabinets de bains ne sont pas assez nombreux. Il y en a vingt : ce ne serait pas trop de quarante dans le fort de la saison; car Cauterets est une des stations les plus prospères.

Vous savez que le Cauterets minéral, passez-moi l'expression, est très éparpillé; que la *Raillère*, le *Petit Saint-Sauveur*, le *Pré*, le *Bois*, *Mahourat*, la *Source des Œufs*, sont répandus comme des chèvres sur le penchant de la montagne, à gauche du gave. Ce sont, pour les buveurs alertes, autant de buts de promenade; ceux qui ne peuvent supporter la marche ascendante ont à leur disposition omnibus et chaises à porteur. De toutes ces stations, celle qui m'a fait le plus de plaisir pour le moment est la station du Bois, où j'ai trouvé bon feu. Je revenais à cheval du *Pont d'Espagne*. Là, par un effet des plus pittoresques, en même temps qu'une magnifique cascade faisait rage à mes pieds, d'autres cascades, venues du ciel, s'étaient jouées sur toute ma personne, s'effilant en mille rigoles capricieuses que je sentais courir dans les retraites les plus cachées de mes vêtements. Ma chaussure, déchirée la veille par les cailloux, ajoutait aux sources déjà si nombreuses de Cauterets une source assez inutile, d'une température glaciale et qui se perdait sur les flancs de ma monture. Béni soit donc l'établissement du Bois! Mais je n'ai aucun autre compliment à lui adresser. Je ne vois, du reste, que la Raillère dont je puisse vous dire deux mots capables de vous intéresser quelque peu. Les sources de la Raillère, qui sont à deux kilomètres de la ville, ont été captées et aménagées sur nouveaux frais l'hiver dernier. J'assistais donc au premier fonctionnement de la nouvelle installation. Les bassins ont été complétement refaits, et vingt-neuf cabinets s'alignent aujourd'hui le long d'un vaste promenoir. Comme dans les bonnes maisons où l'on dispose les rince-bouches autour de la salle à manger au lieu de les placer sur la table, vous avez à la Raillère, en face du promenoir, une longue gouttière surmontée

le cruor; sa coloration est seulement un peu plus terne; à moins qu'elle ne soit constituée dès le principe par la fibrine incolore. Elle est plus ou moins dépouillée de sérosité. Mélangée parfois, plus rarement néanmoins que dans l'oblitération des veines, avec du pus ou des fausses membranes. Il peut arriver que ce pus soit enkysté dans un tube de fibrine. M. le professeur Cruveilhier, dans son *Anatomie pathologique générale* (t. II, édit. de 1852, p. 294), cite, d'après M. Pailloux, un cas d'obstruction de la partie inférieure de l'aorte par une matière sanieuse, purulente, contenue dans un caillot adhérent aux parois crétacées du vaisseau. Les iliaques primitives étaient oblitérées en même temps par un caillot sanguin. La matière purulente, qui se trouve ici à l'extrémité supérieure du caillot, peut se montrer sous forme de grumeaux, de petits foyers, sur la continuité de la concrétion.

Quoi qu'il en soit, cette concrétion est formée, tantôt d'une fibrine homogène, d'autres fois de couches concentriques plus ou moins régulièrement emboîtées les unes dans les autres, ou bien c'est un mélange de couches et de grumeaux irrégulièrement disposés, ou ce sont des grumeaux superposés. Quand l'artère offre des renflements partiels, le caillot est aussi renflé et forme alors des espèces de coques emboîtées les unes dans les autres.

Avec le temps, le caillot obturateur subit des modifications que nous allons passer en revue.

Comme les polypes du cœur, il se condense par l'élimination de la sérosité. Cette opération ne paraît néanmoins pas se faire avec facilité. Si, dans les premiers, la simple rétraction de la fibrine concrète suffit pour expulser la partie séreuse, qui est entraînée avec le sang, il faut ici qu'elle soit résorbée par la paroi artérielle ou qu'elle transsude à travers ces parois. Il résulte de là que dans les artères volumineuses, et même dans des artères moyennes, les couches extérieures du caillot se sont condensées, quand leur partie centrale reste molle, humide de sérosité, offre parfois une tendance à la liquéfaction.

Cependant, après un temps plus ou moins long, la sérosité a disparu, le caillot s'est condensé, a pris une teinte plus terne, ou bien a passé du noir au brun clair, au rouge brique, à la teinte bleuâtre ardoisée, chocolat, café au lait, etc. Ces teintes elles-mêmes s'éclaircissent, et à la longue ce caillot aminci, condensé, semble confondu en un cordon ligamenteux avec la paroi artérielle rétractée. La coupe transversale de ce cordon permet néanmoins de reconnaître encore les tissus élémentaires. La surface de cette coupe offre un disque central (caillot condensé), un cercle cortical (paroi artérielle rétractée) absolument comme une branche d'arbre dont la coupe transversale offre le bois et l'écorce. Une dissection facile permet de séparer les parties qui composent ce cordon ligamenteux.

Les différents points d'un caillot étendu à un grand nombre de vaisseaux n'ont pas tous la même structure, les mêmes caractères d'ancienneté. Ainsi, tandis que dans un tronc principal on trouve de la fibrine condensée adhérente, offrant diverses dégradations de la couleur primitive du sang, dans d'autres, et surtout dans les divisions, on trouve de la fibrine cruorique peu altérée; ce qui prouve que l'obstruction tend à s'étendre, à gagner de haut en bas, plus rarement en sens opposé, ou bien à se propager dans un membre qu'elle avait jusque-là respecté.

La condensation n'est pas la seule modification que les caillots artériels paraissent aptes à subir.

Des caillots anciens présentent parfois une mollese notable, une sorte de diffluence partielle ou générale, un état pulpeux. Ailleurs, un cylindre de fibrine enveloppe un parenchyme qui se résout insensiblement en bouillie sanieuse. Des centres de ramollissements sanieux ou purulents, des vacuoles remplies d'un liquide rougeâtre ou de pus s'observent parfois sur la continuité de concrétions fort anciennes. Ces altérations sont tout à fait analogues à celles que l'on observe sur les polypes du cœur; et, suivant toute probabilité, elles sont, comme ces dernières, l'effet d'une décomposition spontanée, comme l'indiquent les transitions qui existent dans les différents degrés de ramollissement. Le pus, ou la matière puriforme elle-même, peut provenir de la même source. Néanmoins, il ne serait point extraordinaire que les collections kystiformes ou canaliculées de ce produit ne fussent, dans certains cas, autre chose qu'un polype kysteux émané du cœur et moulé sur le canal dans lequel il a été projeté. A côté de ces deux suppositions, également rationnelles et probables, vient s'en placer une troisième, celle qui fait provenir le pus de la paroi artérielle enflammée. Quant au niveau de ces amas de pus, colligé ou simplement mélangé avec le sang coagulé, on rencontre des fausses membranes doublant la paroi du vaisseau; cette paroi elle-même, épaissie, ramollie, ulcérée, injectée, il ne paraît pas douteux que ce liquide ne soit un produit de sécrétion locale; mais il n'en est plus de même quand le vaisseau n'offre aucune trace de lésion phlegmasique. Il y aurait encore à décider si ce

---

de robinets où arrive l'eau minérale, et devant laquelle les pharynx granulés se livrent aux gargouillades les plus originales.

Cauterets est situé à une grande hauteur; la place de la ville est à 933 mètres, la terrasse de la Raillère à 1,049, la galerie des bains du Bois à 1,147. Cette circonstance est quelquefois invoquée contre la station thermale, comme pouvant prédisposer à l'hémoptysie. Il ne paraît pas que le fait confirme cette induction, ou du moins, sans contester en principe que l'élévation des lieux favorise la production des hémorrhagies pulmonaires, on peut donner comme à peu près certain que, soit par suite d'une différence dans le mode d'action des eaux, soit par toute autre cause, ce fâcheux accident est plus rare à Cauterets qu'aux Eaux-Bonnes. Mais, si j'en juge par ce que j'ai vu, la première de ces localités est sujette à des variations atmosphériques d'une brusquerie peu commune, et qui amènent des jours très froids à une époque peu avancée de la saison. Le jour de mon arrivée, je demandais de l'air frais; le lendemain matin, en touchant de ma fenêtre des traînées de vapeur dense, que j'avais pris d'abord pour de la fumée, ou en grelottant sur le chemin du Pont-d'Espagne, je me promettais d'envoyer mes clients à Cauterets du 1er juin au 15 août.

Vous pensez bien que je ne suis pas allé de Cauterets à Saint-Sauveur et à Baréges sans faire l'excursion de Gavarnie. J'ai donc vu, de mes yeux vu, la Brèche-Roland, cette célèbre entaille que le fugitif de Roncevaux fit dans la montagne avec son épée. J'ai vu l'empreinte des pas du cheval et celle de la botte du cavalier. C'est de quoi donner une fière idée des créatures de ce temps-là! Quelle poignée! Le roc a été entamé par la bonne et fidèle *Durandal* comme le serait un gros pain par le couteau d'un maçon. Et quel cheval! Il y a je ne sais combien de kilomètres entre l'ouverture par laquelle il a bondi et le point où le sabot a enfoncé la pierre. L'histoire ne manque pas d'intérêt; mais, en fait d'empreintes sur le sol, je préfère naturellement celles qui possèdent des vertus médicinales; par exemple le *pas* de Notre-Dame de Verdelay (près de Bordeaux), ou celui de Saint-Remacle (à Spa). Une jeune femme honteuse de n'avoir pas d'enfants n'a qu'à poser le pied dans les empreintes en récitant une prière ou en buvant un verre d'eau

liquide d'apparence purulente est en effet du pus; de nouvelles observations microscopiques seraient nécessaires pour élucider cette question.

Ces caillots obturateurs peuvent-ils se canaliser? Je ne connais aucun fait d'un travail de cette nature, je doute même qu'il soit possible. En admettant le ramollissement central du caillot, il faudrait encore que le produit du ramollissement fut éliminé; il resterait après cette élimination un canal fibrineux plus ou moins étroit, à parois inégales, à travers lequel le sang ne pourrait circuler sans se coaguler de nouveau. Quand, d'ailleurs, on considère l'étendue habituelle des obstructions, on se fait difficilement l'idée d'une canalisation des vaisseaux obstrués. Un pareil fait ne pourrait se produire que dans un point très limité.

M. le professeur Cruveilhier (*op. cit.*) admet l'existence de caillots adhérents, canaliculés, de manière à laisser libre le cours du sang. Je n'ai jamais rencontré le fait signalé par l'éminent pathologiste; mais je regarde comme probable que les faits de canalisation de caillots pleins sont des cas de caillots primitivement canalisés.

État des artères oblitérées. — Suivant le volume et la densité du caillot, l'artère est pleine et résistante comme si elle était distendue par la matière solidifiée d'une injection, ou bien elle est affaissée, aplatie, plus ou moins souple. D'autres fois, elle est dure et rétractée, ne forme plus qu'un cordon fibreux; mais avant de subir cette transformation, elle reste longtemps, plusieurs mois, à l'état d'artère injectée. Alors sa distension est uniforme ou interrompue d'espace en espace, ou encore elle offre çà et là des nodosités, des renflements ou des rétrécissements partiels dus à la rétraction de ses parois.

Dans des cas rares, il n'y a aucune altération de la paroi artérielle, aucune trace d'inflammation au niveau de la partie obstruée. Le plus ordinairement il y a des altérations notables dans quelques points, souvent assez restreints, des artères oblitérées; rarement ces altérations ont une grande étendue. C'est un fait anatomique important à constater au point de vue étiologique.

Ces altérations sont : 1° Une dégénération calcaire des parois artérielles; mais, à moins d'obstruction du vaisseau par une écaille osseuse, cette dégénération ne paraît pas avoir d'influence sur la coagulation du sang. Que d'altérations de cette nature, en effet, sans concrétion sanguine! que d'obstructions par ces concrétions sans ossifications artérielles! 2° Un ramollissement avec épaississement et friabilité de la paroi artérielle, teintes ardoisées, brunâtres ou grisâtres, qui sont une dégradation d'une teinte congestive, mais qui peuvent bien aussi dépendre de l'imbibition. Toutefois, quand elles accompagnent les autres lésions de tissu, on doit les considérer comme caractères de phlegmasie : elles s'étendent parfois au tissu péri-artériel. 3° Une coloration rouge diversement nuancée de la membrane interne, au niveau des adhérences du caillot; un piqueté ou tacheté rouge plus ou moins foncé dans le point où les adhérences sont le plus marquées et où le caillot paraît le plus ancien. A cette teinte se joint souvent un ramollissement de la membrane. 4° L'affaiblissement des moyens d'union entre la tunique moyenne et l'interne qui se séparent l'une de l'autre avec une extrême facilité, comme le péritoine enflammé se sépare de l'intestin, est signalé comme une altération fréquente; de même que l'injection marquée des *vasa vasorum*, injection que l'on considère comme un des signes les moins équivoques de l'artérite. 5° Dans une étendue plus ou moins limitée de l'obstruction, le tissu cellulaire péri-artériel est serré, condensé, comme fibreux, parfois injecté, parfois de couleur brune, ardoisée, jaunâtre. Cette condensation est en rapport avec l'ancienneté de l'obstruction et marque assez bien le point où celle-ci a commencé. 6° Souvent ce tissu, ainsi altéré, unit intimement l'artère, le nerf et la veine, au point qu'il est difficile de les séparer.

Quelle est la valeur de ces lésions? Suivant Dupuytren, la gangrène spontanée, si commune à la suite des oblitérations artérielles, est un *effet de l'artérite*.

M. le professeur Cruveilhier regarde comme faits inséparables l'artérite et l'oblitération de l'artère; il admet néanmoins la possibilité de l'obstruction par déplacement de caillot.

M. François (de Mons), dans son *Traité de la gangrène*, confondant l'inflammation et ses produits, prend pour une artérite chronique la dégénération cartilagineo-calcaire des artères, áttribue l'oblitération à l'inflammation aiguë ou chronique.

D'un autre côté, nous voyons surgir l'*embolie* comme cause principale, sinon unique, de cette oblitération.

Sans anticiper sur les lumières que pourront nous fournir la pathologie et les faits étiologiques, disons que les faits anatomiques déposent à eux seuls contre toute doctrine exclusive.

En effet, il existe un certain nombre de cas sans traces de phlegmasie artérielle; il en est d'autres qui établissent in-

---

minérale, pour devenir apte à concevoir... si la faute ne venait pas de son mari. Par où vous voyez que si Agnès avait tort de croire qu'on fait les enfants par l'oreille, on ne peut pas dire que la plante des pieds n'y soit pour rien.

J'ai vu aussi les crânes de Templiers conservés dans la petite église de Gavarnie, en face du fameux cirque qui fait l'admiration des voyageurs. Je ne vous apporte pas le certificat d'origine de ces dix ou douze têtes, plus larges que hautes, à face plate, à pommettes saillantes, à fortes mâchoires; mais telle devait être l'ossature de ces moines guerriers à l'époque de la destruction de l'ordre, vers la fin du XIII[e] siècle, quand aux vrais défenseurs du Temple avaient succédé un ramas d'hommes violents, grossiers, déprédateurs, livrés à la plus infâme débauche, et qui, dans leurs cérémonies de réception, s'embrassaient *in fine spinæ dorsi*. Un de ces crânes passe pour être celui d'une femme, et ce paraît être avec raison, autant que j'ai pu en juger à travers une vitre assez sale.

A *Saint-Sauveur*, on illuminait, on criait : *Vive l'Empereur* (c'était le 15 août)! et un artiste du pays avait même dessiné ces trois mots en verres de couleur illuminés, au-dessus de la porte de l'établissement. J'aime à croire que son intention envers le souverain était plus droite que ses lettres. Toujours est-il que le brouhaha et la déroute générale du service m'ont empêché de rien recueillir sur l'établissement, qui mérite de vous être rapporté.

J'en dirai un peu plus long sur *Baréges*. Là, l'établissement thermal est loin de répondre à l'importance thérapeutique des eaux. Aussi s'occupe-t-on très sérieusement de sa reconstruction sur un plan nouveau, où sera respectée la division actuelle des sources. Celles-ci, au nombre de neuf, possèdent en effet des avantages tout particuliers; elles sont très alcalines, très stables par elles-mêmes et rendues plus stables encore par un mode excellent de captage; le terrain qu'elles parcourent pour arriver à la baignoire est insignifiant; elles ont chacune un réservoir particulier parfaitement muré et entièrement à l'abri de toute influence extérieure, d'où résulte la possibilité de doser les principes médicamenteux; elles ont pour la plupart un degré de température convenable pour bain (de 33 à 40 degrés centigrades), et n'ont pas besoin d'être

dubitablement l'obstruction artérielle par déplacement du caillot. Mais on ne peut disconvenir que dans la majorité des cas il n'existe sur un ou plusieurs points d'un système d'obstruction des caractères indubitables d'artérite, et que cette phlegmasie joue un rôle important dans l'étiologie des polypes artériels.

Développement des artères collatérales. — Dans les obstructions des troncs veineux, on voit rapidement apparaître sous la peau des veines imperceptibles jusque-là; les capillaires se dilatent au point de former à sa surface ou dans son épaisseur un réseau très prononcé. De petites veines deviennent parfois d'énormes cordons variqueux.

Dans les obstructions artérielles, nous n'avons pas une circulation superficielle pour nous guider dans la recherche des collatérales supplémentaires : celles-ci sont plus profondément situées; cependant on a noté le développement anormal de certaines artères superficielles. Ainsi, dans les coarctations de l'aorte thoracique, au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche, on a signalé le volume anormal des artères mammaires internes, intercostales supérieures, cervicales transverses, sous-scapulaires et thoraciques, et leurs anastomoses avec les intercostales inférieures, diaphragmatiques et épigastriques.

Dans les obstructions de l'aorte abdominale, on trouve les voies plus largement ouvertes entre les vaisseaux hypogastriques sacrés, mésentériques, obturateurs, honteux, internes, hémorrhoïdaux, etc.

Aux membres, il existe un cercle de vaisseaux dilatés autour des articulations. Lorsqu'à la suite d'une oblitération qui a duré quelque temps on fait une injection qui pénètre dans les membres dont l'artère principale est oblitérée, on la voit remplir une foule d'artères innominées et qui rentraient, avant l'obstruction, dans l'ordre des capillaires. Il est néanmoins impossible de dire, *à priori*, d'après le nombre probable des voies collatérales restées libres, si la gangrène se manifestera, quelle sera son étendue, car la mortification des tissus est favorisée par diverses circonstances qui seront ultérieurement examinées.

Dans un certain nombre de cas, avons-nous dit, la veine compagne de l'artère est oblitérée dans une certaine étendue; mais cette oblitération part précisément du point où le tissu cellulaire condensé unit entre eux ces vaisseaux et les nerfs. Évidemment, cette obstruction secondaire de la veine est une conséquence de l'inflammation qui a passé de l'artère dans les parties voisines. Ce n'est pas, comme le pensait Haller, parce que la circulation veineuse, privée de l'impulsion de la colonne sanguine artérielle, s'arrête; car, dans cette supposition, l'obstruction devrait commencer dans les radicules de la veine avant d'en gagner le tronc, mais bien parce que le travail phlegmasique a passé de l'artère à la veine. Il ne faudrait pas néanmoins rejeter complétement l'opinion du célèbre physiologiste. Il est certain qu'une stase, favorable à la coagulation du sang dans les veines, doit être la conséquence de la suspension du cours du sang artériel, qui fournit à la circulation veineuse sa principale impulsion.

État des parties auxquelles se distribue l'artère oblitérée. — Si la circulation artérielle n'a pas été complétement interceptée, ces parties peuvent être un peu plus pâles, plus sèches, plus ou moins atrophiées, sans autre lésion anatomique.

Mais, comme la circulation veineuse s'est ralentie par suite de l'interception de la circulation artérielle, la peau peut offrir des teintes cyaniques plus ou moins foncées, dues à la stase du sang dans les capillaires veineux; et parfois il existe une infiltration modérée du tissu cellulaire, bien que le canal veineux principal soit libre. C'est un fait que j'ai plusieurs fois constaté.

Si l'obstruction des artères ferme le passage au sang dans les troncs et les branches collatérales, les tissus sont plus ou moins complétement décolorés; à peine s'ils sont traversés par de rares filaments vasculaires injectés. Les veines elles-mêmes se sont vidées. On constate l'affaissement, la rétraction, l'atrophie, la sécheresse de ces tissus. Cette sécheresse a pour cause l'interception du cours du sang artériel et la vaporisation des fluides qui transsudent à travers la peau.

En même temps il existe une gangrène momifique plus ou moins étendue. Les tissus qui en sont frappés sont noirs, secs, durs comme du bois, affaissés, ridés, confondus entre eux. En remontant vers le tronc, cette teinte noire diminue graduellement et fait place à la décoloration anémique ; on peut en ces points reconnaître les tissus primitifs. De tous ces tissus, celui qui conserve le plus longtemps son apparence normale, même au sein des parties presque éburnées, c'est le tissu nerveux, qui tranche par sa blancheur sur la teinte plus ou moins noire des autres.

Cette éburnation n'est pas constante, et cela se conçoit : il suffit que du sang ait été apporté dans ces parties en quantité insuffisante pour entretenir la vie, mais assez notable cependant pour engouer les radicules veineuses. Des phlyctènes remplies d'une sérosité sanieuse existent sur la peau : de

---

réchauffées ou refroidies. Seize cabinets, deux douches, trois piscines et deux buvettes, tel est le bilan de l'établissement actuel. Le nombre des cabinets sera certainement augmenté, car il est insuffisant. Je n'ai fait que passer à côté de la source Barzun, qui est à 500 mètres de Baréges; cette source est desservie par un petit établissement où se trouvent une buvette, neuf baignoires et deux ou trois douches, dont une ascendante. Ce qu'il y a de remarquable dans cette source, c'est qu'elle est presque aussi sulfureuse que les plus sulfureuses de Baréges, et qu'elle est beaucoup moins active. C'est là qu'on envoie les malades chez lesquels la médication sulfureuse demande des ménagements.

Je ne veux pas quitter Baréges sans lui reprocher l'ingratitude du site; j'ajoute même que c'est un site perfide et qui sent le guet-apens. Le voyageur qui part de Luz est d'abord en butte aux plus coquettes agaceries de la nature : ici des vallées pleines d'ombre et de paix; là des groupes de montagnes arrondies et verdoyantes; tantôt le frissonnement d'un bois et tantôt le jasement de l'onde sur les cailloux. Le confiant touriste avance toujours; puis peu à peu le paysage s'enlaidit, se dépouille; la roche devient glabre, le chemin poudreux, l'horizon monotone. On était dans les jardins d'Armide, on tombe dans un pays de sorcières. Si messieurs les ingénieurs pouvaient transporter Baréges à 5 ou 6 kilomètres du côté de Luz, ils rendraient un vrai service à l'administration des eaux et aux malades.

A la prochaine lettre nous causerons, si vous le voulez bien, des deux Bagnères.

(*La suite prochainement.*) A. DECHAMBRE.

M. le docteur Ch. Rouget, prosecteur, suppléant M. Jarjavay, commencera, le lundi 30 novembre 1857, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 3, le cours d'anatomie de l'École pratique.

Il le continuera les mercredi et vendredi suivants. La première partie du cours sera consacrée à l'anatomie générale.

l'œdème dans le tissu cellulaire, en même temps que l'extrémité du membre, les doigts ou les orteils sont momifiés.

D'autres fois, une teinte brune, violacée, rougeâtre, nuance la peau. De larges phlyctènes s'élèvent à sa surface, ou l'épiderme détaché laisse le derme à nu. Celui-ci est rouge brun, noir, ulcéré, escharifié dans une étendue plus ou moins considérable. Ces parties sont molles, humides et plus ou moins friables; le tissu cellulaire est gorgé de sérosité sanieuse, d'une teinte sale; une odeur gangréneuse, qui manque dans la gangrène momifique, s'exhale de ces parties. Dans ce cas, il existe une oblitération simultanée de l'artère et de la veine.

Sous la peau, les muscles sont généralement décolorés, d'un brun grisâtre, cendrés et quelquefois parsemés de foyers jaunâtres, plus mous que le reste: ou bien ce sont des foyers d'infiltration sanguine assez analogues aux apoplexies pulmonaires, et là le tissu musculaire est plus ferme, plus sec que celui des parties voisines. Des veinules à parois fortement colorées en rouge partent de ces foyers et se perdent dans le voisinage. Une mollesse presque diffluente, un état comme gélatiniforme, une teinte ardoisée grisâtre, avec ou sans odeur gangréneuse, des foyers d'infiltration purulente ou même des collections de pus en foyers, auxquels aboutissent aussi des veinules épaissies et rouges, complètent les altérations que l'on trouve parfois réunies sur un même membre frappé de sphacèle.

Avec ces altérations, nous avons trouvé du pus dans des grandes altérations, celles du genou par exemple; et, dans le cœur, des kystes contenant un pus tout à fait analogue à celui que renfermait l'articulation.

Les nerfs qui conservent si longtemps leur aspect normal dans la gangrène sèche peuvent, dans ces gangrènes humides, être ramollis, noirâtres, infiltrés de pus.

Les altérations qui viennent d'être passées en revue appartiennent plutôt à l'oblitération veineuse qu'à l'oblitération artérielle, l'oblitération veineuse ayant pour cause une phlébite du tronc et des capillaires. En effet, des foyers apoplectiques ou purulents que l'on trouve dans les muscles partent des veinules enflammées. Il y a du pus dans les articulations comme dans la phlébite, du pus aussi dans les caillots kysteux du cœur.

Je termine la description de ces lésions par une remarque importante au point de vue pratique:

Les tissus sous-jacents à la peau sont toujours nécrosés plus haut que cette membrane. Les limites extérieures de la gangrène ne sont pas l'indice des limites de la gangrène profonde. Celle-ci remonte ordinairement à plusieurs centimètres au-dessus, d'où cette conséquence que le lieu d'élection pour une amputation doit être fixé bien au delà des limites de la gangrène de la peau.

(La suite à un prochain numéro.)

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

DE QUELQUES MODIFICATIONS NOUVELLES APPORTÉES A L'OPÉRATION DE LA RHINOPLASTIE.

PREMIER ARTICLE.

Méthode française. — Remarques sur l'avivement sans perte de substance. — Anatomie pathologique des ulcérations des téguments du nez.

Quoique l'enthousiasme pour les restaurations organiques paraisse aujourd'hui moins excessif qu'il y a une vingtaine d'années, il est facile de voir, en parcourant les recueils périodiques et les mémoires originaux, que ces opérations ont définitivement pris une place importante dans la chirurgie moderne. Les grands principes sont posés, les règles principales établies, on s'occupe aujourd'hui de perfectionner, et, pour être moins bruyant, le progrès n'en est pas moins très réel.

Quoique la rhinoplastie soit une des opérations anaplastiques qui ait fourni le plus de mécomptes, elle vit et vivra, grâce aux améliorations incessantes qu'on lui fait subir et grâce surtout à l'indulgence plus grande qu'on professe pour ses résultats définitifs.

J'ai sous les yeux en ce moment un nombre assez considérable de documents nouveaux pour qu'il m'ait semblé intéressant de présenter une analyse succincte destinée à montrer et les progrès et les ressources de l'art anaplastique appliqué aux mutilations de l'organe extérieur de l'olfaction. Ce coup d'œil rétrospectif a d'autant plus d'actualité que, si j'en excepte un article assez complet du ***Compendium de chirurgie*** (1), le chapitre de la ***rhinoplastie*** est très médiocre dans nos traités dogmatiques et même dans certains ouvrages spéciaux.

Je trouve dans ces travaux des succès obtenus par toutes les méthodes connues et l'indication de procédés nouveaux, et, comme je ne veux pas faire un article dogmatique, mais bien seulement un travail d'actualité, je prends les matériaux comme ils me tombent sous la main.

Rhinoplastie. — Méthode française (M. le professeur Bouisson, de Montpellier) (2). — Parmi les modifications fâcheuses que subissent ultérieurement les lambeaux rhinoplastiques, on doit compter le rétrécissement ou l'affaissement de l'ouverture des narines. Quelque soin que l'on mette à maintenir des corps étrangers dans ces ouvertures, on ne peut empêcher la rétraction cicatricielle qui s'effectue à la face profonde du lambeau, rétraction qui peut aller même jusqu'à l'oblitération ou tout au moins jusqu'à la conversion de la nouvelle narine en une perforation exiguë et cernée par du tissu fibreux cicatriciel (Bouisson). Depuis bien longtemps on s'est préoccupé des moyens de prévenir l'occlusion plus ou moins complète, qui est la règle pour les orifices artificiels tapissés de bourgeons charnus, et de fournir un certain degré de résistance au bord libre des narines. Dupuytren, Dieffenbach, dans la rhinoplastie, et Serre, de Montpellier, dans un cas d'oblitération d'une narine, songèrent à replier sur elle-même la marge du lambeau, de manière à en faire une sorte d'ourlet représentant assez exactement par la forme et

(1) Tome III, page 36, 1852.

(2) *Rhinoplastie latérale*. Nous puisons la description de ce procédé dans le *Trib. à la chirurgie*, ouvrage très remarquable dont nous donnerons prochainement l'analyse détaillée.

surtout par les propriétés le pourtour normal des narines.

Cela était un progrès. D'autre part, Larrey, dans sa belle opération d'anaplastie nasale (1820), avait montré que, dans des restaurations de ce genre, il faut sacrifier le moins possible des débris de l'organe et conserver au contraire jusqu'au moindre lambeau. Ce principe a été généralement adopté; mais on ne s'est pas toujours donné la peine de l'appliquer dans toute sa rigueur, car sans doute, lorsque l'on a refait l'aile du nez par la méthode indienne, on a peut-être sacrifié quelques portions saines qu'on aurait pu conserver. C'est ce que pense M. Bouisson, et c'est en s'appuyant sur les deux conditions que je viens d'énoncer qu'il a imaginé l'ingénieux procédé dont je vais chercher à donner une idée.

L'auteur établit, et personne ne le contredira, que la meilleure manière de conserver la régularité du contour des narines consiste à garder, quand cela est possible, le bord libre de la narine elle-même. Toutes les fois donc que l'étendue du mal n'y mettra pas obstacle ou, pour être plus clair, toutes les fois qu'une tumeur ou une ulcération occupant les ailes du nez, les sillons latéraux ou le lobule, n'auront pas envahi ce bord libre, il faudra le garder soigneusement. Au lieu de reséquer l'aile du nez dans toute sa hauteur, on se bornera à une extirpation dans la continuité, en d'autres termes à une perforation plus ou moins large des parois latérales du nez.

Cette perforation de figure quadrilatère sera comblée par un lambeau taillé sur la joue par la méthode française, et que l'on fera glisser de dehors en dedans et d'arrière en avant pour réunir son bord libre sur la ligne médiane, son bord supérieur aux téguments du nez, et enfin son bord inférieur à la languette formée par le bourrelet cutané des narines que le bistouri aura respecté.

M. Bouisson pousse le principe de la conservation jusque dans ses dernières limites : non-seulement il ménage le pourtour de l'orifice, mais il tâche, quand la lésion le permet, d'éviter la perforation complète de la paroi ou au moins de sauver du naufrage partie ou totalité des cartilages qui forment la charpente des ailes du nez.

On peut résumer cette série d'idées en trois courtes propositions :

1° Respecter autant que possible la cloison;

2° Faire un support latéral aux lambeaux avec les portions saines des fibro-cartilages des ailes du nez;

3° Assurer la régularité du contour de la narine en donnant au bord inférieur du lambeau un support cartilagineux.

A l'appui du précepte viennent quatre observations :

La première a trait à un homme de trente ans, atteint depuis six ans d'une ulcération cancéreuse d'une aile du nez. Des essais de destruction par le caustique furent infructueux. Le 15 novembre 1849, M. Bouisson circonscrit le mal par trois incisions, l'une médiane verticale, deux horizontales parallèles, qui sont prolongées sur la joue; le pourtour de la narine, ayant près de 2 lignes de hauteur, fut conservé; la fosse nasale correspondante fut largement ouverte; mais on combla sans peine la perte de substance en disséquant le lambeau génial et en le fixant avec la suture et les serres-fines dans la mortaise que le bistouri avait produite.

Le surlendemain, réunion complète; au bout d'un mois, voici quel était le résultat : adhérence très solide du lambeau, forme normale de l'orifice de la narine, aile du nez non déprimée, sillon naso-labial effacé en haut, conservé en bas, pas de déviation de la pointe du nez. Plus tard encore, les traces linéaires de la réunion avaient pâli et pris la couleur de la peau ambiante; la restauration était aussi parfaite que possible.

La seconde observation (novembre 1851) a beaucoup de rapport avec la première : il s'agit d'une femme de cinquante-six ans, atteinte depuis deux ans d'une ulcération de l'aile du nez, comprenant tout l'espace compris entre la ligne médiane, le bord nasal antérieur de l'os maxillaire et l'orifice de la narine; cependant, le contour de cette ouverture était sain dans une petite étendue. La paroi de l'aile du nez était perforée dans un point très circonscrit. Un lambeau rectangulaire fut pris sur la joue, détaché et attiré vers la ligne médiane. Lorsque la réunion fut achevée à l'aide de la suture et des agglutinatifs, le nez reprit son aspect symétrique, la narine, ayant pour support et pour bordure naturelle le contour cutané que le bistouri avait ménagé, la narine, dis-je, conserva une résistance propre à en empêcher l'affaissement ultérieur. Lorsque la cicatrisation fut complète, le résultat était aussi satisfaisant que possible.

L'efficacité de la méthode française pour réparer la perte d'une aile du nez est assez généralement admise pour que l'exemple donné par M. Bouisson soit imité; mais si la mutilation est plus étendue, beaucoup de chirurgiens ne cherchent de ressources que dans la méthode indienne. Les observations suivantes démontrent que les lambeaux géniens pris de chaque côté et réunis sur la ligne médiane sont très suffisants pour reconstruire la majeure partie de l'organe, c'est-à-dire toute la portion dite cartilagineuse. Cependant, pour obtenir un résultat avantageux permanent, il est une condition presqu'indispensable. Je veux parler de la conservation du cartilage de la cloison, seul capable de fournir un point d'appui solide, une sorte de chevalet ou de support pour la réunion médiane des deux lambeaux latéraux. Si, avec le cartilage de la cloison, on peut encore ménager une partie des cartilages latéraux et surtout le pourtour annulaire inférieur de la narine, on peut espérer une restauration très parfaite.

Voici les preuves à l'appui.

Un tailleur de soixante-six ans était depuis de longues années affecté d'une hypertrophie de la peau du lobule et des ailes du nez, sorte de lésion éléphantiasique sans caractère fâcheux et qui, malgré son accroissement considérable, avait respecté la sous-cloison et l'orifice des narines.

L'extirpation fut pratiquée par décortication, si je puis ainsi m'exprimer, c'est-à-dire que l'altération étant bornée à la peau, on put ménager les cartilages latéraux et enlever le mal sans pénétrer jusqu'à la muqueuse. Le travail hypertrophique, toutefois, ayant retenti jusque dans la charpente cartilagineuse, il parut utile de retrancher sur la partie inférieure du dos du nez une certaine quantité de cette charpente. Deux lambeaux géniaux furent taillés comme dans les observations précédentes, soudés ensemble sur la ligne médiane, réunis en haut aux téguments du nez, en bas aux anneaux cutanés circonscrivant l'orifice des narines; ce qui fournit immédiatement un résultat très satisfaisant. La réunion immédiate réussit dans presque toute l'étendue de cette vaste plaie. Un mois après l'opération la guérison était complète. « L'expression de la physionomie du malade est tellement changée qu'on pourrait douter de son identité : à la place d'un nez difforme et volumineux existe un organe à proportions ordinaires, mais un peu aplati d'avant en arrière, à cause de la faible résistance de la cloison, surtout quand le malade rit et que les ailes du nez sont entraînées en dehors par les muscles diducteurs. »

La quatrième observation, recueillie sur un vieillard de soixante-trois ans, confirme l'excellence des mêmes préceptes. Deux planches annexées au mémoire indiquent le résultat de l'opération qui ne laisse rien à désirer. Je ne reviendrai pas sur le manuel opératoire; les mêmes règles y furent suivies. Deux circonstances favorisèrent la réussite d'une manière particulière. L'ulcération quoique de grande dimension et datant de deux ans, avait complètement respecté le lobule et le bord libre des ailes; de plus elle

était fort superficielle, car la muqueuse était tout à fait indemne ainsi que le squelette fibro-cartilagineux de l'aile du nez, ce qui permit de les ménager dans l'extirpation.

La seconde condition propice, assez commune chez les vieillards et qui favorise chez eux les opérations autoplastiques, était la laxité extrême du tissu cellulaire et la mobilité naturelle de la peau de la face sur les parties profondes; aussi a-t-il été très facile de disséquer les lambeaux, de les mobiliser et de les affronter sans exercer sur leur base le moindre tiraillement fâcheux.

Je ne suivrai pas M. Bouisson dans les réflexions auxquelles il se livre pour démontrer que, sans rejeter la méthode indienne pour des cas de ce genre, il est préférable de recourir à la méthode française.

Nous citerons seulement à l'appui des idées renfermées dans ce mémoire quelques nouveaux documents. En 1854, dans une courte note communiquée à l'Institut (1), M. Baudens, qui probablement n'avait pas connaissance de la première publication faite quatre ans auparavant, dans l'UNION MÉDICALE, par le chirurgien de Montpellier, M. Baudens, dis-je, crut découvrir une partie des idées de M. Bouisson. Adversaire déclaré de la méthode italienne, professant un scepticisme outré envers les résultats de la méthode indienne, M. Baudens accorde une préférence motivée à la méthode de Celse. Il pense avoir enfin trouvé une manière d'exonérer cette méthode du reproche général adressé à toutes les rhinoplasties, savoir l'aplatissement du nez de nouvelle création quand la charpente solide du nez a été détruite. Cet honorable confrère a remarqué que le cancer, l'une des causes les plus fréquentes de la perte du nez, envahit les parties molles avant les cartilages; dès lors il a pensé qu'il serait possible, par une dissection attentive, d'enlever les parties molles cancéreuses tout en conservant les cartilages du nez. « *Cette idée nouvelle*, ajoute-t-il, je l'ai mise en pratique avec succès sur une femme de soixante-douze ans à laquelle j'ai pratiqué la rhinoplastie après lui avoir enlevé une tumeur cancéreuse dont le siége était au lobule du nez. La guérison était complète au bout de vingt jours. Les cartilages des ailes du nez, conservés, ont fourni aux lambeaux d'emprunt une voûte qui s'est parfaitement soutenue. »

Cependant, il paraît que l'affrontement des lambeaux latéraux sur la ligne médiane fut laborieux; la tension était telle qu'il y avait menace de désunion; M. Baudens éprouva encore le besoin « d'apporter à la méthode de Celse une autre modification » consistant à pratiquer en dehors des lambeaux, de l'un et de l'autre côté, une incision verticale de 3 centimètres de longueur qui à l'instant les a rendus beaucoup plus extensibles. Il n'est pas probable que M. Baudens pousse l'illusion jusqu'à croire que les incisions à distance lui appartiennent, puisque Celse lui-même les pratiquait pour restaurer le prépuce; aussi pensons-nous que si, dans sa courte note académique, il n'a songé à citer ni M. Bouisson, ni Celse, c'est que ce travail paraît surtout destiné à faire l'apologie de la glace employée suivant la méthode de l'auteur et à exalter les hypothèses de M. Flourens sur l'action du chloroforme.

En examinant avec attention le procédé de M. Bouisson, il me paraît possible de le rapprocher d'une série d'opérations anaplastiques dont l'idée générale n'est pas encore suffisamment vulgarisée et qui cependant mériterait de l'être. Cette idée consiste dans une modification importante que, dans ces derniers temps, l'on a fait éprouver au premier temps de ces opérations, c'est-à-dire à l'avivement.

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, tome XXXVIII, page 501, 1854.

Jusqu'à ce moment, pour rafraîchir les bords de la plaie sur lesquels on a l'intention de souder un lambeau, on a toujours fait une perte de substance plus ou moins étendue, mais comprenant toute l'épaisseur des bords cicatrisés de l'échancrure.

Cet avivement est un temps délicat; il faut toujours y côtoyer deux difficultés qui consistent à reséquer trop ou trop peu. Si l'on avive trop largement, on augmente beaucoup la perte de substance à combler; si l'on enlève au contraire une languette trop mince, on s'expose: 1° à laisser sur les bords quelques points recouverts de cicatrice; 2° à ce que le bord avivé n'offre pas une surface assez large et assez vivante pour que l'adhésion s'opère avec le bord saignant correspondant qu'on veut y souder.

Or, dans certains cas, assez rares il est vrai, le double écueil a été évité de la manière la plus heureuse en pratiquant l'*avivement sans perte de substance*. Ceci semble paradoxal et demande des éclaircissements. On sait que presque en même temps plusieurs chirurgiens français ont imaginé pour le bec-de-lièvre des modifications dans ce genre en poursuivant à la vérité un autre but, c'est-à-dire en cherchant un moyen de pallier l'encochure qui suit la réunion des deux moitiés de la lèvre.

Pour cela, au lieu d'enlever complétement les deux bords cicatrisés qui circonscrivent latéralement la fissure, ils ont donné à ces deux bords, en les isolant, la forme de petits lambeaux à pédicule inférieur et les ont utilisés pour former le tubercule médian après les avoir renversés de haut en bas.

Voici le premier vestige de l'avivement sans perte de substance. Je dis le *premier vestige* parce qu'on retranchait quelquefois un des bords et que d'ailleurs l'idée de ménager le plus possible de parties molles n'était pas encore en cause.

M. Nélaton, au contraire, dans des cas exceptionnels à la vérité, a formulé théoriquement et pratiquement cette idée importante. Dans certains becs-de-lièvre incomplets, c'est-à-dire n'occupant pas toute la hauteur de la lèvre, il n'a pas avivé à proprement parler, mais il a conduit une incision courbe parallèlement à l'arcade cintrée que présente la fissure et à plusieurs millimètres du bord de cette arcade sans arriver toutefois jusqu'à la marge de la lèvre. Cette manière de faire produit deux résultats importants.

1° Tout le bord muqueux de la fissure constitue une languette épaisse et bien nourrie étendue en forme de pont entre les deux moitiés de la lèvre, auxquelles elles adhère assez largement pour que sa nutrition soit assurée. Cette languette, tant qu'elle n'est pas écartée du reste de la lèvre, présente une concavité tournée en bas; mais il est facile d'intervertir cette position, et alors le bord muqueux prend une direction telle, qu'il figure un prolongement plus ou moins conique, convexe en bas, et qui, au premier moment, semble une espèce de trompe verticalement dirigée et proéminant au-dessous du bord libre de la lèvre. Lorsque cette apophyse charnue s'atrophie à la longue, elle reproduit très bien le tubercule médian de la lèvre.

2° Plus important peut-être que le premier, le second résultat consiste à transformer une fissure en une perforation ovalaire, à bords épais, dont l'occlusion est presque assurée. En effet, il suffit de convertir la plaie ovale en une plaie linéaire verticale au moyen de deux ou trois points de suture.

Si la réunion immédiate fait défaut, la perforation, tapissée dans tout son contour par une couche épaisse de bourgeons charnus, ne tardera pas à se fermer, et cela bien plus certainement que la plaie angulaire qui succède aux procédés ordinaires quand l'adhésion a manqué.

Cela est tellement vrai que, dans les opérations ordinaires de bec-de-lièvre, il n'est pas absolument nécessaire, pour le succès de l'opération, que la réunion primitive réussisse dans toute l'étendue de la plaie; si le point de suture inférieur tient bon, l'hiatus qui résulte de la désunion des points supérieurs se couvre de bourgeons charnus et se ferme consécutivement d'une manière presque certaine.

Le même mode d'avivement convient également au voile du palais quand la division ne va pas jusqu'à l'épine nasale. La bandelette marginale, ainsi séparée du reste du voile, se replie en bas de manière à constituer une luette assez développée; en même temps, elle réunit par en bas les deux bords de la division et remplace un point de suture qui aurait réussi. Ce n'est pas seulement aux fentes verticales que cet avivement sans perte de substance est applicable : M. Reybard, dans un travail très intéressant sur les fistules uréthrales congénitales, a décrit un procédé qui renferme le même principe, car il ne fait subir aux bords de la fissure aucune diminution; point important, car l'étoffe organique, dans ces cas, est rare et précieuse.

Nous n'en dirons pas davantage aujourd'hui; il nous suffit de montrer qu'il y a ici plus qu'un petit détail opératoire isolé : c'est l'avivement en général qui est en question et qu'il convient de modifier, pour les cas au moins où il est d'intérêt majeur de ménager le plus possible les bords de la perte de substance qu'on veut combler.

Nous donnerons plus loin, à propos de la méthode indienne, un procédé employé avec succès par M. Denonvilliers, et qui réalise l'idée conservatrice de M. Bouisson, en la perfectionnant même suivant moi.

Le mémoire que j'analyse me fournit matière à une digression qui me fait sortir un peu de mon rôle de narrateur, mais qui, je l'espère, trouvera, en raison de son importance, grâce devant le lecteur. Les progrès à réaliser dans l'art anaplastique ne consistent pas uniquement, suivant moi, dans la découverte de nouveaux procédés, de modifications dictées par l'étendue variable des lésions ou enfantées par l'imagination ingénieuse des chirurgiens. Un grand but à poursuivre, c'est d'adapter telle ou telle opération ancienne ou nouvelle à la nature de l'altération qui nécessite et l'exérèse et la réparation organique. Dans la plupart des opérations chirurgicales, l'anatomie pathologique régit le choix des ressources et domine de haut les questions de manuel opératoire. Chacune des observations de M. Bouisson en est la preuve. Dans la troisième, il s'agit d'une hypertrophie bornée aux éléments de la peau. Dans ces cas, les parties solides sous-jacentes, os et cartilages, restent saines; on peut les conserver, on les conserve, on réussit. Dans le quatrième fait, l'ulcération, quoique très ancienne déjà, est fort large, mais reste tout à fait superficielle : même intégrité des plans sous-cutanés, même parcimonie opératoire à leur égard, même succès. Les choses seraient-elles dans le même état à la suite d'un cancer? Évidemment non. La nature différente du mal, sa marche envahissante, sa tendance à la récidive, devraient complétement modifier le plan chirurgical. A propos des tumeurs cutanées et des ulcérations du nez, M. Bouisson remarque que le pouvoir destructeur de ces lésions s'accomplit généralement avec lenteur, qu'il trouve à son envahissement en profondeur une résistance bien marquée, due sans doute à la nature organique des fibro-cartilages qui forment la charpente des ailes du nez et des contours des narines, en sorte, ajoute-t-il, qu'il est très commun, quand on doit remédier par la rhinoplastie aux ravages morbides produits par ces ulcérations, de rencontrer des débris cartilagineux ou fibrocartilagineux ayant conservé leur intégrité.

Nous avons vu plus haut que M. Baudens songeait à revendiquer la découverte du même fait d'anatomie pathologique. S'il fallait décider la question de priorité, il serait facile de mettre les plaideurs d'accord en se reportant à un mémoire déjà fort ancien et qui a eu plus d'une fois déjà les honneurs de la citation (1). On y lit le passage suivant : « Les ailes du nez, le lobule de cet organe, semblent souvent affectés de cancer profond; j'ai montré à ma clinique de la Pitié que *presque toujours ces carcinomes avaient épargné les cartilages*, et que, par une *dissection soignée*, on évitait l'ablation d'une partie de l'organe. » (Page 124.)

Ces remarques sont, d'après mes propres recherches, d'une entière exactitude. Sans parler du cancer, du lupus, de l'éléphantiasis et des ulcérations syphilitiques ou scrofuleuses, on peut dire que les téguments du nez sont, avec les paupières, une sorte de lieu d'élection pour ces affections morbides désignées par les anciens chirurgiens sous le nom vague de *noli me tangere*. J'ai examiné un nombre considérable de ces productions, et j'ai acquis sur leur nature intime des notions qui sont de nature à jeter quelque lumière sur ce sujet. Peut-être en les exposant montrerai-je que, malgré l'opposition plus ou moins systématique de quelques contemporains peu au courant de la question, le microscope fournit décidément à la pratique des éclaircissements qui ne sont pas à dédaigner.

L'aile du nez est formée de deux téguments adossés et séparés par le cartilage. Le tégument interne, jusqu'au niveau à peu près du rebord supérieur du cartilage annulaire, présente les caractères de la peau ordinaire avec son épiderme pavimenteux, ses papilles, ses glandes sébacées et sudoripares, ses follicules pileux très développés. La muqueuse pituitaire ne commence guère réellement qu'à 1 centimètre au moins de l'orifice. Les furoncles et les abcès tubériformes, maladies propres à la peau, s'y rencontrent communément.

Deux fois j'ai vu le cancroïde s'y développer primitivement. Dans les deux cas il affectait la forme papillaire de la manière la plus tranchée; l'insertion du mal restait confinée au voisinage de l'orifice. Dans un cas que j'ai recueilli dans le service de M. Denonvilliers, la tumeur avait acquis un grand volume; elle avait défoncé la cloison pour faire saillie dans la fosse nasale du côté opposé. En même temps la peau extérieure correspondant à l'insertion du mal était en voie de perforation et d'envahissement; mais au début elle était, pendant un certain temps, restée indemne. L'extirpation n'empêcha pas la récidive de se faire avec rapidité et grande activité. La marche du mal continua, et, si j'ai bonne mémoire, on fut obligé plus tard de faire une mutilation très étendue. Dans le second cas, la peau extérieure et la peau intérieure étaient simultanément envahies; mais l'altération

(1) *Des cancers superficiels qu'on croyait profonds*. Ce mémoire, de date beaucoup plus ancienne, est reproduit dans le 1er volume de *Clinique chirurgicale de la Pitié*, par J. Lisfranc, 1841, page 114.

était de nature différente dans ces deux points : en dedans, *hypertrophie papillaire ;* en dehors, *hypertrophie glandulaire.* Le cartilage avait disparu entre ses deux parasites et les laissait se mélanger dans le centre de la tumeur. La marche du mal, d'abord lente, avait en deux mois pris une singulière activité. Le volume de la tumeur s'accroissait de jour en jour quand j'entrepris l'ablation. Malgré l'absence d'engorgement ganglionnaire, la conservation de la santé générale et le défaut de signes de cachexie, j'ai considéré cette forme de cancroïde comme grave et très redoutable par sa tendance envahissante.

Les tumeurs et les ulcérations extérieures que j'ai étudiées étaient de toute autre nature ; elles étaient dues à l'hypertrophie des glandes de la peau. Dans un cas, le mal siégeait dans les glandes sébacées : la pièce fut recueillie à l'amphithéâtre, et par conséquent sans renseignements. Les deux tiers environ des téguments du nez étaient recouverts par des croûtes épaisses d'un jaune brun très tenace ; leur ablation découvrait une surface inégale, anfractueuse, qui paraissait profondément ulcérée en certains points et boursouflée dans d'autres. L'examen microscopique détaillé que j'ai dans mes notes, et dont je ne veux donner ici que le résultat, me démontra que le mal provenait de l'ulcération d'une foule de glandes sébacées considérablement hypertrophiées. Dans la gangue épaisse qui formait le fond et les parties saillantes de l'ulcération, on retrouvait en grande quantité les culs-de-sac si caractéristiques de ces glandes ; le périchondre était injecté, épaissi sans doute par voisinage ; mais nulle part le cartilage n'avait été entamé. Quoique je n'ai pas retrouvé l'occasion d'examiner des cancroïdes sébacés, je pense que cette variété n'est pas rare, et, si j'ai bonne mémoire, on trouve des cas fort analogues dans un beau mémoire récent de M. Luigi Porta sur les *tumeurs des follicules sébacés.*

L'hypertrophie des glandes sudoripares joue un rôle bien plus important encore. Préoccupé depuis longtemps de la structure des diverses ulcérations de la peau, et en particulier de la composition de ces *noli me tangere*, je n'ai négligé aucune occasion d'étudier, soit à l'amphithéâtre, soit à l'hôpital, les tumeurs grosses ou petites, ulcérées ou non, qui sont si communes à la peau du visage. J'étais frappé de la concordance générale des auteurs en ce qui touche la bénignité relative très grande du prétendu cancer du nez, des joues, des paupières. L'observation m'avait même démontré qu'en rangeant à la rigueur ces affections dans les tumeurs épidermiques ou cancroïdes, il fallait séparer encore celles qui occupent la continuité de la peau du visage et des autres régions du corps de celles qu'on rencontre au niveau des orifices naturels ou sur les muqueuses. Les résultats que j'ai obtenus, et qui portent aujourd'hui sur près de trente observations, sont très concluants. Je crois avoir découvert la véritable structure du *noli me tangere*, et puis affirmer que, dans la majorité des cas, les ulcérations à marche lente n'occupant que la superficie de la peau, sans tendance à l'envahissement en profondeur, sont constituées par les glandes sudoripares hypertrophiées qui d'abord forment des *bosselures sous-cutanées*, qui ensuite distendent et amincissent la peau, puis la perforent et enfin viennent végéter à l'extérieur, ou bien sont entamées dans leurs couches extérieures par un travail d'ulcération.

Cette constatation me paraît importante sous plusieurs rapports :

1° Elle rallie ensemble la tradition ancienne et les données de l'anatomie pathologique moderne. En effet, si les *noli me tangere* ont une marche bénigne, c'est qu'ils doivent être rapprochés d'une classe de maladies généralement bénignes dans toutes les régions, savoir : les adénomes glandulaires.

2° Elle permet de faire pour la peau, dont les tumeurs sont si communes, un départ analogue à celui qui a été fait pour la mamelle, pour la parotide, pour les glandes palatines, et de distinguer dans tous ces organes le vrai cancer d'avec les maladies qui le simulent et qui ont été si souvent et si longtemps confondues avec lui.

3° Elle explique la marche lente, l'absence d'engorgement ganglionnaire, l'indolence, le défaut de cachexie et la possibilité bien démontrée d'une cure radicale quand la médecine opératoire intervient convenablement. Ce n'est point ici le lieu de m'étendre sur ce sujet, que j'ai déjà effleuré dans diverses publications, et dont j'ai parlé longuement devant les Sociétés anatomique et de biologie. Je veux seulement terminer cette excursion anatomo-pathologique en citant une observation que j'ai recueillie l'an dernier, parce qu'elle a directement rapport au sujet qui m'occupe.

Adénome sudoripare ulcéré du lobule du nez (cancroïde, épithélioma, *noli me tangere*); *extirpation sans autoplastie ; guérison.*—Un vieillard de soixante-six ans, sans profession, robuste et jouissant d'une très bonne santé, vint me consulter à l'Hôtel-Dieu pendant le mois de septembre 1856 ; il portait au bout du nez une affection cancroïde qui remontait à huit années. Elle avait débuté par un petit bouton indolent qui s'était couvert de croûtes à plusieurs reprises ; cette croûte avait été arrachée, s'était reproduite, et, comme le mal ne guérissait pas, deux ans après son apparition, notre homme était venu réclamer les conseils de M. Philippe Boyer. Unc application de pâte arsenicale avait été faite et avait amené promptement la guérison Quatre ans plus tard, le mal avait récidivé dans la cicatrice ; une nouvelle ulcération recouverte de croûte s'était formée, et, après quelques moyens insignifiants, une nouvelle application de caustique avait été faite avec succès. Un an après, nouvelle récidive, toujours dans le même point ; les progrès du mal avaient été lents et ses caractères n'avaient pas changé. Je constate l'état suivant : la peau de la face est rouge, inégale ; plusieurs petites verrues sont disséminées çà et là ; en d'autres points, l'épiderme s'exfolie, laissant voir au-dessous de lui des vascularisations circonscrites du derme. En un mot, la peau du visage présente cette altération générale particulière à la plupart des sujets qui sont affectés de *noli me tangere*. Le nez est assez large ; toute la face antérieure du lobule est occupée par une croûte assez dure, inégale et peu adhérente, séparée des couches sous-jacentes par une petite quantité d'un fluide puriforme. En soulevant cette croûte, on découvre une surface ulcérée, mamelonnée, d'un rose jaunâtre, qui ne s'étend point en profondeur et qui, au contraire, paraît recouverte de végétations charnues de nature particulière. Le boursouflement de la plaie est plus marqué à la circonférence qu'au centre ; elle fait d'ailleurs, au-dessus du niveau des parties environnantes, une saillie qui dépasse à peine 2 ou 3 millimètres ; les bords de l'ulcération sont taillés brusquement, légèrement soulevés en talus du côté des parties saines et entourés d'un liséré rouge de 2 ou 3 millimètres de largeur. Dans le voisinage, la peau est adhérente aux couches profondes, ce qui, du reste, est naturel dans cette région.

J'insiste en particulier sur ce point : il n'y a pas d'excavation profonde ; la substance charnue qui remplit l'ulcération est d'une coloration d'un rose jaunâtre toute particulière que j'ai retrouvée déjà dans plusieurs productions de cette nature ; il n'y a pas entre la croûte et les bourgeons de débris épidermiques pulpeux ; enfin, quoique douloureux, l'arrachement de l'enduit superficiel desséché fournit à peine quelques gouttelettes de sang, ce qui indique que le tissu sous-jacent est peu vasculaire.

Je m'appesantis à dessein sur ces caractères minutieux parce

qu'ils m'ont permis de porter avant l'opération un diagnostic précis sur la nature du mal et qu'ils pourront servir aux autres comme ils m'ont servi à moi-même.

Au pourtour de l'ulcération se voit un bon nombre de petits points blancs, gros comme la tête d'une petite épingle, qui ne sont autres que les glandes sébacées si volumineuses dans cette région et qui sont hypertrophiées par voisinage; je diagnostiquai donc une ulcération entée sur une hypertrophie des glandes sudoripares; nulle trace d'engorgement ganglionnaire. Le malade insistait beaucoup pour être opéré de nouveau par le caustique, mais comme je ne connaissais pas exactement les limites profondes de l'affection; comme d'autre part, en raison des deux récidives précédentes, une extirpation complète me paraissait indispensable, je préférai l'instrument tranchant. Je cernais donc avec le bistouri toute la partie malade en m'éloignant suffisamment de ses limites; puis je détachais une petite plaque de la peau en disséquant avec précaution de manière à ne point intéresser le cartilage du lobule. Plusieurs artérioles, d'un très petit volume, donnérent du sang et génèrent l'opération qui fut assez longue et assez douloureuse. Je mis complétement à nu l'extrémité antérieure des cartilages des ailes du nez, des applications d'eau froide, et la compression à l'aide des doigts suffirent pour arrêter l'écoulement sanguin. La perte de substance était large mais je ne songeais point à la combler par l'autoplastie, qui aurait nécessité des incisions et des décollements assez considérables en raison de la fixité de la peau du dos du nez. Le malade retourna chez lui. Je conseillai des applications d'eau fraîche pendant quelques jours pour tout pansement, puis un petit lambeau de baudruche fut placée sur la plaie et la cicatrisation s'opéra au-dessous de lui. Il ne fallut pas moins de trois semaines pour amener la guérison; ce qui s'explique, car les cartilages qui formaient le fond de la plaie sont peu propres à engendrer des bourgeons charnus. Aucun accident, néanmoins, n'entrava la guérison et l'alitement ne fut pas nécessaire un seul jour.

L'examen microscopique de la tumeur m'a démontré l'exactitude du diagnostic porté avant l'opération. Je me suis assuré de plus qu'en rasant par la dissection le cartilage nasal, j'avais très suffisamment dépassé les limites du mal. Les bourgeons rosés étaient composés par des amas d'épithélium pavimenteux élégamment disposé en mosaïque et mélangé çà et là de globes épidermiques petits, arrondis, fort réguliers. Il n'y avait, au centre de la tumeur, aucune forme anatomique distincte pouvant faire reconnaître les tubes glandulaires. Mais à la circonférence de l'ulcération existait un petit bourrelet saillant, large de 2 à 3 millimètres, encore recouvert par la peau amincie. On trouvait là des glandes sudoripares en voie d'hypertrophie qu'on pouvait assez aisément énucléer avec la pointe du scalpel et qui étaient encore facilement reconnaissables. Les tubes enroulés étaient très amplifiés, friables, presque complétement dépourvus de paroi propre; mais ils avaient gardé leur contour régulier, arrondi, offraient comme de coutume des appendices digitiformes ou ampullaires très bien circonscrits. L'épithélium qui les constituait était disposé avec la plus grande symétrie et avait conservé presque le même aspect que dans les glandes normales.

En un mot, je retrouvai au degré le plus tranché les caractères que j'ai assignés à l'adénôme sudoripare.

J'ai revu le malade tout récemment. La guérison ne s'est pas démentie; la cicatrice qui s'est faite de toute pièce est mince, lisse, un peu plus pâle que les parties voisines; elle adhère au cartilage. Elle est moitié moindre environ que la plaie d'extirpation, mais ne présente rien de choquant. Elle ressemble à une légère cicatrice de variole ou de brûlure. Le malade est très satisfait du résultat.

Ceci me confirme dans l'idée qu'après l'extirpation des tumeurs superficielles du nez, quand elles ne sont ni trop étendues ni trop rapprochées du sillon génial, et qu'enfin l'extirpation n'entame pas les cartilages, on peut négliger le secours de l'autoplastie sans avoir à redouter une difformité consécutive fâcheuse. Lisfranc, dans le mémoire que j'ai cité plus haut, s'exprime très nettement à cet égard. Il s'agit des carcinomes superficiels du nez. « La peau, dit-il, qui borde » la solution de continuité produite par l'opération jouit de » fort peu de mobilité; elle ne cède presque pas aux tractions » que la cicatrice exerce sur elle, d'où naît une cicatrisation à » laquelle les téguments ne concourent pour ainsi dire pas. » Ayez la précaution de réprimer souvent les bourgeons » charnus avec le nitrate d'argent, et la difformité sera à » peine appréciable; la rougeur du tissu inodulaire est » bientôt remplacée par une teinte un peu plus blanche que » celle de la peau, qui semble d'ailleurs pour ainsi dire » n'avoir éprouvé aucune déperdition de substance. » (Page 125.)

Nous verrons dans la suite que M. Langenbeck n'a pas craint de dénuder le côté sain du nez pour réparer une perte de substance de l'autre face de l'organe. Nous verrons encore que M. Denonvilliers ne cherche pas à combler la plaie qui résulte de l'abaissement de son lambeau, de telle sorte qu'il y a là une idée qui mérite d'être étudiée et qui pourrait se formuler ainsi : *Toutes les fois qu'il existe une perte de substance aux téguments du nez sans perforation du cartilage et que cette perte de substance n'est pas très étendue, on peut abandonner la cicatrisation aux seuls efforts de la nature sans tenter ni réunion immédiate ni apport d'un lambeau cutané.* Tout partisan que je suis de l'autoplastie, je pense qu'il ne faut l'employer qu'alors qu'elle est tout à fait nécessaire. Je livre donc les réflexions précédentes à la méditation des chirurgiens.

AR. VERNEUIL,
Agrégé de la Faculté de médecine.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

ANTHROPOLOGIE. — *Des caractères au moyen desquels on peut reconnaître la dégénérescence de l'espèce humaine. Stérilité et fécondité bornée*, par M. *Morel*. (Extrait.) — Le but de ce mémoire est d'appeler l'attention sur certaines difformités de l'ordre physique, sur certaines anomalies de l'ordre intellectuel et moral, qui, par leur apparition uniforme et constante chez les *races maladives ou dégénérées*, forment un des caractères distinctifs de ces races, et permettent, à la simple inspection de ces phénomènes anormaux, de faire remonter les individus à leur véritable origine.

Je désire démontrer surtout qu'un des caractères les plus saillants de la dégénérescence est la stérilité des individus. Mais si la stérilité ou l'impossibilité absolue de reproduire son espèce est le caractère le plus vrai de la dégénérescence, il en est d'autres qui se rapportent également aux fonctions importantes de la génération, et qui consistent dans ce que M. le professeur Flourens a appelé, pour un autre ordre de faits, *la fécondité bornée*. « Les métis, dit ce savant, sont inféconds à la deuxième ou troisième génération. » Il est bien exceptionnel, en effet, que lorsqu'un mal héréditaire d'une nature dégénérative se produit et se transmet dans une famille, les individus ne deviennent pas stériles à la troisième ou quatrième génération, au cas où rien n'a été fait pour faire remonter les individus.

Mais cette fécondité bornée se révèle non-seulement par la difficulté de la reproduction chez les êtres dégénérés, mais par le

peu de *viabilité* des individus auxquels s'est transmis le principe de la dégénérescence.

L'état dégénératif peut exister à l'état sporadique aussi bien qu'à l'état endémique. On le trouve à l'état endémique dans certains milieux déterminés, tels que les contrées marécageuses et les grandes villes industrielles.

La dégénérescence à l'état sporadique s'exerce dans tous les milieux, dans toutes les conditions sociales où règnent quelques-unes des causes maladives que j'ai signalées dans mes dégénérescences, comme étant le point de départ de funestes transmissions héréditaires.

Après avoir indiqué les caractères physiologiques de la dégénérescence, l'auteur passe en revue les caractères physiques : développement incomplet des organes de la génération, réduction de la taille, difformités du squelette, du système dentaire, des oreilles, etc. Nous ne pouvons le suivre dans cette partie de son travail qui exigerait des développements trop étendus pour trouver place ici. (*Comm. :* MM. Serres, de Quatrefages, J. Cloquet.)

CHIRURGIE. — *Du massage dans le traitement des entorses de l'homme*, par M. *Girard*. (Extrait.) — M. Baudens, dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine, constate que « sur » un chiffre de 78 amputations de jambe ou de pied, 60 avaient » pour origine une entorse, 18 seulement étaient étrangères à cette » cause. » Cette citation suffit pour faire juger de la gravité de la lésion dont le traitement fait l'objet du présent travail.

Bien que nous ne revendiquions pas l'honneur d'avoir le premier mis en pratique le massage pour le traitement des entorses, nous n'espérons pas moins qu'on nous saura gré de l'avoir étudié, modifié, et d'avoir fait tous nos efforts pour exhumer un traitement qui depuis trop longtemps a été exploité par des hommes ignorants ou par un trop petit nombre de médecins.

C'est après avoir été témoin d'une cure remarquable, opérée sur un de nos camarades par un homme étranger à la science, que nous avons voulu étudier sérieusement un moyen que nous sommes autorisé aujourd'hui à croire aussi rationnel qu'efficace. Nous l'avons heureusement modifié en supprimant toute espèce de traction, en agissant seulement par un massage tellement gradué que nous évitons au malade la plus légère douleur. Jusqu'à ce jour, et dans tous les cas, nous avons été assez heureux pour prouver d'une manière évidente toute son efficacité.

Suivent quinze observations, toutes tendant à prouver les bons effets du massage méthodiquement pratiqué dans le traitement des entorses. (*Comm. :* MM. J. Cloquet, Jobert, M. le maréchal Vaillant.)

PHYSIQUE APPLIQUÉE. — M. Despretz présente un mémoire de M. *Pélikan* contenant des *Recherches expérimentales sur les causes des contusions produites par le vent du boulet.* (*Comm. :* MM. Piobert, Despretz, M. le maréchal Vaillant.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1857.—PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

M. le docteur *Démétrius Diamantopulos* (de Constantinople) communique une note sur une nouvelle méthode de pansement applicable après les amputations pratiquées sur l'avant-bras et la jambe. (*Comm.:* MM. Malgaigne et Huguier.) — M. *Scoutetten*, membre correspondant de l'Académie, demande à être porté sur la liste des candidats au titre d'associé national dans la section de chirurgie. (*Commission des associés nationaux.*) — M. le docteur *de la Mardière*, secrétaire de la Société de médecine de Poitiers, adresse, au nom de cette Société, un rapport sur la statistique des causes de décès. — M. le docteur *Larroque*, de Masseube (Gers), adresse un mémoire sur une épidémie de petite vérole qui a régné dans ce canton pendant les premiers mois de cette année. (*Commission des épidémies.*) — M. le professeur *Dumas*, médecin des épidémies à Montpellier, adresse l'esquisse d'un compte rendu des maladies à forme épidémique ou populaire qui ont plus particulièrement régné dans le département de l'Hérault en 1854. (*Commission déjà nommée.*) — M. *Champouillon*, médecin principal au Val-de-Grâce, adresse le résumé d'un mémoire sur le traitement de la phthisie par le déplacement des malades (nous publierons le mémoire). (*Comm.:* MM. Louis et Grisolle.)

M. *Fordos*, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Antoine, soumet à l'examen de l'Académie un appareil qu'il a imaginé pour donner des douches et des injections, soit d'acide carbonique pur, soit d'acide carbonique ou d'hydrogène chargé de vapeurs anesthésiques ou médicamenteuses.

M. *Velpeau* présente, au nom de M. John Hughes Bennett, professeur de physiologie et de médecine clinique à l'Université d'Édimbourg, un travail ayant pour titre : *Classification, pathologie et traitement général des formations morbides.* (*Comm.:* MM. Cruveilhier, Jobert et Barth.)

M. *le président* annonce que l'Académie se formera en comité secret à cinq heures moins vingt minutes pour entendre les conclusions du rapport concernant le service des eaux minérales.

STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS.

Discussion.

M. *Guérard* donne lecture de la septième conclusion, qui est ainsi conçue :

« Le bulletin indicateur contiendra tous les documents ressortissant à la statistique. (Huitième question du ministre.)

» Dans ce but, il conviendra de rédiger un modèle que les médecins n'auront plus qu'à remplir. »

Cette conclusion est adoptée après une observation de M. Desportes.

M. Guérard donne lecture de la huitième conclusion, conçue dans les termes suivants :

« Les bulletins ne porteront aucun nom ; ils seront secrets, envoyés signés, cachetés et numérotés à la mairie, et ils parviendront à l'administration centrale en passant successivement par les chefs-lieux de canton, d'arrondissement et de département, et conservant dans ces divers passages leur date et leur marque extérieure d'origine. » (Septième question.)

M. *Malgaigne :* Messieurs, dans la dernière séance, j'aurais voulu qu'on renvoyât à la commission une conclusion que l'Académie a cru devoir adopter ; c'est voté, j'en fais mon deuil. Bon nombre de nos confrères ont pu voir cependant dans l'UNION MÉDICALE de ce matin une note d'un médecin distingué, M. Bertillon (de Montmorency), dans laquelle se trouvent reproduites quelques-unes des raisons que j'aurais voulu faire prévaloir dans la dernière séance. La nouvelle conclusion qu'on nous propose prescrit au médecin d'envoyer tous les bulletins indicateurs. J'ai reçu, et M. Velpeau en a reçu davantage encore, des lettres de médecins de provinces qui protestent contre les servitudes nouvelles qu'on veut leur imposer. Au lieu d'obliger le médecin à s'occuper de tout cela, est-ce qu'on ne pourrait pas faire demander au médecin tous ces certificats par l'administration ? L'administration du village, de la ville, enverrait chercher le certificat du médecin. Pour donner de la régularité à cette mesure, il suffirait de ne permettre l'inhumation que sur le vu de ce certificat. Il y a quelque chose de plus. la note de M. Bertillon nous apprend qu'à Montmorency cela est passé en usage. Ces sortes de choses ne s'improvisent pas, il faudrait y réfléchir ; je demanderai si une idée semblable, déjà adoptée dans quelques pays voisins, ne mérite pas d'être méditée, et je voudrais qu'il en fût rendu compte à l'Académie.

M. *Guérard :* Nous avons apporté une conclusion nouvelle pour en remplacer une autre dans laquelle nous faisons intervenir la famille ; nous avions d'abord proposé de ne permettre l'inhumation que sur la présentation par la famille du défunt d'un certificat d'un médecin traitant, qui attestât la réalité du décès. Ceci n'avait pas d'autre but que d'arriver là où veut en venir M. Malgaigne. Ce n'est pas seulement à Montmorency, mais dans beaucoup d'autres pays, que les choses se passent ainsi, et nous ne voyons aucun inconvénient à ce qu'il en soit de même partout. Nous avons dit que le bulletin indicateur serait porté à la mairie, nous n'avons pas dit par qui ; mais nous avons pensé que ce serait probablement par la famille. Nous avons dit que le bulletin, sans être décacheté, devrait passer de la mairie aux chefs-lieux d'arrondissement et de

département, et de là à l'administration centrale. Nous pensons que les bulletins seront portés à la mairie par les soins des familles, qui en comprendront les avantages, ne fût-ce que pour éviter les inhumations précipitées. Il est probable qu'on fera par toute la France ce qui est fait déjà sur plusieurs points du territoire. De même aussi, le médecin sera honoré partout selon l'usage du pays, sans qu'il soit nécessaire de rien spécifier à cet égard. Quant aux moyens à employer d'ailleurs, c'est à l'administration à les déterminer, et nous n'avons pas à entrer dans les détails.

M. *Devergie :* Il me semble que la commission avait demandé, dans une autre séance, que l'inhumation ne fût permise que sur la présentation d'un certificat du médecin traitant. Cette proposition me paraissait en rapport avec l'article 77 du Code civil, qui dit qu'aucune inhumation ne sera faite sans que l'officier de l'état civil se soit transporté sur les lieux et n'ait constaté la réalité du décès. Un maire ne peut accomplir à la lettre les prescriptions de cette loi, mais il en a toute la responsabilité; dans les villes de quelque importance, le soin de constater la réalité des décès est ordinairement délégué à un médecin, mieux compétent en pareille matière. Pour rentrer dans l'idée de M. Malgaigne, on lèverait une très grande difficulté dans la confection de la statistique nosologique des causes de décès si l'on demandait aux familles elles-mêmes de présenter un certificat constatant la cause du décès. Je m'associe de grand cœur à la proposition de M. Malgaigne.

M. *Guérard :* Le Code civil n'exige que dans certains cas particuliers la constatation du décès par un homme de l'art. La commission avait demandé d'abord un certificat attestant la réalité du décès, et en même temps un bulletin indicateur de la cause de décès; nous avions parlé du médecin vérificateur ou du médecin cantonal, à défaut de médecin traitant; l'Académie a préféré dire *un médecin délégué par l'autorité*. Il n'y avait aucun moyen moral de forcer le médecin à donner le bulletin indicateur sans obliger la famille à déposer à la mairie ce bulletin cacheté. A Montmorency, on a renoncé depuis longtemps au bulletin secret; mais comme des réclamations auraient surgi de tous côtés si nous n'avions pas fait une obligation du secret, nous avons maintenu cette obligation. Nous proposons à l'Académie de s'en tenir dans les termes vagues de la conclusion qui lui est soumise.

M. *Malgaigne :* L'idée que j'ai émise et que plusieurs autres avaient appuyée d'une plus grande autorité que la mienne, la commission l'approuve, et, après être convenue qu'elle est bonne, elle ne veut plus en entendre parler. Si ma proposition est bonne qu'on l'adopte, sinon qu'on vienne nous en signaler les vices. Voilà une œuvre grosse de difficultés, on vous indique un moyen qui remédie à quelques-unes de ces difficultés, et vous ne vous empressez pas de l'accepter. Le gouvernement ne devinera pas ce que l'Académie elle-même n'avait pas deviné dans sa dernière séance.

M. *Guérard :* Nous avions proposé une conclusion où nous demandions la double constatation du décès et de la cause du décès; nous l'avons retirée parce que des discussions trop fâcheuses se sont produites à ce sujet. Nous avons cru préférable dès lors de nous tenir sur la réserve, et de dire que le bulletin indicateur fourni à la mairie passerait de là aux chefs-lieux d'arrondissement et de département, pour arriver à l'administration centrale. L'administration l'a demandé jusqu'ici aux familles partout où elle l'exige, pourquoi ne ferait-elle pas de même partout? Nous l'avions proposé dans un article précédent qui a été rejeté. Nous sommes arrivés au commencement de la discussion avec un projet complet. La première conclusion rejetée, il a fallu modifier ce projet tout entier. Nous avions d'abord pensé à imposer aux familles cette obligation, qui nous paraît entièrement dans leur intérêt; nous avions demandé une double pièce, constatation du décès et indication de la cause au médecin traitant, et, à son défaut, au médecin vérificateur ou délégué par l'autorité. Depuis la discussion qui a été soulevée à cet égard, nous nous sommes tenus sur la réserve; nous nous contentons de dire que le bulletin, signé et cacheté, arrivera à l'administration centrale avec sa marque extérieure d'origine, tel qu'il aura été déposé. Nous ne voyons pas la nécessité d'imposer un moyen particulier pour faire parvenir ce bulletin.

M. *Malgaigne :* Vous venez nous dire que dans une autre séance vous avez proposé cette même mesure que j'indique, pas aussi clairement qu'elle est présentée aujourd'hui, selon toute probabilité, et vous ne nous faites pas savoir quels arguments vous ont fait fléchir. C'est à mon grand regret que je me trouve mêlé à cette discussion, étrangère à mes études; c'était à la commission à vous présenter un projet mieux étudié. Il me semble que l'Académie n'a pas été suffisamment instruite de ce qui se passe en Europe. On nous a apporté un projet élaboré de toutes pièces dans quelques cerveaux. S'il est vrai que l'institution fonctionne ailleurs, et qu'elle fonctionne bien, tâchons de faire de même. Vous nous dites : Ce moyen est bon, et vous ne voulez pas l'adopter. Avec ce moyen cependant, il n'y aura plus besoin de circulaire de l'Académie, et vous laisserez en repos le monde médical. Je dis donc que vous devez vous empresser de l'adopter, à moins qu'il n'y ait réellement de bonnes raisons pour le repousser. Tout le monde trouve ce moyen bon, excellent, dites-vous; l'administration sera très heureuse que vous le lui fassiez connaître. J'insiste pour l'adoption de cette proposition, qui sauvegarde la dignité de l'Académie, et je demande que la motion de M. Devergie soit mise aux voix, ou que la conclusion soit renvoyée à la commission.

M. *Guérard :* Si M. Malgaigne avait assisté à la lecture du rapport, il ne viendrait pas dire aujourd'hui que la commission n'a pas été informée de ce fonctionnement de la statistique qui a lieu dans toute l'Europe. La commission sait très bien tout ce qui s'est fait: il me suffira, pour convaincre M. Malgaigne, de relire les premières lignes de mon rapport. Je m'étonne du reproche immérité que M. Malgaigne adresse à la commission. La mesure proposée rentre dans le domaine de l'administration; nous n'avons pas à entrer dans les détails. Si l'Académie est dans les mêmes idées que nous, qu'elle adopte la conclusion que nous lui avons soumise, sinon qu'elle donne la préférence à la proposition de M. Devergie.

M. *Devergie :* Dans la formule donnée primitivement par M. le rapporteur, il mettait sur le compte du médecin traitant deux fonctions : constater le décès et indiquer la cause de la mort. C'est alors que l'Académie a cru devoir renvoyer cette conclusion à l'examen de la commission. On demande, au contraire, aujourd'hui que l'Académie émette le vœu qu'aucune inhumation ne soit autorisée sans que la famille remette à l'autorité l'indication de la cause de décès délivrée par le médecin traitant. Cette proposition a l'avantage de satisfaire implicitement au désir émis par M. Velpeau et quelques autres membres.

M. *Larrey :* Je n'ai qu'un mot à dire : il me semble que l'Académie doit s'inquiéter de savoir si l'administration choisira le meilleur des moyens à employer. L'administration peut être très embarrassée et choisir le plus mauvais. Je demande qu'on spécifie.

M. *Moreau :* Le bulletin indiquant la cause de la mort doit être absolument secret. La proposition de M. Devergie me paraît bonne, et il me semble qu'un mot suffirait pour l'introduire dans la conclusion que la commission vous propose. Il suffirait de dire, au lieu d'*envoyés*, *déposés par la famille à la mairie*. Pour que l'inhumation ait lieu, la constatation du décès suffit, autrement certaines lenteurs entraîneraient des inconvénients graves pour la santé publique. La déclaration de la cause du décès peut être faite dans les quelques jours qui suivront la mort, de même que cela a lieu pour les déclarations de naissance.

M. *Adelon :* Il y a trois actes, l'acte de naissance, l'acte de mariage et l'acte de décès; la loi a parfaitement indiqué les conditions de chacun de ces actes, et vous ne pouvez pas ne pas les respecter absolument. Je crois que la proposition de M. Devergie n'est pas en parfait accord avec les conditions spécifiées par la loi. La loi exige deux choses après un décès: que l'officier de l'état civil constate par lui-même la réalité du décès, et qu'il ne permette l'inhuma-

tion qu'après vingt-quatre heures. Avec la proposition de M. Devergie, il dépendrait donc d'un certificat médical, qui n'arriverait pas, d'arrêter l'inhumation au détriment de la santé publique. On confond l'indication de la cause de la mort avec l'accomplissement d'un acte civil, la constatation du décès. Il ne faut pas empiéter sur le domaine de la loi.

M. *Devergie :* Si nous faisions une loi, il faudrait abroger complétement celle qui régit les actes de décès, ou la modifier dans quelques-unes de ses parties. Ici nous ne faisons pas une loi, et il est probable qu'il n'en sera pas fait une d'après cette discussion. Nous émettons simplement un vœu, c'est que l'inhumation soit autorisée sur la présentation d'un certificat indiquant la cause du décès, autrement on aura une peine infinie à obtenir les bulletins indicateurs. Cela n'empêchera pas de faire les inhumations pressantes aux termes de la loi.

M. *Gibert :* Je ne veux dire qu'un mot; il est déplorable que nous voulions empiéter sur le terrain administratif. Vous voulez que des médecins soient appréhendés au corps par les familles ou par l'autorité, avec la proposition de M. Devergie. Nous gagnerons en dignité et en considération en n'adoptant pas cette proposition, qui serait pour les médecins une source de tracas et de procès. La commission a sagement fait en n'entrant pas dans les détails d'exécution pour la remise des bulletins. Je demande la priorité pour la conclusion de la commission.

La huitième proposition est mise aux voix et adoptée.

M. *Malgaigne :* Reste l'addition de M. Devergie.

M. *le président :* Il n'y a pas de proposition.

M. *Guérard* donne lecture de la neuvième conclusion.

Neuvième conclusion. — Le dépouillement des bulletins à l'administration centrale nécessitera une coopération médicale.

Cette conclusion est mise aux voix et adoptée, sauf rédaction.

M. *Guérard* donne lecture de la dixième conclusion, ainsi conçue :

Dixième conclusion. — Des encouragements, consistant en *médailles* et *mentions honorables*, pourront être accordés aux médecins qui montreront le plus de zèle à s'acquitter des nouvelles obligations qu'ils vont avoir à remplir.

M. *Velpeau :* Il me semble que cet article est de trop; donner des encouragements aux médecins qui mettront le plus de zèle pour indiquer les causes de décès, ne serait-ce pas les accorder à ceux qui auront le plus de morts. Je ne vois pas qu'on puisse déployer beaucoup de zèle à constater des causes de décès.

M. *Guérard :* Il y a plusieurs manières de rédiger un bulletin de décès, en indiquant avec plus ou moins de précision les circonstances de la maladie. La commission ne s'oppose pas d'ailleurs à la suppression.

La dixième conclusion demeure, par conséquent, supprimée de fait.

M. *Devergie* demande si le fait de délivrer cacheté le bulletin indicateur de la cause de la mort exonérera le médecin de la pénalité fixée par l'article 378 du code pénal.

M. *le président :* Assurément, puisque les bulletins ne porteront pas de nom, mais seulement des numéros d'ordre.

La discussion sur la statistique nosologique des causes de décès est définitivement close.

Lectures.

M. *Delafond* lit, en son nom et au nom de M. Bourguignon, un travail fait en commun, et ayant pour titre : *Recherches sur les animalcules de la gale de l'homme et des animaux, et la transmission de la gale des animaux à l'homme.*

— L'Académie se forme en comité secret.

Société anatomique.

SÉANCE DU 7 JUILLET 1857. — PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

Extrait du rapport de M. U. Trélat :

Appareil digestif et annexes.

Par l'importance de ses fonctions, l'étendue de son trajet, la multiplicité et la gravité des affections dont il est le siége, l'appareil digestif fournit aux études nécropsiques une moisson sans cesse renouvelée. Au milieu de faits nombreux, j'ai dû faire un choix et ne rappeler à vos souvenirs que ceux qui me semblaient avoir quelque importance.

Vous ne trouverez pas mauvais que j'aie consacré un paragraphe spécial aux hernies. Cette division m'a semblé nécessaire, pour ne pas grouper sana ordre des objets qui n'ont que des affinités apparentes.

Deux faits intéressants de division congénitale du voile du palais ont été mis sous vos yeux. Dans le premier cas présenté par M. Legendre (p. 31), la division, située à gauche de la ligne médiane, s'arrêtait à 1 centimètre de la voûte palatine; cette voûte ainsi que les lèvres et la luette étaient à l'état normal. Le muscle pharyngo-staphylin, très développé, formait une large bande musculaire recouvrant toute la moitié droite du voile du palais. Comme l'a très bien fait ressortir M. Legendre, la réunion n'aurait pu être obtenue qu'en employant le procédé de Fergusson. Sur la pièce que vous a montrée M. Siredey (p. 179), le maxillaire supérieur, moins développé qu'à l'état normal, était emboîté par le rebord alvéolaire du maxillaire inférieur, et quoique le voile du palais fût seul divisé sur sa ligne médiane dans une étendue de 2 centimètres et demi, le bord postérieur de la voûte palatine, au lieu d'être transversal, formait un V à pointe dirigée en avant, en sorte que le bord courbe formé par la réunion des deux moitiés du voile ne contenait pas de lame osseuse et était constitué par l'accolement des muqueuses palatines et nasales, très amincies. Le muscle palato-staphylin faisait seul défaut, les autres envoyant symétriquement leurs fibres jusqu'aux bords de la division et produisant un écartement de 18 millimètres. Pour satisfaire aux diverses indications d'un cas aussi complexe, il eût fallu, suivant M. Siredey, employer à la fois le procédé de Roux et celui de Fergusson, méthode mixte qui a fourni à M. Nélaton un beau succès et lui a permis de réunir toute l'étendue du voile du palais dans un cas de division complète portant sur cet organe et sur toute la voûte palatine.

M. Nadaud (p. 119) vous a fait voir une tumeur glandulaire du voile du palais, tumeur facile à énucléer, de la grosseur d'une noix, développée entre la couche antérieure des muscles et la muqueuse. L'histoire de ces tumeurs a été tracée d'une manière complète dans ces dernières années; le cas de M. Nadaud vient confirmer tout ce que vous connaissez sur la nature, la marche, la bénignité de cette affection.

Au nombre des causes des rétrécissements inflammatoires de l'œsophage, une des plus fréquemment observées est l'ingestion d'acides concentrés, et vos bulletins sont riches en faits de ce genre. Cette année M. Luton (p. 497) est venu vous en apporter un exemple remarquable, et par la lésion en elle-même, et par les complications qu'elle a présentées. Il s'agissait d'une femme qui, ayant bu par mégarde un acide assez concentré, succomba, après une longue inanition, à un rétrécissement double de l'œsophage et à une gangrène du poumon. Vous n'avez pas oublié, sans doute, les ingénieuses hypothèses dont le présentateur a fait suivre cette importante observation.

D'une part, l'absence de cicatrices dans la longueur de l'œsophage et même dans la bouche lui fait supposer que, conformément au dire de la malade, l'acide n'est pas arrivé au contact de la muqueuse œsophagienne, ou au moins ne l'a pas entamée; et alors les rétrécissements ne seraient pas dus à l'inflammation, mais ils seraient consécutifs à un resserrement, à une rétraction musculaire survenant sous l'influence de l'inaction presque complète à laquelle

le tube œsophagien a été condamné pendant une abstinence prolongée. Quant à la gangrène pulmonaire, il croit pouvoir la rattacher au début de l'affection, et l'expliquer par la chute de quelques gouttes du liquide caustique à travers la trachée et les bronches.

Dans un judicieux rapport, M. Millard (p. 504) vous a démontré que ces rétrécissements étaient bien d'origine inflammatoire, qu'ils n'avaient pas pour siége la membrane muqueuse, mais, comme l'a indiqué M. Follin, l'épaisseur du tissu sous-muqueux. Ce siége de l'induration et cette circonstance d'un double rétrécissement confirment l'analogie déjà signalée au point de vue anatomo-pathologique entre les rétrécissements de l'œsophage et ceux de l'urèthre. Je ne vous répéterai pas tous les arguments puisés dans l'observation elle-même, que le rapporteur a fait valoir pour rattacher la gangrène pulmonaire à l'inanition prolongée; il vous a rappelé que ce rapport étiologique déjà établi, par les recherches du docteur Guislain, avait été confirmé par les faits plus récents du docteur Fischel de Prague. A l'appui de cette opinion, M. Millard (p. 507) vous a fait part d'un fait de rétrécissement annulaire par un cancer épithélial de la partie supérieure de l'œsophage avec gangrène pulmonaire survenant comme accident ultime, et produite bien évidemment par l'abstinence prolongée. Ces deux faits, en prouvant que la gangrène pulmonaire peut être déterminée par l'inanition, nous permettent d'ajouter à l'histoire des rétrécissements de l'œsophage une complication des plus graves qu'aucun auteur n'a encore mentionnée.

Parmi les pièces pathologiques que vous a fournies le tube intestinal, une des plus curieuses est un exemple d'oblitération congénitale de l'intestin que vous a apporté M. Depaul. Il y avait continuité apparente de l'intestin, et cependant son canal était oblitéré assez loin du cæcum, vers le niveau de la réunion du jéjunum et de l'iléon. Dans un autre fait dont il vous a fait part, le tube était interrompu à la jonction de l'intestin grêle et du cæcum par un cordon fibreux de 4 ou 5 centimètres, continuant l'iléon et s'attachant sur le gros intestin au niveau de la valvule iléo-cæcale.

Dans les deux cas un anus artificiel avait été opéré suivant le procédé de Littre; l'intestin grêle avait été ouvert et le cours des matières rétabli.

M. Depaul avait diagnostiqué que l'oblitération devait être très haut, et probablement sur l'intestin grêle, en se fondant sur les signes suivants :

1° Une sonde introduite très loin dans le gros intestin ne retirait qu'un mucus grisâtre, sans méconium.

2° Les vomissements étaient venus très rapidement.

3° La percussion le long du gros intestin, et surtout à gauche le long du côlon descendant, donnait un son clair; tandis que, lorsque l'obstacle existe près de l'anus, l'intestin distendu par le méconium donne un son mat.

Les exemples d'oblitération congénitale en un point aussi élevé de l'intestin sont excessivement rares, et les deux faits de M. Depaul sont probablement uniques ; car les recherches qu'il a faites pour en trouver de semblables dans les auteurs sont restées infructueuses.

Les recherches de notre honorable président sur les symptômes et l'anatomie pathologique de l'ulcère simple de l'estomac se confirment chaque année par de nouveaux exemples.

De ces présentations qui ont figuré dans les comptes rendus précédents, les unes vous ont montré l'ulcération suprise à ses diverses périodes, depuis la simple érosion de la muqueuse jusqu'à la perforation complète ; d'autres vous ont fait voir comment des organes voisins de l'estomac, foie, rate, etc., peuvent venir obturer la perforation et, en contractant des adhérences, remplacer la portion de paroi qui fait défaut. Sur la pièce que M. Potain a mise sous vos yeux, vous avez pu voir une solution de continuité intéressant, dans une certaine étendue, les tuniques muqueuse, celluleuse et musculeuse ; une partie de cette solution de continuité était réunie par un tissu cicatriciel, dont la rétraction bridait transversalement l'estomac vers son milieu et le partageait, comme un bissac, en deux portions globuleuses. Par sa face postérieure, et près du pylore, l'estomac adhérait au pancréas, et, comme l'a fait remarquer M. Axenfeld dans les savantes considérations de son rapport, cette adhérence, en fournissant une insertion anormale aux fibres charnues, a dû changer le mode de contraction du viscère et coopérer, avec la rétraction cicatricielle, à lui donner cette forme singulière qui a frappé votre attention, forme rare mais déjà signalée dans les premières observations de M. Cruveilhier. L'ulcère avait son siége à la partie postérieure de l'estomac, près de la petite courbure ; cette circonstance, en apparence contradictoire de l'existence d'une cause traumatique, a fourni matière à une judicieuse argumentation, dans laquelle le rapporteur, tout en restant dans une sage réserve, a établi devant vous que le coup reçu sur la région épigastrique, point de départ des accidents, suivant le dire de la malade, aurait tout aussi bien pu causer une lésion primitive, une déchirure des tuniques stomacales, qu'exaspérer une affection déjà ancienne. Dans les deux hypothèses, soit comme cause primitive, soit comme cause adjuvante, cette contusion aurait pu déterminer les vomissements et l'hématémèse.

Sur l'estomac que vous a montré M. Plata-Azuero, on voyait trois ulcérations d'âges en apparence différents, dont la plus étendue était en voie de cicatrisation ; les parois de l'estomac, surtout au niveau du pylore, étaient hypertrophiées à ce point que, pendant la vie, on avait constaté une tumeur et diagnostiqué une affection cancéreuse. Ce serait le sujet d'une étude bien intéressante, et qui éclairerait bien des questions encore obscures, que l'histoire des hypertrophies des parois de l'estomac, hypertrophies de variétés très diverses, et que bien souvent on confond avec le cancer.

Nous devons à M. Guyot (page 78) un exemple de cancer des parois de l'estomac, avec cette particularité, indiquée, du reste, par plusieurs observateurs, d'une absence complète de signes caractéristiques ; l'infiltration cancéreuse n'avait envahi que la petite courbure de l'estomac ; elle n'était pas encore arrivée à la période d'ulcération, et les orifices étaient libres. Il n'en était pas de même sur la pièce que vous a montrée M. Foville (page 456) : dans ce cas, le pylore était la seule portion de l'estomac envahie par le cancer ; mais, par une rare particularité, l'altération morbide avait gagné la tête du pancréas, qui, ramollie et perforée, formait une sorte de canal rétablissant la communication entre l'estomac et le duodénum, et suppléant, en quelque sorte, l'orifice pylorique, presque complétement oblitéré. Une diarrhée colliquative, coïncidant avec la cessation de vomissements incessants observés jusque-là, signala la formation de cette voie anormale.

Sur la pièce qui vous a été présentée par M. Barth (page 110), les parois de l'estomac et le pancréas étaient, comme dans le fait de M. Foville, en proie à la dégénérescence cancéreuse ; mais, dans cet exemple, un des plus beaux qui se puissent voir d'une lésion aussi rare, le pancréas tout entier avait subi la transformation morbide, et son tissu glandulaire avait complétement disparu. Cette lésion n'avait pas été diagnostiquée pendant la vie, et bien qu'elle formât une tumeur du volume des deux poings, sa position profonde, à cheval sur la colonne vertébrale, sa situation en arrière de l'estomac, n'avaient pas permis de la reconnaître. Un dépérissement rapide, des douleurs de ventre vives et intermittentes, et une diarrhée rebelle, avaient été les principaux symptômes observés. M. Barth (page 111) vous a encore fait voir une hépatite traumatique purulente accompagnée d'un abcès profond de la paroi thoracique. Une discussion s'est élevée pour décider si ces abcès du foie, dont quelques-uns avaient le volume d'un petit œuf, étaient inflammatoires et consécutifs à une contusion de l'hypochondre droit, ou bien n'étaient que de simples abcès métastatiques. La première opinion a été appuyée par MM. Houël et Axenfeld, et votre secrétaire a trouvé, dans la présence d'une membrane pyogénique revêtant ces abcès, dans leur volume, dans leur aspect, des caractères qui les différenciaient nettement des collections purulentes métastatiques. L'action de la cause vulnérante avait été plus directe et plus énergique dans l'exemple de rupture du foie que nous devons à M. Bertholle. Cet organe était déchiré verticalement dans toute son épaisseur et dans presque toute l'étendue du lobe droit. Onze côtes étaient fracturées; mais aucun fragment ne

pénétrait vers l'abdomen, et l'action contondante pouvait seule être invoquée ici. Le poumon, par son élasticité plus grande, avait échappé à la déchirure. Je ne pense pas que cette immunité du tissu pulmonaire, dans une compression aussi violente, puisse être objectée à la théorie soutenue par M. Gosselin dans son mémoire sur les déchirures du poumon sans fracture de côte correspondante. Le blessé avait été surpris, pendant le sommeil de l'ivresse, par la roue d'une voiture pesante ; par conséquent, cet état de dilatation et de tension des cellules pulmonaires par les phénomènes physiologiques de l'effort, condition nécessaire à la production des ruptures, sur laquelle M. Gosselin a insisté à juste titre, faisait ici complétement défaut. Ce fait négatif confirme l'interprétation donnée aux observations de rupture du poumon publiées par Hewson et Smith.

M. Gallard vous a présenté un abcès du foie, de 18 centimètres de diamètre, parfaitement limité par le tissu hépatique, abcès curieux en ce qu'il était le produit d'une hépatite inconnue dans sa cause, et dont les symptômes sont restés latents, curieux encore par la complication qu'il a déterminée en provoquant successivement la phlegmasie du péritoine, du diaphragme de la plèvre et du péricarde.

Une communication intéressante vous a été faite par M. Tarnier (page 404) sur des taches sanguines du foie, qu'il considère comme le premier degré des abcès métastatiques dans cet organe. L'examen microscopique de cette lésion a été fait par M. Vulpian : le foie contenait une grande quantité de graisse, et M. Tarnier a insisté sur cette particularité, qu'il croit être un fait physiologique de l'état puerpéral et qu'il a rencontré dans toutes les autopsies de femmes en couches.

Vous devez à M. Schloss (page 361) une observation de pénétration probable d'un ascaride lombricoïde dans les voies biliaires. Cette pénétration aurait eu lieu pendant la vie, aurait déterminé des coliques hépatiques et un ictère, et la guérison aurait suivi de très près l'expulsion de l'helminthe. C'est une hypothèse dont M. Vidal a cherché, dans son rapport, à établir les probabilités, et, en l'absence de preuves directes tirées des faits mêmes, en rapprochant les principaux faits connus d'ascarides trouvés dans les voies biliaires, il a tenté de vous démontrer la possibilité de cette pénétration pendant la vie.

Je signale, en passant, un kyste hydatique du foie, très volumineux, que vous devez à M. Lala, et un kyste hydatique de la rate, trouvé sur un enfant de quatorze ans par M. Dubouée.

Je vous rappellerai encore quelques-uns des cas assez nombreux d'hypertrophie de la rate qui vous ont été présentés. Parmi ces faits, les plus dignes de votre attention sont celui de M. Gombault (page 461), dans lequel on trouva, à l'autopsie, une rate et un foie considérablement augmentés de volume ; celui d'hypertrophie de la rate, consécutive à la cachexie paludéenne d'Afrique, que vous a montré M. Millard (page 152); celui que vous a apporté M. Gallard (page 3), et à propos duquel la guérison de la leucocythémie a été discutée. Tous les symptômes cliniques de cette maladie, moins l'altération du sang, avaient été observés sur la malade dont M. Guyot (page 152) vous a fait voir la rate pesant près de 3 kilogrammes et demi, et contenant des infiltrations hémorrhagiques. Malheureusement, dans ce fait, les vaisseaux n'ont pas été examinés. Peut-être eût-on trouvé une phlébite ou une oblitération de la veine splénique, comme dans le cas d'hypertrophie hémorrhagique de la rate que M. Barth a montré à la Société en 1854 (page 366, année 1854), et que l'aspect du tissu splénique incisé nous rappelait parfaitement. Malgré les nombreuses recherches faites sur la physiologie et la pathologie de la rate, bien des questions sont encore obscures, bien des états morbides de cet organe sont indéterminés; mais de l'absence de dyscrasie leucocythémique dans ces différents cas d'hypertrophie splénique, il faut tirer cet enseignement que si, comme tout semble le démontrer jusqu'à ce jour, la diathèse leucocythémique est liée à une altération des solides, cette altération est d'une nature spéciale ; car la modification caractéristique des éléments essentiels du sang ne se rencontre pas indistinctement avec toutes les hypertrophies. Cette modification ne porte-t-elle que sur le nombre des globules blancs, comme l'ont admis jusqu'ici les auteurs qui se sont occupés de cette question, ou bien porte-t-elle encore sur leur structure? Sont-ils altérés, plus granuleux qu'à l'état normal, infiltrés de graisse, comme tendraient à le faire supposer les recherches de M. Vulpian (page 405) ?

C'est encore par la liaison d'une dyscrasie avec une altération spéciale des capsules surrénales qu'il nous faudra expliquer ce fait de maladie bronzée d'Addison dont M. Ladreit de la Charrière vous a remis l'observation, fait déjà présenté par M. Trousseau à l'Académie de médecine et qui nous a valu un consciencieux rapport de M. Blondeau.

Cette question est encore trop récente, trop pleine d'obscurités, et nous en avons vu un trop petit nombre de faits, pour qu'il nous soit permis de vous en présenter un résumé satisfaisant.

Hernies. — Nous avons reçu un certain nombre de communications relatives aux hernies. Quelques-unes sont seulement des variétés moins fréquentes par leur siége : ainsi MM. Millard et Du[illegible] Palier nous ont fait voir deux hernies diaphragmatiques du [illegible] gauche, prises, la première sur un enfant de quatre jours qui semble avoir succombé à la dyspnée, la seconde sur un fœtus à terme mort-né. Dans le premier cas, l'intestin grêle et une portion du gros intestin étaient contenus dans la poitrine ; dans le second, l'estomac, la rate, le duodénum, une portion de l'intestin grêle avaient fait irruption dans la poitrine.

Ces deux pièces étaient empruntées à des nouveau-nés, et l'[illegible] ne pouvait par conséquent pas apprécier les troubles des fonctions digestives. Il est permis de croire que, dans certaines circonstances, ces troubles sont nuls. Vous trouverez dans le *Moniteur des hôpitaux* de cette année l'histoire d'un homme de cinquante neuf ans qui succomba à une variole : jamais il n'avait offert le moindre signe de hernie interne. A l'autopsie on trouva une hernie diaphragmatique renfermant le côlon transverse, l'estomac, la rate et une portion de l'épiploon.

Une hernie obturatrice a été mise sous vos yeux par M. Lallemant : cette pièce avait été recueillie sur une femme de cinquante-trois ans qui avait succombé en présentant tous les symptômes d'un étranglement interne. M. Duchaussoy, examinant avec soin cette présentation, a reconnu que le cours des matières [illegible] n'avait pas pu être interrompu, car ce n'était pas l'intestin lui-même, mais bien un diverticulum de 3 centimètres de longueur [illegible] remplissait le sac. De plus, il n'y avait pas un étranglement véritable, car l'intestin adhérait à tous les points du sac et à son [illegible] ostéo-fibreux. Il est rationnel de penser qu'il y a eu une [illegible] inflammation de l'intestin hernié et que là est la cause des accidents.

Vous savez, messieurs, tous les efforts faits depuis dix ans [illegible] distinguer l'étranglement inflammatoire ou pseudo-étranglement [illegible] l'étranglement primitif ou véritable : nous allons trouver une variété de cette première espèce; mais on rencontre aussi des [illegible] l'inflammation du sac et de l'intestin, sans nulle constriction au niveau de l'orifice, cause des accidents redoutables [illegible] M. Malgaigne a donné le nom de *péritonite herniaire*. M. [illegible] vous en a fait voir une des mieux caractérisées qui a occasionné la mort du malade; l'orifice du sac pouvait admettre les cinq doigts; il n'y avait donc aucun étranglement. Les faits présentent un caractère plus douteux dans l'observation de M. Bonfils : une hernie crurale devient irréductible ; on fait des tentatives énergiques et infructueuses ; les accidents s'aggravent. Le lendemain, la réduction est facile; mais elle précède de quelques heures seulement la mort. L'autopsie fait voir une péritonite intense du sac, de l'intestin hernié et même du péritoine abdominal. Sur l'intestin, [illegible] flammation était parfaitement limitée à l'anse herniée. N'est-[illegible] pas en droit de croire avec M. Blot que, dans ce second cas, la péritonite avait été consécutive à un étranglement ? Cette manière de voir nous semble la plus probable.

Il n'est pas toujours donné de constater la cause anatomique de l'étranglement. M. Devouges nous a fait voir une pièce où le [illegible]

du sac jouait le rôle d'agent constricteur sans qu'il fût possible d'avoir le moindre doute à cet égard. Tandis qu'on pouvait facilement introduire deux doigts dans l'anneau inguinal, le collet du sac admettait avec peine un manche de plume.

Ces difficultés qu'on éprouve à constater le siége de l'étranglement vous ont frappés en examinant une hernie crurale que nous a montrée M. Besnier. On avait par deux fois porté le bistouri sur le ligament de Gimbernat, et cependant, en rapprochant les bords de l'incision, il était aisé de voir que l'anneau crural était large. Le débridement avait donc été inutile. C'était une conclusion prématurée, car une étude plus attentive faisait voir que la hernie s'était fait jour à travers le fascia crebriformis, et que le ligament de Gimbernat constituait seulement le bord supérieur de l'anneau anormal.

Le chirurgien rencontre parfois, en débridant une hernie, des obstacles qu'il ne peut vaincre ou qu'il ne saurait prévoir. M. Verneuil a mis sous vos yeux des pièces recueillies sur un homme qu'il avait opéré d'une hernie inguinale et qui succomba le lendemain de l'opération. A l'autopsie, il n'y avait pas de péritonite, l'anneau était libre, l'intestin n'était pas ressorti ; mais l'anse intestinale était entourée par un demi-anneau fourni par l'épiploon, qui bridait ainsi le calibre de l'intestin ; il y avait donc en même temps qu'un étranglement au niveau de l'anneau inguinal une sorte d'étranglement interne auquel il faut attribuer la mort du malade.

Nous trouvons, dans notre Bulletin de cette année, un autre exemple d'une complication analogue. On amène à la Charité une femme de soixante-sept ans, pâle, faible, les extrémités froides, n'ayant pas eu de selles depuis plusieurs jours : elle porte une hernie crurale déjà opérée quelques années auparavant. Cette hernie est réduite assez facilement ; mais les accidents persistent, et la malade ne tarde pas à succomber. A l'autopsie, on trouve une anse intestinale de 1 mètre de long, tordue et roulée sur elle-même de manière à interrompre le cours des matières fécales.

Nous devons à M. Cavasse des pièces éminemment instructives recueillies chez un malade opéré d'anus contre nature.

Vous savez, messieurs, de quelles précautions doit s'entourer le chirurgien dans de semblables opérations, quelles difficultés on éprouve à reconnaître l'un et l'autre bout de l'intestin, à savoir si ces deux bouts sont en contact ou éloignés l'un de l'autre, s'il existe entre eux cette double cloison que nous connaissons sous le nom d'*éperon*. Sur le malade de M. Cavasse, un simple repli de la paroi intestinale simulait l'éperon, et, après examen réitéré, l'entérotome avait été fortement serré sur ce repli. Au bout de trois jours, l'opéré succombait dans un état adynamique très marqué. A l'autopsie, on constatait que les deux extrémités de l'entérotome, appliquées sur un point où les deux faces séreuses n'étaient pas en contact, que ces deux extrémités avaient perforé les tuniques intestinales et faisaient saillie à l'intérieur du péritoine.

(La fin prochainement.)

Congrès de Bonn.

SECTION DE PSYCHIATRIE.

Président : Docteur MANSFELD.

MELANCHOLIA AGITANS, par le docteur RICHARZ. — La *melancholia agitans* peut se distinguer de la folie par un signe psychique. Dans l'une on remarque une suite, un peu vague il est vrai, dans les idées et le sentiment de la volonté ; dans l'autre, les idées sont brisées, pour ainsi dire : elles sont resserrées dans un cercle étroit et s'accompagnent d'un sentiment de déplaisir. La thérapeutique doit surtout s'attacher à combattre l'agitation : les symptômes d'irritation que l'on remarque viennent presque toujours de l'anémie du malade : voilà pourquoi le fer est le remède par excellence. Quand le malade témoigne de l'appétit, il faut le laisser manger autant qu'il le désire, tout en soignant son régime. S'il témoigne, au contraire, de l'inappétence, on lui administrera la liqueur *cupri köchlini*. Quand l'affection se lie à un mouvement fébrile on à une élévation de température de la peau, les bains auront un bon effet. Le quinquina est indiqué dans les complications d'éréthisme cardiaque, et le vin est bien préférable à l'opium, dont l'emploi dans ce cas est irrationnel et nuisible, qu'on l'emploie à faibles ou à fortes doses.

EFFETS DE LA DIGITALE ET DE LA DIGITALINE, par le professeur ALBERS (de Bonn). — Les faits les plus remarquables qui ressortent de mes recherches sont les suivants :

1° L'emploi de la digitale ou de ses principes produit dans la plupart des cas l'augmentation quantitative de l'urine ; dans tous les cas, le poids spécifique de ce liquide est augmenté.

2° La température du corps s'égalise.

3° Le pouls devient plus lent, plus vide et plus grand.

4° La durée de la respiration reste d'une régularité remarquable jusqu'au moment où le médicament produit l'arrêt total des contractions du cœur.

L'action de la digitale ne se limite pas à la diminution de l'irritabilité du cœur : elle appauvrit le sang. Son emploi est assez efficace, dans les affections cérébrales inflammatoires, quand on a triomphé des premiers accidents par un traitement antiphlogistique.

Deuxième séance. — Président : Professeur ALBERS (de Bonn).

Après une longue discussion sur le siége des altérations d'un cerveau présenté par M. *Hertz*, et quelques considérations de M. de Leonhardi sur le rôle de la substance cérébrale dans les altérations intellectuelles, M. Richarz insiste sur la valeur diagnostique de l'inspection pupillaire dans les affections cérébrales. On se contente, en général, de voir si la pupille est dilatée, et l'on ne s'inquiète pas assez du resserrement de l'iris. Il est très important, d'après l'orateur, de faire la comparaison des deux pupilles et de poursuivre cet examen à la lumière claire, à la lumière obscurcie, enfin dans l'obscurité. On tire des signes diagnostiques importants de l'état pupillaire, suivant le degré différent d'altération dans la forme et la dimension de l'une ou l'autre des deux pupilles.

3° *séance. — Président : M.* SCHRŒDER VAN DER KOLK.

SIÉGE ANATOMIQUE, ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES ET CAUSES DE L'ÉPILEPSIE, par le professeur SCHRŒDER VAN DER KOLK. — L'orateur cherche surtout à définir le siége anatomique de cette affection. Il décrit la moelle épinière, rapportant aux nerfs bilatéraux qui en naissent certains effets manifestes dans les courts accès d'épilepsie, et démontre que cette partie du système cérébro-spinal communiquant avec le cerveau, le cervelet et la moelle, est le siége précis des actions réflexes. C'est dans la moelle allongée que le savant professeur place le siége de l'épilepsie. Les recherches de Brown-Séquard viennent encore donner plus de poids à cette opinion. Elles démontrent que c'est à la moelle allongée qu'on doit rapporter les crampes bilatérales de l'épilepsie, les phénomènes convulsifs de la langue et de la luette. Enfin, les altérations pathologiques, l'augmentation du calibre des vaisseaux, s'accompagnant ou non de l'épaississement de leurs parois, les épanchements albumineux, le ramollissement, la dégénérescence graisseuse de la moelle épinière, tout vient confirmer cette manière de voir. Du reste, la moelle peut être affectée, et la cause occasionnelle se manifester brusquement et provoquer l'affection que rien ne décelait jusqu'alors ; c'est ainsi que des vers intestinaux, des obstructions, des strictures intestinales (surtout celles du côlon), les affections des reins, l'onanisme, des accidents traumatiques peuvent être causes déterminantes et provoquer une affection dont l'altération pathologique se préparait depuis longtemps.

DE L'IRRITATION SPINALE DANS LA MÉLANCOLIE, par le docteur ARNOLDI. — Il arrive souvent chez les mélancoliques que les vertèbres dorsales moyennes et les dernières cervicales soient douloureuses à la pression. L'auteur attribue ce phénomène à un simple rhumatisme qui peut aussi modifier les signes fournis par l'abdomen et la poitrine, au point de rendre le diagnostic très difficile. Le traitement local et antirhumatismal dissipe en peu de temps l'indécision par son heureuse et rapide action.

SECTION DE GYNÉCOLOGIE.

Président : M. KILIAN.

Les travaux académiques de cette section sont peu nombreux. Nous signalerons les communications suivantes :

PÉRINÉORAPHIE. — PÉRINÉO-SYNTHÈSE. — M. KUCHLER, de Darmstadt, propose un nouveau procédé pour la périnéoraphie. Il consiste à réunir d'abord la muqueuse et ensuite la peau pour changer une plaie pénétrante en plaie non pénétrante.

Dans la discussion qui a suivi cette communication, on a, ce nous semble, complétement oublié de tenir compte du procédé de M. B. Langenbeck, déjà décrit pourtant par M. Verhaegen et connu sous le nom de périnéo-synthèse. Les points les plus importants de ce procédé sont : 1° le dédoublement de la cloison recto-vaginale et la formation du lambeau vaginal ; 2° le mode de suture, employé surtout pour former le point anal,

en abaissant le lambeau rectal. M. Langenbeck, en fixant le bord du feuillet rectal de la cloison au moyen d'aiguilles courbées en arc (dont la corde a 0m,355, c'est-à-dire moins droites et moins longues que les aiguilles de MM. Roux et Mercier), arrête par la suture entrecoupée un plan fixe qui sépare le rectum du vagin, et isole ainsi ces deux conduits l'un de l'autre; 3° le lambeau vaginal comprend une double suture : celle de la peau, celle de la muqueuse vaginale, qui contient le tissu inodulaire de la cicatrice et qui recouvre l'autre suture, empêchant ainsi les sécrétions vaginales de troubler le travail cicatriciel. Le chirurgien de Berlin recommande d'évacuer chaque fois les urines au moyen de la sonde, de répéter fréquemment les injections vaginales, d'appliquer sur les lambeaux réunis des topiques froids, enfin de donner de l'opium à doses soutenues pour obtenir une constipation prolongée.

Compression de l'aorte abdominale pour arrêter les hémorrhagies utérines. — Sur la demande du docteur Seutin (de Bruxelles), M. Kilian ouvre la discussion sur la compression de l'aorte abdominale pendant la dernière période du travail, pour arrêter les hémorrhagies utérines.

M. le conseiller privé Schneemann (de Hanovre) rejette cette méthode et cite plusieurs cas de sa pratique où elle a complétement échoué. Après lui, le docteur Spiegelberger (de Göttingue) émet une opinion analogue, se basant sur des expériences faites sur des animaux en état de gestation. La circulation exerce une grande influence sur les mouvements de l'utérus, qu'il faut plutôt provoquer qu'arrêter. M. Kilian émet aussi un avis analogue, vu la difficulté, la presque impossibilité anatomique d'une telle compression.

De l'anesthésie pendant l'accouchement. — M. Spiegelberger lit un travail sur ce sujet. Les points principaux sont des observations qui démontrent l'innocuité complète de la narcotisation chloroformique pour la mère et l'enfant. De plus, l'anesthésie du sentiment n'arrête en aucune façon les douleurs expultrices. Il termine en préconisant l'emploi de ce précieux moyen, et ses conclusions sont approuvées par MM. Kilian, Schneemann, Birnbaum, Breslau.

De la lordose lombaire et de son influence sur l'accouchement, par le docteur Birnbaum (de Trier). — L'orateur pense qu'entre la simple lordose et le bassin spondylolistique, il y a divers stades, diverses formes transitoires qu'il importe de préciser On peut y parvenir en mesurant la distance qui sépare l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire d'avec la symphyse des pubis. Quelquefois un écartement moins considérable qu'à l'état normal (indiquant par conséquent une légère proéminence du sacrum dans le petit bassin) suffit pour expliquer une dystocie qu'on pourrait rapporter à d'autres causes, et pour éclairer l'accoucheur sur la conduite qu'il doit tenir.

M. *Eulenburg* (de Berlin) insiste sur la difficulté où l'on se trouve de préciser le point où se trouve l'affection rachitique, et surtout le moment où elle s'est entièrement arrêtée.

Nouveau bain de siége, par le docteur Sack. — Après quelques réflexions sur l'importance des bains locaux de diverse nature et du traitement local dans les affections utérines, l'orateur pense que les bains de siége ordinaires sont très incommodes et ne remplissent pas le but du médecin, qui est de mettre le col utérin en contact avec un liquide. La flexion des jambes est gênante, et la matrice s'enfonce, se comprime et peut s'engorger par suite de la position. M. Sack a fait construire un bain de siége qui ressemble à un fauteuil un peu évasé à l'endroit où les fesses s'appuient. La femme s'assied, et, par un mouvement doux de bascule, elle se renverse. Les jambes sont soulevées et maintenues horizontalement sur le même plan que la poitrine et le rebord de l'appareil. L'eau est contenue dans un réservoir situé au bas du bain de siége, quand il est vertical; mais elle se répand dans son intérieur dès qu'il devient horizontal.

De l'écrasement linéaire du col de l'utérus, par le docteur Breslau (de Munich).— L'orateur rapporte quatre observations suivies de succès, dans lesquelles il s'était servi de l'écraseur linéaire de M Chassaignac. Pas d'hémorrhagie, une plaie de bon aspect, peu modifiée par les sécrétions utérines, et belle cicatrice. Après quelques remarques sur les indications de l'extirpation du col, M. Breslau obtient l'approbation de MM. les professeurs Kilian et Crédé (de Leipsick), et pour l'écraseur et pour l'opportunité d'opérer et d'extirper le col utérin, dont l'affection n'est le plus souvent que locale, mais qui, dans la suite, peut infecter l'utérus en même temps que l'économie. Il importe de prévenir, par une opération que l'emploi de l'écraseur rend si peu dangereuse, une dyscrasie cancéreuse générale de l'économie.

La section a employé les autres séances à visiter la belle Clinique obstétricale de Bonn. Elle s'est arrêtée surtout dans le riche Musée obstétrical, devant la précieuse collection de bassins anormaux rassemblée par M. le professeur Kilian. Nous nous réservons de résumer, dans un article spécial, les principaux points de l'intéressant travail du professeur de Bonn sur les bassins rachitiques, en y ajoutant ce qu'il nous a été donné de juger *de visu*, et de donner à nos lecteurs les quelques observations, par lesquelles M. Kilian a complété son livre, en relatant des faits postérieurs à la publication de son livre sur l'halistérèse pelvienne (Bonn, chez Marcus, 1857). L'assemblée a été surtout intéressée par le squelette d'une naine rachitique ayant subi l'opération césarienne, squelette dont la description se trouve dans la thèse de M. Kilian fils. Parmi les nombreux bassins qui composent la collection de Bonn, nous avons pu étudier les altérations curieuses de certains bassins présentant des apophyses anormales, situées sur le pourtour du détroit supérieur, à la réunion de l'os des iles et du sacrum, près de l'éminence iléo-pectinée, et qui ont causé pendant la vie des ruptures de l'utérus. Nous regrettons de ne pouvoir énumérer tout ce que la conversation d'un praticien aussi distingué que M. Kilian peut avoir d'instructif et d'intéressant, surtout en présence de pièces pathologiques présentant des anomalies uniques dans leur genre. Mais nous réservons pour plus tard les descriptions des bassins rachitiques.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur quelques points de l'histoire des fistules gastro-coliques, par le docteur C. Murchison.

Les fistules gastro-coliques ne paraissent pas avoir été jusqu'ici l'objet d'une étude spéciale : c'est en passant seulement, et d'une manière très sommaire, qu'on les trouve en général mentionnées, soit dans les traités de pathologie ou d'anatomie pathologique, soit encore dans les monographies consacrées à l'histoire des affections de l'estomac et de l'intestin. Bien qu'elles n'appartiennent pas au domaine de la clinique vulgaire, ces fistules cependant ne sont pas d'une observation extrêmement rare ; si, jusqu'à ce jour, elles ont été le plus souvent méconnues, c'est sans doute, en grande partie, faute d'une histoire des principales circonstances au milieu desquelles elles se développent le plus souvent ; d'une description où soient consignés les symptômes auxquels elles peuvent donner lieu et qui sont quelquefois vraiment caractéristiques. On pouvait tenter de combler cette lacune. Il fallait, pour cela, rassembler les observations éparses, les discuter, les comparer entre elles. C'est ce qu'a fait le docteur Murchison, dans un travail très soigné dont nous donnons l'analyse succincte. Les résultats qu'il a obtenus ne sont certainement pas définitifs, et ils ne portent pas sur tous les points de l'histoire de la fistule gastro-colique ; toujours est-il qu'ils peuvent servir de point de départ pour les recherches ultérieures. C'est à ce titre surtout qu'ils nous ont paru dignes d'être mentionnés.

Les observations qui forment la base de ce travail sont au nombre de trente-trois ; elles sont, pour la plupart, empruntées aux recueils périodiques de France, d'Angleterre, d'Amérique et d'Allemagne ; sept d'entre elles font partie des riches catalogues des divers musées de Londres, d'Édimbourg et d'Aberdeen. Une seule est propre à l'auteur. Toutes se trouvent dans le mémoire, analysées ou reproduites *in extenso*. Voici les faits les plus intéressants qui résultent de la comparaison de ces observations :

C'est le cancer de l'estomac qui a éte le plus souvent le point de départ de la fistule gastro-colique (dans 21 cas) ; vient ensuite l'ulcère simple de l'estomac (dans 9 cas). Cependant, le docteur Brinton paraît avoir démontré que cette dernière affection est à peu près cinq fois plus commune que la première (voy. *Brit. and For. Med.-Chir. Rev.*, XIX, p. 479, XVII, p. 162). A quoi tient donc cette plus grande fréquence de la formation de la fistule à la suite du cancer gastrique ? C'est, d'une part, au siége habituel de ce produit pathologique qui se développe généralement dans les parties de l'estomac les plus voisines du côlon, ce qui n'a pas lieu (au même degré) pour l'ulcère ; c'est, de l'autre, à la tendance que montre le cancer à contracter des adhérences avec les parties voisines avant de produire la perforation, tendance beaucoup moins prononcée dans l'ulcère simple. Quoi qu'il en soit, la production de la fistule gastro-colique, considérée particulièrement dans les cas de cancer de l'estomac, ne paraît pas un accident tout à fait rare. Le docteur

Brinton (*loc. cit.*), en effet, l'a trouvé signalé dans 10 cas sur 507, ce qui donne le rapport de 2,77 pour cent, et Dittrich l'indique dans 6 cas sur 160, ce qui donne 3,75 pour 100 (*Prag. Viertel-jahrs.*, 1848, I, 26). L'estomac est, comme on voit, le point de départ habituel des lésions qui engendrent la fistule gastro-colique. Il faut remarquer cependant que, sur les 21 cas attribués au cancer de l'estomac, il en est un où l'altération pourrait bien avoir débuté par le côlon, et que, sur les 9 cas d'ulcère simple, il en est un également où les lésions étaient certainement plus prononcées du côté de l'intestin que du côté de l'estomac. Après le cancer et l'ulcère simple, on trouve, comme point de départ de la fistule, dans 2 cas un abcès, dans 1 cas une masse tuberculeuse ramollie, situés entre l'estomac et le côlon, et qui se sont fait jour à la fois dans l'un et l'autre viscère.

Quelques particularités anatomo-pathologiques méritent d'être relevées, parce qu'elles peuvent rendre compte de différences observées dans les symptômes. L'estomac ne s'abouche pas toujours directement avec l'intestin, et les deux orifices fistuleux sont alors séparés par une cavité plus ou moins considérable (dans 8 cas). Dans 3 des cas où pareille chose existait, la cavité intermédiaire communiquait avec l'extérieur par une ouverture fistuleuse de la paroi abdominale. Le diamètre des orifices varie singulièrement : sur 24 cas où l'orifice stomacal a été mesuré, il avait moins d'un demi-pouce, 2 fois; un demi-pouce environ, 3 fois; 12 fois de un pouce à un pouce et demi; 7 fois plus de deux pouces. Quelquefois l'orifice stomacal atteint un diamètre assez considérable, tandis que l'orifice colique admettrait à peine une plume de corbeau. Sur 25 cas où la situation de l'orifice gastrique a été mentionnée, 11 fois elle existait au pylore ou à son voisinage, 10 fois sur la grande courbure; 4 fois elle occupait le grand cul-de-sac.

Les symptômes observés avant l'existence de la fistule, et consignés parmi les antécédents des malades, sont naturellement, dans la plupart des cas, ceux qui distinguent le cancer gastrique ou l'ulcère simple de l'estomac; ceux qui signalent sa formation et la précèdent varient singulièrement. Dans un cas, par exemple, le premier symptôme fut un vomissement de matières fécales survenu tout à coup chez un individu qui vaquait à ses occupations et qui n'avait, jusque-là, éprouvé d'autre indisposition qu'un peu de dyspepsie datant de quelques semaines (observation empruntée à la monographie d'Abercrombie : *Research. on Disease of the Stomach.* Edinb., 1828, p. 40); mais cela paraît tout à fait exceptionnel, et le plus souvent, dans les observations détaillées, on voit des phénomènes plus ou moins graves, tels que des douleurs abdominales vives, la fréquence et l'irrégularité du pouls, un état de collapsus plus ou moins marqué, une diarrhée abondante et des vomissements répétés, etc., précéder les symptômes qui dérivent de l'existence de la communication fistuleuse. Parmi ces derniers, l'un des plus habituels et des plus caractéristiques c'est le *vomissement stercoral.* Il a été signalé 11 fois sur 19 cas où les symptômes ont été indiqués avec un soin suffisant; 3 fois, en outre, sur ces 19 cas, les vomissements étaient très fétides; 3 fois les vomissements sont exactement indiqués comme n'ayant pas contenu de matières fécales, et 2 fois il est dit qu'il n'y a pas eu de vomissement pendant tout le cours de la maladie. La variété des dispositions anatomiques peut rendre compte en grande partie de ces variations dans l'existence d'un symptôme qui semblerait, au premier abord, devoir se présenter toutes les fois qu'une communication anormale s'est établie entre l'estomac et le gros intestin. Ainsi le vomissement stercoral manquait dans les cas où les orifices fistuleux étaient d'un très petit diamètre; il manquait également dans des cas où ces orifices étaient séparés par une sorte de canal oblique et sinueux; il faisait encore défaut dans des circonstances ou la voie de communication était suffisante, quelquefois même large et directe; mais, en pareil cas, se présentaient des conditions particulières : l'orifice pylorique était rétréci; il y avait, par suite, interruption plus ou moins absolue du passage des aliments de l'estomac dans l'intestin grêle, qu'on trouvait souvent rétréci, revenu sur lui-même et vide ou à peu près. En même temps, la cavité stomacale était habituellement distendue par une quantité de liquides plus ou moins considérable. Ces conditions expliquent suffisamment, suivant le docteur Murchison, l'absence du vomissement stercoral. D'un côté, en effet, la diminution, ou même la cessation presque complète des fonctions de l'intestin grêle, attestée par l'état où l'on trouve ce viscère après la mort, fait qu'il se forme peu ou point de matières fécales, soit dans l'intestin grêle lui-même, soit dans la portion du gros intestin située au-dessus de la fistule gastro-colique; d'un autre côté, la distension habituelle de l'estomac s'oppose mécaniquement à ce que les matières contenues dans le côlon puissent refluer dans la cavité gastrique. Quoi qu'il en soit, le vomissement stercoral semble devoir se rencontrer et se rencontre en effet presque toujours dans les cas où l'orifice gastrique suffisamment large de la fistule siége au niveau du grand cul-de-sac ou de la grande courbure de l'estomac; on l'observe encore dans les cas même où la fistule s'abouche au voisinage du pylore, pour peu que l'orifice pylorique ne soit pas rétréci au point d'intercepter à un haut degré le passage des matières alimentaires.

Qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas eu vomissement stercoral, les malades ont souvent éprouvé des éructations ayant l'odeur des matières fécales; l'air qu'ils expirent est très fétide, et ils ont dans la bouche un goût insupportable. Quand le trajet fistuleux communiquait avec l'extérieur, l'orifice abdominal a quelquefois donné passage à des matières fécales. On conçoit que cet orifice puisse également donner issue à des matières alimentaires; mais pareille chose ne se trouve pas notée dans les observations qui ont été recueillies.

Le passage par l'anus de matières alimentaires non modifiées et s'effectuant peu de temps après leur ingestion, a été observé dans un petit nombre de cas (3 cas). C'est néanmoins un symptôme d'une certaine importance et qui aurait sans doute été signalé plus fréquemment, si l'attention des médecins s'était portée sur ce point. Mais, malheureusement, on trouve en général, dans les observations de fistules gastro-coliques, fort peu de renseignements concernant les caractères qu'ont présenté les évacuations alvines : c'est, suivant toute apparence, dans les cas où il y a obstruction considérable de l'orifice pylorique de l'estomac. Le vomissement stercoral, ainsi qu'on l'a vu, fait si communément défaut, qu'on devra constater surtout le passage rapide par l'anus d'aliments non digérés. Ce passage des aliments en nature, de l'estomac dans le côlon, sera, toutes choses égales d'ailleurs, d'autant plus favorisé que l'orifice fistuleux sera plus large et le conduit pylorique plus rétréci. Pour distinguer la lientérie ordinaire de celle qui dépend de l'existence d'une fistule gastro-colique, Schönlein indique un procédé qui peut trouver son application (*Schönlein Klinische Vorträge*, 1842, cas. 37, p. 365). Il conseille de colorer les aliments à l'aide de la cochenille, par exemple. Si les selles se colorent très peu de temps après l'ingestion, c'est une probabilité en faveur de l'existence de la fistule gastro-colique; si, au contraire, la coloration caractéristique ne se manifeste qu'au bout d'un temps plus ou moins long, c'est que la lientérie dépend très probablement d'une autre cause.

L'évacuation des matières fécales s'opère facilement dans un bon nombre de cas de fistules gastro-coliques : il y a même quelquefois diarrhée habituelle. Dans les cas où il y a constipation, elle n'est généralement pas difficile à vaincre. L'inverse se rencontre, comme on sait, dans la plupart des affections dont le vomissement stercoral est quelquefois un symptôme (hernie étranglée, intussusception, rétrécissement organique de l'intestin, etc.). C'est là un fait important à noter au point de vue du diagnostic.

Dans un cas observé par le docteur Reeves (*On Diseases of Stomach and Duodenum*, 1857, p. 166), les liquides injectés par l'anus, en certaine quantité et avec force, passaient rapidement dans l'estomac et étaient bientôt rejetés par le vomissement. On comprend l'importance de cette remarque. Une expérience analogue à celle du docteur Reeves, faite à l'aide d'un liquide coloré, si elle était suivie de succès, serait bien de nature, on le conçoit, à fixer le diagnostic dans un cas douteux.

La fistule gastro-colique une fois établie, en quoi le pronostic de la maladie primitive est-il modifié ? Les résultats suivants, qui terminent le travail du docteur Murchison, ne répondent pas direc-

tement à la question telle qu'elle vient d'être posée, mais ils établissent un fait important : c'est que le malade peut vivre plusieurs jours, plusieurs mois, plusieurs années même, malgré l'existence d'une semblable lésion. La durée de la vie, à partir de l'époque à laquelle la fistule s'est établie, a été notée dans 11 cas : elle a été d'un jour dans 1 cas; de six jours, dix jours, trois semaines dans 3 autres cas; dans 2 cas elle a été de sept semaines; dans 4 cas, les malades ont vécu un, trois, six et sept mois; enfin, dans 1 cas où la communication anormale a été occasionnée par un ulcère simple siégeant dans le grand cul-de-sac de l'estomac, la terminaison fatale a eu lieu deux ans et demi seulement après l'établissement de la fistule. (*Edinburgh Medical Journal*, juillet et août 1837.)

Gangrène de l'index de la main droite à la suite de la morsure d'un chat; érysipèle phlegmoneux de tout le bras; trismus; mort, par M. CHIPPENDALE.

L'observation suivante offre un exemple de phénomènes tétaniques survenus à la suite d'une morsure du doigt. Ces phénomènes ne sont pas apparus immédiatement; il y a eu d'abord un érysipèle phlegmoneux des plus graves, peut-être une infection purulente, de telle sorte que la relation entre la morsure et le tétanos n'est pas aussi directe que le titre semblerait l'indiquer. La marche de l'affection, le frisson violent qui s'est emparé du malade l'avant-veille de la mort, seraient assez d'accord avec l'hypothèse que nous venons d'indiquer, celle d'une infection purulente.

OBS. — Un cordonnier, âgé de quarante-six ans, ayant joui jusque-là d'une bonne santé et ayant des habitudes modérées, fut admis à l'hôpital le 13 décembre 1856. Il raconta que, six jours auparavant, il avait été fortement mordu à l'index par un jeune chat qui, jusque-là, n'avait donné aucun signe de maladie. Il plaça immédiatement son doigt dans l'eau chaude pour favoriser l'écoulement de sang, qui fut considérable, relativement aux petites dimensions de la blessure. On ne fit pas d'application de caustique. Le même soir, il éprouva des frissons et du malaise, et la douleur de la blessure fut assez forte pour l'empêcher de dormir. Même état pendant trois jours, au bout desquels la partie étant devenue très enflammée, il est soulagé par une incision qui donne issue à du pus. Le jour suivant, le doigt commence à changer de couleur; sa température et sa sensibilité diminuent. Le malade entre à l'hôpital. A son entrée, on trouve le doigt noir et ridé jusqu'à la première phalange, point où cesse la mortification et où l'on trouve une ligne de séparation très marquée. La partie est froide et moite, et totalement privée de sensibilité. Les téguments de la main sont très enflammés; tout le membre est gonflé et œdématié. Lignes rouges sur le trajet de la veine céphalique; les glandes axillaires sont très engorgées et douloureuses. Anxiété, peau chaude; 108 pulsations; langue humide, couverte d'un enduit. Urine fortement colorée. Douleur très vive dans tout le bras. — 25 sangsues, tartrate de soude et nitrate de potasse; teinture d'opium.

13 octobre. — Les sangsues ont apporté un grand soulagement au dos de la main; mais la douleur, le gonflement et la tension du bras et de l'avant-bras ont augmenté. La nuit a été meilleure que les précédentes. M. Lawrence pratique une longue incision sur le bras et l'avant-bras à la partie interne, et il sort environ 16 onces de sang. Soulagement considérable; le tissu cellulaire est infiltré de pus. — Laudanum, 6 onces de vin.

14. — Nuit bonne; mais, le matin, le malade a une physionomie étrange et excitée. Il parle d'une façon incohérente et veut retourner chez lui. On suppose qu'il a du *delirium tremens*. L'état du bras est amélioré. — Potion contenant de l'éther, de l'opium et du camphre; 6 onces de vin et une pinte de porter.

15. — Même physionomie étrange; de temps en temps il y a plus d'excitation. Le malade remue le bras constamment, et l'inflammation s'accroît. On fait trois nouvelles incisions, et l'on trace un cercle avec le nitrate d'argent à la partie supérieure du bras. — Même traitement, et, de plus, 8 onces d'eau-de-vie.

16. — Pendant la nuit, frisson violent, suivi d'une grande dépression. Le matin apparaissent des symptômes de trismus. Roideur des mâchoires, difficulté d'ouvrir complétement la bouche et d'avaler. Les muscles du cou sont un peu roides, mais il n'y a de spasme dans aucune autre partie. Pas de douleur à la percussion des vertèbres cervicales. Peau froide et visqueuse. Il y a plus de calme que la veille. — Pilules de calomel et d'huile de croton.

17. — Les pilules n'ont pas produit d'effet. Il n'y a presque plus de rigidité dans les muscles du cou; mais les mâchoires sont encore serrées. La difficulté d'avaler a encore augmenté et le malade se refuse à tout effort de déglutition, non par effroi, mais à cause de la douleur que lui causerait cet effort. Il a des crampes dans les mollets pendant la nuit. La journée est assez tranquille. Le soir, il a plusieurs attaques très fortes d'opisthotonos, et il meurt au milieu de l'une d'elles.

Les amis n'ont pas permis de faire la nécropsie. (*British Medical Journal*, n° 31, octobre 1857.)

Présence de la cholestérine dans la rate à l'état normal, par M. W. MARCET.

Dans une précédente communication à la Société royale, M. W. Marcet avait signalé comme probable la présence de la cholestérine dans la rate. Cet auteur a étudié de nouveau ce sujet comme afférent à ses recherches sur les principes immédiats contenus dans les excréments humains, et il s'est assuré que la substance qu'il retirait de la rate était bien de la cholestérine. Sa présence est indépendante de la cholestérine, qui peut se trouver dans le sang retenu dans la rate après la mort. La rate secrète-t-elle de la cholestérine? On ne peut le déterminer que par l'expérience, mais il est très remarquable qu'une partie du sang fournie au foie vienne directement d'un organe contenant de grandes proportions d'une substance qui entre, ainsi qu'on le sait, dans la composition de la bile. (*Medical Times and Gazette*, 24 octobre 1857.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Rapport du conseil d'hygiène du département de l'Eure. pour l'année 1855.

SOMMAIRE : Établissement de mégisserie. — Fromagerie. — Causes de [illegible] — Blanchiment du chiffon. — Épidémie de variole. — Vaccination. — Inhumation des animaux morts. — Mortalité générale. — Constitution médicale de 1855

Dans le numéro du 18 janvier 1856 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, nous avons donné un aperçu des premiers travaux du conseil d'hygiène de l'Eure. Depuis cette époque, le zèle des différentes sections ne s'est point ralenti, et le nouveau fascicule concernant 1855 renferme une série de documents d'une réelle importance.

C'est d'abord un tableau indiquant la composition du conseil lui-même, qui ne compte pas moins de 103 membres, la plupart médecins, vétérinaires et pharmaciens, quelques-uns magistrats, fonctionnaires publics, manufacturiers et propriétaires.

Un rapport du secrétaire, M. le docteur Fortin, fait connaître ensuite les divers objets dont s'est occupé le conseil : ainsi, il a émis un avis favorable à la fondation d'un établissement de mégisserie à Pacy-sur-Eure, moyennant : 1° que les peaux, dès leur entrée, fussent plongées dans de l'eau de chaux ou dans tout autre liquide imputrescible; 2° que l'écoulement des eaux sales et *grasses* provenant du travail ne se fît de l'usine à la rivière que de dix heures du soir à minuit; 3° que, dans l'intervalle, elles fussent reçues, en passant sur un pavé de grès incliné et soigneusement rejointé, dans des citernes parfaitement étanchées.

Une fromagerie créée à Vernon avait, par suite de sa mauvaise tenue, provoqué de nombreuses plaintes. Le conseil, saisi par l'autorité, se trouva dans un grand embarras; car, les fromageries n'étant pas classées parmi les industries insalubres, les propriétaires, après s'être pourvus en autorisation, avaient retiré leur demande comme inutile. Cependant, reconnaissant que, de ce foyer, s'exhalaient des odeurs fétides et nauséabondes qui se répandaient au loin, le conseil attira l'attention de M. le préfet sur une cause infectieuse à laquelle obvièrent les chefs de l'entreprise par des réparations convenables.

Entre autres questions soumises par M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, les deux suivantes offrent une remarquable actualité. La première, qui vient de faire le sujet d'un vif débat à l'Académie de médecine, est relative à la constatation des causes de décès; la seconde, supposant la [illegible]

tion éventuelle de médecins vérificateurs, a trait aux circonscriptions qu'il conviendrait de leur assigner. La réponse du conseil relève les difficultés de la statistique nosologique. Dans l'Eure, pourtant, les médecins remplissent depuis trois ans la formalité voulue par M. le ministre; mais la classification nosologique laisse beaucoup à désirer. Et quant aux médecins vérificateurs, leur tâche serait, selon nos confrères, complétement stérile, ne fût-ce que par l'impossibilité où l'on est, dans les campagnes notamment, de faire des autopsies.

MM. Firmin Didot possèdent à Mesnil-sur-l'Estrée une immense fabrique de papier où ils ont installé des appareils à blanchir le chiffon. Un propriétaire voisin, le sieur Maugars, demande la suppression de ces appareils, se fondant sur la destruction du poisson dans la rivière d'Avre et l'insalubrité résultant du dégagement du chlore dans l'atmosphère. Dans un rapport savamment motivé, une commission, composée de MM. le docteur Fortin, Olivier, pharmacien, et Bougarel, ingénieur des ponts et chaussées, *rapporteur*, a conclu que les inconvénients signalés par le plaignant, très sensibles avec les anciens appareils, étaient moindres avec les nouveaux et qu'on pouvait les atténuer encore : 1° en produisant le chlore à froid dans un bâtiment qui ne serait ouvert qu'après que toutes les caisses auraient été fermées ou vidées; 2° en employant, au lieu de caisses en bois, des caisses en pierre dure, à joints solidement mastiqués, et communiquant avec une cheminée d'appel d'au moins 15 mètres de hauteur; 3° en recouvrant d'un couvercle les vases contenant de l'acide hydrochlorique, en fermant les récipients par des cloches en plomb lutées à l'eau, et en mastiquant les tubes conducteurs; 4° en ne permettant à l'excès de gaz de s'échapper que par la cheminée d'appel, et en n'ouvrant les caisses que le chiffon saturé et après une ventilation suffisante; 5° en jetant les détritus de l'opération dans une fosse située au moins à 200 mètres de la rivière.

Le travail qui précède est suivi d'un rapport très long et très bien fait sur une épidémie de variole qui s'est déclarée dans la maison centrale de Gaillon. L'auteur, M. Carville fils, chirurgien de l'établissement, a soulevé à cette occasion et traité avec une précision toute spéciale la plupart des questions relatives aux effets du vaccin et aux revaccinations.

Il y a six ans, pareille épidémie avait sévi dans la prison. Cette période est conforme à celle indiquée par l'auteur des *Constitutions épidémiques de Normandie*, qui assigne l'intervalle de six ou sept ans aux retours de la variole dans cette contrée. 101 cas se sont manifestés du 8 mars au 15 juin. Ozanam avait déjà dit que l'affection variolique apparaissait fréquemment au printemps. M. Carville confirme également une remarque de Le Pecq de La Clôture, concernant l'influence des vents d'est et nord-est qui n'ont cessé de souffler dans les mois de mars et d'avril.

La maladie a débuté dans le quartier des enfants, pour envahir un mois plus tard, mais sur une moindre échelle, le quartier des hommes; car, bien que la population de cette seconde catégorie soit double, on ne compte de 20 ans et au-dessus que 21 sujets atteints, tandis qu'au-dessous le chiffre s'élève à 80.

Il ne s'en suit point, toutefois, une prédilection démontrée des fièvres éruptives pour le jeune âge; une certaine quantité d'adultes, dit M. Carville, ayant eu la variole dans leur enfance ou y ayant été rebelles.

Sous le rapport de l'intensité, les cas se sont ainsi divisés : varioles confluentes, 30; discrètes, 30; varioloïdes, 41. Quant à la vaccination, 49 individus y avaient été soumis, 52 n'avaient aucune trace de vraies pustules.

La vaccine, on le voit, n'est pas absolument préservatrice. En revanche, elle influe sensiblement sur la gravité de la variole, qui, chez aucun des vaccinés, ne s'est montrée confluente: 17 ont eu la forme discrète, 32 la simple varioloïde; ce qui n'empêche pas M. Carville d'opiner en faveur de la revaccination.

Notre confrère, du reste, a multiplié les inoculations sans tenir compte ni des âges, ni des affections concomitantes, ni des vaccinations antérieures, à 581 prisonniers, dont 223 enfants et 358 adultes, ont subi l'opération.

Sur ce nombre, 287 avaient été vaccinés et 252 ne l'avaient pas été, 42 avaient eu la petite vérole.

Chez 295, le résultat a été positif; mais la manière dont l'efficacité s'est répartie est digne d'attention; le vaccin a réussi sur la presque totalité des enfants non vaccinés, sur le tiers des vaccinés et sur le neuvième seulement de ceux ayant eu la variole; chez les hommes, au contraire, l'éruption a manqué souvent parmi les non vaccinés; elle s'est montrée moins rare que chez les enfants parmi les vaccinés et a surpassé le quart chez les variolés; d'où l'on est porté à conclure que la vertu préservatrice du vaccin s'affaiblit avec le temps.

Ces données concordent avec celles que l'analyse des résultats de toutes parts recueillies tend à faire prédominer. Ajoutons que M. Carville, ayant tenté la vaccination au début de la variole, a vu cette dernière éruption, tantôt marcher de pair avec la première, et d'autres fois être enrayée dans son développement.

A côté de ces faits vient naturellement se placer un double tableau indiquant, pour 1854 et 1855, le mouvement des vaccinations dans le département. L'un mentionne seulement, avec le chiffre des opérations qui s'élève à 5,297, le nom des vaccinateurs et les récompenses décernées; l'autre s'accompagne, en outre, d'un rapport en plusieurs points confirmatif de celui de M. Carville et présenté par M. le docteur Bigot, au nom d'une commission, dont faisaient avec lui partie MM. Baudry, Bidault, Duhondel et Fortin.

L'année 1855 n'a fourni que 3,336 vaccinations, ce qui constitue, sur 1854, une différence en moins de 1,961. A quoi peut tenir une telle disproportion? Elle dépendrait, suivant M. Bigot, de l'abstention d'un grand nombre de médecins à présenter les états qu'on leur demande, et, pour conjurer cet inconvénient, il propose d'envoyer à chacun des cadres imprimés aussi simples que possible et de supprimer le visa des maires, formalité sans garantie réelle, ennuyeuse par elle même et qui devient gênante quand les sujets vaccinés appartiennent à beaucoup de communes.

Dans deux villages de l'arrondissement des Andelys (Venables et Millers-du-Roule), M. Motte a pratiqué 53 vaccinations alors que la variole sévissait dans les endroits environnants. Ni l'un ni l'autre de ces villages n'ont été atteints: cette immunité ne serait-elle pas due à la pratique jennérienne?

MM. Baudry (d'Evreux) et Picard (de Louviers) ont fait avec succès un certain nombre de revaccinations, et ces honorables confrères ne doutent pas qu'elles aient pu garantir quelques sujets de l'épidémie régnante. M. Picard, du reste, a cru remarquer entre les pustules des première et seconde vaccines un cachet distinctif qui le détournerait d'employer, pour ses opérations, le pus des revaccinés.

Par suite d'une proposition de M. Bigot, convertie en délibération par le conseil d'hygiène, M. le préfet a pris un arrêté enjoignant, pour éviter le danger d'abandonner à l'air libre les animaux morts, de les enfouir dans la journée à 1 mètre 33 centimètres de profondeur; 33 centimètres suffiront pour les taupes, qui ne devront plus être suspendues aux arbres.

Le mouvement de la population traduit un excédant de décès qui, cette fois, ne saurait s'expliquer entièrement, comme dans le précédent compte rendu, par le grand nombre de nouveau nés déversés par la ville de Rouen dans l'arrondissement de Pont-Audemer, puisque, cet excédant dépassant 1,500, le chiffre des décès n'est pour cet arrondissement que de 482 supérieur à celui des naissances.

Sauf la variole, le département n'a point, en 1855, été éprouvé par de fortes épidémies. Suivant les rapports de MM. Motte et Lamaury, des cas de fièvres typhoïdes et de dysentéries assez nombreux, mais peu graves, et atteignant la plaine comme la vallée, ont été observés dans la circonscription des Andelys. L'insuffisance et la mauvaise qualité des aliments et du cidre, telle est la double cause que nos confrères leur attribuent. Il y a eu aussi des scarlatines aggravées par des maux de gorge. L'angine couenneuse, de son côté, a fait quelques victimes. Dans l'arrondissement de Louviers, M. Picard a noté les mêmes particularités. En général, la

nature des affections a été bénigne. La surdité s'est montrée constante dans les fièvres typhoïdes ; çà et là se sont enfin offerts des parotidites (oreillons) dont la résolution a été prompte, grâce à quelques précautions hygiéniques consistant principalement à éviter le froid.

Toute institution utile se féconde par elle-même. Par ce second aperçu des travaux du conseil d'hygiène de l'Eure, on voit se vérifier la justesse du pronostic porté par nous à propos de sa première publication. Mais il s'est produit avec un autre caractère : sous l'empire des excitations régnantes, l'idée d'une association médicale, fomentée dans les réunions, a été pour ainsi dire réalisée comme par enchantement. On s'est cotisé, rassemblé, *bureaucratisé, statualisé;* la corporation a même donné signe de vie par des provocations de poursuites contre un charlatan. Malheureusement elles ont été dès les premiers pas enrayées par d'insurmontables obstacles.

Pour aviver la foi au cœur du médecin, l'élever au niveau de sa mission et lui assurer les ressources auxquelles il a droit de prétendre, il n'y a de moyen efficace, nous le répétons, que l'extension départementale des sociétés scientifiques. Notre vœu, à cet égard, n'est point une chimère, puisqu'un de nos honorables confrères, M. Marquez, nous atteste que ce vœu a été devancé dans le Haut-Rhin, où une société médicale spécialement livrée à l'étude fonctionne depuis vingt-cinq ans de la manière la plus satisfaisante. M. Marquez, il est vrai, répugne à l'agrégation forcée. Mais voici qu'un autre confrère, dans un savant article, M. Giraud-Teulon, conteste le pouvoir du système de liberté qu'à tort il nous impute. Qu'en conclure? Que, par comparaison, la question vaut au moins la peine d'être sérieusement examinée.

DELASIAUVE.

VII.

VARIÉTÉS.

REFUS DE VISITE A UN MALADE ; JURISPRUDENCE DE LA COUR IMPÉRIALE. — M. le docteur Roboüam, médecin à Rully (Oise), sujet à de graves congestions cérébrales et atteint d'hémiplégie, ne s'est pas rendu chez une femme Lemaire, qui était en travail et avait réclamé son ministère. Il affirme avoir répondu au mari, qui était venu le chercher, qu'il était dans l'impossibilité de satisfaire à sa demande; le mari prétend que le docteur lui avait promis de venir. Une seconde invitation étant restée sans effet, un autre médecin est appelé, qui arrive sur-le-champ ; mais la malade venait de mourir après être accouchée de deux enfants. Lemaire poursuivit M. Roboüam, non pour refus de visite, mais pour avoir occasionné la mort de sa femme *par suite d'un manquement à une promesse.* Le tribunal de Senlis a accueilli ce système, et condamné le médecin à payer au demandeur la somme de 1,500 francs. M. Roboüam interjeta appel et invoqua le secours de l'*Association des médecins de la Seine*, dont le bureau rédigea une consultation. L'appel a été soutenu devant la cour d'Amiens, par M. Paillard de Villeneuve, conseil de l'Association. La cour, par un arrêt en date du 17 novembre, a acquitté M. Roboüam.

— CONGRÈS DE BONN. La Société allemande de psychiatrie et de psychologie judiciaire, a proposé un prix de 100 thalers de Prusse, pour le meilleur travail sur le sujet suivant :

« Quels sont les troubles intellectuels commençants qu'on doit traiter? »

Les mémoires cachetés, avec épigraphe reproduite sur une enveloppe cachetée, contenant le nom et l'adresse de l'auteur, doivent être adressés avant le 31 décembre 1858, au docteur Erlenmeyer. Bendorf, près Coblenz.

— STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS. — La Société de médecine de Poitiers, dans un rapport adressé à l'Académie de médecine de Paris, a formulé le vœu suivant : « L'officier de l'état civil, avant de permettre une inhumation, exigera de la famille, avec le certificat ordinaire du décès, un bulletin cacheté ne portant aucun nom, mais contenant l'indication de la cause de la mort. ».

— Les candidats, au nombre de sept, pour deux places d'aide d'anatomie, ont reçu le 25 novembre le sujet de la composition écrite.

Cette question est la suivante : « Des glandes salivaires. — Usages de la salive. — Des fistules salivaires »

— Par arrêté ministériel, M. le docteur Constant a été nommé inspecteur général adjoint des asiles d'aliénés. (*Ann. méd.-psych.*)

— Plusieurs concours viennent d'avoir lieu à l'hôpital Saint-And[illegible] ; Bordeaux. D'abord il s'agissait de la place de premier interne. M. [illegible] a été nommé à ces fonctions. Ses concurrents étaient M. Péry, qui a r[illegible] un prix de la valeur de cent francs, et M. Bonnecaze, auquel une r[illegible] pense de la valeur de cinquante francs a été décernée.

L'ouverture du concours pour l'internat a eu lieu quelques jours [illegible] MM. Marx, Campagnac, Grenier et Duchenne ont été nommés. Enfin, [illegible] été nommés internes-adjoints : MM. Chatard, Kloz, Chassaigne, De[illegible], Rigaud, Bouisson et Cornet.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 15 octobre. Emploi des lunettes contre [illegible] troubles de la vision, par *Bonnet*. — Réunion immédiate (suite). — Nitrate [illegible]gent comme moyen abortif du panaris, par *Guinier*. — Paraplégie et [illegible] amélioration par l'électrisation localisée, par *Borel*.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — N° 41. Sur le bruit skodique, par *Imbert-[illegible]beyre*. — Ulcération du col utérin (suite). — 42. Bruit skodique (suite). — Ex[illegible]tion de la diathèse syphilitique par les inoculations répétées de virus chancr[illegible] *Sperino*.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE. — Octobre. Analyse de l'eau de Neyra[illegible] *Lefort*. — Fluor dans les eaux minérales, par *Nicklès*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 15 octobre. Thérapeutique [illegible] thèses bilieuses, par *Anthoine*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 19. Sur l'extrait de saturne de Goulard, [illegible] *Despiney*. — Peau bronzée sans lésion des capsules, par *Vernay*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Septembre. Procédé de Mitscherli[illegible] reconnaître le phosphore dans l'empoisonnement par les allumettes, par *[illegible]*

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 19. Épulies (suite). — Observation de [illegible] du cerveau, par *Berthier*. — Hernie étranglée; guérison par la belladone [illegible]rieur, par *De Larue*.

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE (Bruxelles). — Octobre. Métamorphoses des vorticelliens, par *d'Udekem*. — Pupilles [illegible] congénitales binoculaires, par *Vallez*. — Eau froide en chirurgie, par *[illegible]*

GAZETTE MÉDICALE D'ORIENT. — N° 7. Eau des puits de Constantinople, par *[illegible]* et *della Suda*. — Maladies observées à l'hôpital de l'École militaire de Constantinople pendant la guerre d'Orient, par *Barudel*.

BRITISH MEDICAL JOURNAL. — N° 41. Inflammation des gaines des tendons, [illegible] *J. Probert*. — Sur les formes des affections maremmatiques, par *C.-H. Jones*. — Absence de doigts pendant six générations, par *Mackinder*. — 42. Cancer, [illegible] ligature de la carotide, par *Smyth*. — Le choléra et l'eau potable dans le [illegible] Londres, par *Snow*. — Fracture intra-utérine, par *Davies*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N° 380. Méthode d'amputation du [illegible] *R. Quain*. — Trois observations relatives aux affections du tube gastro-in[illegible] par *G.-M. Jones*. — 381. Maladies du système nerveux chez les soldats, les [illegible] et les enfants dans l'Inde, par *C.-A. Gordon*.— Observations de pupilles artifi[illegible] par *H. Walton*. — Paralysie de la face, pneumonie, abcès gangréneux du p[illegible] ouvert à l'extérieur, par *J.-W. Goodwin*.

THE LANCET. — N° 13. — 14. Anatomie pathologique, médecine, etc [illegible] — Hémorrhagie mortelle par la muqueuse vaginale, par *H. Obré*. — Arsenic [illegible] choléra, par *Black*. — Cas d'encéphalocèle, par *N. West*. — 15. Ana[illegible] (suite). — Construction des jambes artificielles, par *H. Cornish*. — Lupus [illegible] guéri par le bi-iodure de mercure, par *Bakewell*. — Abcès du foie et [illegible] par *W. Thorn*. — Empoisonnement par la strychnine, par *G. Hazel*.

THE MIDLAND QUARTERLY JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCE. — Octobre. [illegible] vomissement opiniâtre dans les derniers mois de la grossesse, par *C. Clay*. — [illegible]tité ou non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde, par *G. Yates*. — [illegible] chirurgie de Paris et d'Édimbourg, par *F. Jordan*. — Huit cas de [illegible] par *W. Norris*. — Chlorure de zinc comme caustique dans les cas d'[illegible] par anastomose, par *J. West*. — Chorée excentrique; abcès des ovaires, par *[illegible]dan*. — Rétention d'urine; calcul vésical; incision périnéale et lithotomie, par *E. Morris*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — N° 36. Crampes des écrivains, [illegible] *C. Zuradelli*. — Sur la contracture spasmodique, par *E. Ferrario*. — 37. [illegible]naison du nerf olfactif, par *Œhl*. — Crampes suite). — 38. Crampes [illegible] — Opération de cystotomie, par *F. Tansini*. — 39. Crampes (suite). — Cas de peau bronzée (pas d'autopsie), par *M. Torresini*. — 40. Classification de [illegible] par *F. Bonucci*. — Physiologie du cervelet, par *P. Renzi*. — Cas d'hydr[illegible]

ERRATA. — Page 828, ligne 12, 1re colonne, au lieu de : *lobe cérébelleux* [illegible] lisez : *de l'hémisphère droit.*

Ligne 24, 1re colonne, au lieu de : *du cervelet*, lisez : *du cerveau*.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. | PARIS, 4 DÉCEMBRE 1857. | N° 49.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 3 décembre 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK : DISCUSSION SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE. — L'ASSOCIATION GÉNÉRALE.

L'Académie de médecine de New-York, présidée par l'honorable M. Valentin Mott, vient de consacrer plusieurs séances très suivies à une discussion intéressante sur la *fièvre puerpérale*, qui reste à l'ordre du jour, et à laquelle ont déjà pris part les professeurs Smith, Barker, Clark et plusieurs autres praticiens fort compétents. Cette discussion a vivement excité l'attention, et les discours prononcés occupent une place étendue dans les numéros d'octobre et de novembre de l'AMERICAN MEDICAL MONTHLY. Pourquoi un concours si empressé à l'occasion d'un sujet devenu presque fastidieux par la reproduction incessante des mêmes confusions et des mêmes obscurités? C'est qu'on a agité avec chaleur et conviction devant l'assemblée un épouvantail bien propre à émouvoir la conscience du médecin. L'idée de considérer la fièvre puerpérale comme une fièvre essentielle, gagnant chaque jour du terrain et devenue presque générale, tend à imposer comme conséquence implicite de cette conception la transmission de la maladie par voie de contagion. « Cette maladie, s'est écrié un des orateurs, qui jette si souvent la désolation au sein des familles tout à l'heure plongées dans la joie et le bonheur, c'est quelquefois le médecin qui l'apporte; le médecin, que l'on considère comme un ange d'espérance et de secours ! »

La fièvre puerpérale, à l'état sporadique comme à l'état épidémique, dans les maisons d'accouchement comme au dehors, est aussi commune de l'autre côté de l'Atlantique que de celui-ci. Mais ce n'est pas uniquement avec des documents américains que la discussion s'est alimentée. On a la bonne habitude dans le nouveau monde de prendre une information exacte de ce qui se fait au dehors. Les histoires si bien faites d'épidémies de fièvre puerpérale publiées en Angleterre et en France vers la fin du dernier siècle et dans la première partie de celui-ci, et qui méritent de conserver une place honorable dans la littérature médicale, sont connues et appréciées; seulement, on est beaucoup plus familiarisé avec les travaux anglais. Bien que nous ayons quelques omissions à relever en ce qui concerne la France, nous n'hésitons pas à dire que la question a été embrassée de la manière la plus large et avec tous les éléments qu'elle comporte.

Nous n'avons point la prétention d'apporter une solution personnelle au problème principal ni aux problèmes secondaires qui divisent aujourd'hui encore les meilleurs esprits aussi profondément qu'au début. Nous nous proposons seulement, en suivant la discussion américaine, de montrer comment ces problèmes se posent et quelles solutions ils ont reçues. A la question si souvent faite: qu'est-ce que la fièvre puerpérale? les uns répondent : c'est une fièvre essentielle qui est spéciale aux femmes en couches, constituée par une entité morbide inconnue dans sa nature. Les mots de poison morbide, de ferment, de miasmes, etc., souvent reproduits dans le compte rendu que nous avons sous les yeux, trahissent la difficulté et le danger de vouloir préciser ce qui ne peut l'être. Mais nous n'avons pas le droit de nous montrer trop difficile sur les mots. Il suffit aux partisans de cette doctrine de rappeler à titre d'analogie quelques-unes des fièvres exanthématiques, la fièvre typhoïde, le typhus, le choléra, etc., pour montrer que leur manière de concevoir la maladie en question est conforme à des lois incontestées de pathologie; disons plus, si la contagion était nettement prouvée, la doctrine deviendrait au moins très plausible. Dans cette manière de voir, toutes les lésions qu'on trouve après la mort, même celles du péritoine, qui sont à peu près constantes, ne doivent être considérées que comme des lésions secondaires qui n'ont avec elle que des rapports indirects. Ce qui le prouve, suivant eux, c'est que, dans des cas qui ne sont pas les moins graves, la maladie parcourt toutes ses phases et marche rapidement vers une terminaison fatale sans qu'il se produise nulle part de lésions appréciables.

Pour d'autres, la fièvre puerpérale doit être rangée dans la classe des phlegmasies. Ce qu'elle offre de spécial dépend de l'état puerpéral en général, et en particulier de la séparation du placenta, laquelle met la femme en couches dans des conditions analogues à celles des opérés et des blessés. Ne prenant les choses qu'à l'époque où les symptômes ont été sérieusement rapprochés des lésions cadavériques, nous rencontrons d'abord une première période où la lésion dominante, l'inflammation du péritoine, est seule aperçue. C'est la période de la *péritonite puerpérale*; conception incomplète de la maladie qui, coïncidant avec les vues étroites de l'époque sur l'inflammation, devait tomber devant la série de faits nouveaux que des recherches plus approfondies sont venues mettre en relief.

On avait déjà remarqué que dans beaucoup de cas les matières épanchées dans le péritoine ne ressemblaient pas exactement aux produits ordinaires de l'inflammation des séreuses; que le pus y prédominait; que les concrétions étaient moins abondantes et moins solides; que souvent, avec du pus dans les parties déclives, existait un liquide trouble, floconneux, qui s'était épanché sans laisser de traces bien évidentes d'inflammation à la suface du péritoine. Mais ce n'est pas tout ; à cet état du péritoine et des matières épanchées dans sa cavité viennent souvent s'ajouter quelques-unes des lésions suivantes : du pus dans les veines ou les lymphatiques de l'utérus et des ligaments larges; un ramollissement putrescent de la muqueuse utérine; une suffusion purulente du tissu cellulaire du petit bassin, des ligaments larges, des ovaires, etc.; des épanchements dans les plèvres, les articulations; de petits abcès dans quelques viscères, dans le tissu cellulaire intermusculaire, etc.

Comment interpréter ces lésions? Peut-on légitimement dire avec le professeur Barker que l'état puerpéral ou les changements physiologiques et pathologiques déterminés par la grossesse, l'accouchement et les couches, sont incapables de modifier essentiellement les lois de l'inflammation, et que celle-ci ne diffère pas chez les femmes en couches de l'inflammation qui survient hors de l'état puerpéral. Il est impossible d'accepter cette réduction de l'influence de l'état puerpéral, qui équivaut presque à sa négation. Ne faut-il tenir aucun compte des changements considérables survenus dans la composition du sang? L'augmentation de la fibrine, qui a lieu presque au même degré que dans l'état inflammatoire, ne doit-elle pas prédisposer d'une manière toute particulière à l'inflammation, et, d'un autre côté, l'abaissement du chiffre des globules et l'excès de sérum ne sont-ils pas de nature à diminuer l'énergie des réactions? On ne peut pas dire non plus que la multiplicité des lésions équivaut à l'absence de caractères anatomiques, lorsque l'expression symptomatique de la maladie est presque toujours la même. Cette multiplicité d'une part et cette uniformité de l'autre trouvent une explication satisfaisante dans l'état de l'utérus après l'accouchement. C'est avec infiniment de raison qu'on a comparé la face interne de l'utérus à une plaie récente. Le décollement du placenta forme une véritable plaie, à la surface de laquelle se voient les embouchures d'un grand nombre de grosses veines ouvertes. Le col utérin lui-même est constamment déchiré, et c'est justement sur ces deux points qu'on observe le plus souvent les phlébites utérines. Par la facilité de la pénétration de l'air dans la cavité utérine, le sang retenu et les détritus de la caduque entrent facilement en putréfaction; de là une nouvelle cause d'irritation et d'infection. Ce serait aller beaucoup trop loin, ce serait commettre une erreur manifeste de dire que toute fièvre puerpérale est une infection purulente ou putride; mais on peut affirmer, avec toutes les apparences de la vérité, que toute fièvre puerpérale à lésions multiples, ou mieux, pour me servir des termes que comporte cette division, que toute péritonite, métro-péritonite, métro-phlébite, que tout ramollissement inflammatoire ou putrescent de la muqueuse utérine, accompagné de quelques-unes des lésions énumérées plus haut, est bien réellement une inflammation compliquée d'infection purulente, complication qui se produit souvent immédiatement à la suite des premières lésions de l'utérus. On a alors la multiplicité des lésions avec la presque uniformité des symptômes, qui sont ceux de l'infection purulente. Dans cette limite, la doctrine qui résout d'une manière satisfaisante et acceptée de tous la question de la fièvre grave des opérés, semble s'appliquer exactement à la fièvre grave des femmes en couches. Si, jusqu'à présent, cette solution n'a pas prévalu, si elle n'a acquis encore que des convictions individuelles, c'est qu'on a cessé d'en poursuivre la réalisation avec la même ardeur, à cause de l'espèce de défaveur qui pèse actuellement sur l'anatomie pathologique. Mais, en ne prenant que les cas où il y a des traces évidentes d'inflammation du péritoine et de l'utérus, nous laissons subsister la difficulté qui est tirée de l'absence, dans quelques cas, de toute lésion. C'est ici un point à débattre entre les opposants. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que, d'une part, on rapporte volontiers à la fièvre puerpérale tous les cas de mort obscurs qui surviennent chez les femmes en couches (dès lors, rien d'étonnant à ce qu'on ne rencontre pas toujours les lésions caractéristiques); de l'autre, qu'il est parfois extrêmement difficile de découvrir une phlébite limitée qui donne lieu à l'infection purulente. Trop souvent les observations de fièvre puerpérale portent le témoignage de la légèreté avec laquelle on affirme l'absence de toute lésion là où un examen plus minutieux et plus persévérant finirait par en trouver.

L'accusation, si souvent répétée par les partisans de l'essentialité de la fièvre puerpérale, et développée avec complaisance devant l'Académie de médecine de New-York par M. Barker, de faire de cette maladie une inflammation entièrement idiopathique, doit sembler bien mal fondée, puisque dans les formes les plus graves de la métro-péritonite puerpérale, l'affection devient générale par le fait de la prompte association de l'infection purulente. Mais ce serait mal comprendre la maladie dans toute son étendue que d'en faire ainsi constamment une affection générale. Il nous semble indubitable que, dans un assez grand nombre de cas, il existe uniquement une inflammation du péritoine ; et l'on comprend facilement que, généralisée sur la vaste étendue de cette membrane, elle devienne une affection très grave et rapidement mortelle. A cet égard, la marche de la maladie est fort variable. Tantôt l'inflammation détermine une réaction franche ; elle tend à rester limitée autour des points primitivement envahis, sur l'utérus, les ligaments larges, le petit bassin ; pour ce qui concerne le péritoine, des fausses membranes épaisses et consistantes isolent les parties affectées des parties restées saines; sur la matrice, même tendance à la limitation de l'inflammation : partout où se trouvent des traces de phlébite, l'inflammation de la veine montre à un haut degré les caractères des phlébites adhésives et oblitérantes. Dans ces limites la maladie est curable par les moyens qui triomphent des inflammations franches. Tantôt, au contraire, et c'est malheusement le cas le plus commun dans les maisons d'accouchement, la tendance à l'extension, à la diffusion de l'inflamma-

tion, est des plus prononcées : la face inférieure du diaphragme, la surface du foie, celle de l'estomac, semblent avoir été envahies en même temps que le péritoine qui avoisine l'utérus, et les produits sécrétés sont plus mêlés de pus et plus altérés ; sur l'utérus le pus s'étend au loin dans les lymphatiques et les veines ; on ne trouve dans celles-ci que des traces rares et incomplètes de caillots obturants ou d'inflammation adhésive, et c'est alors que se rencontre la multiplicité des lésions. Dans le premier cas, l'inflammation tend à rester locale ; dans le second elle tend à devenir promptement générale en se compliquant presque immédiatement d'infection purulente et peut-être d'infection putride.

Demander les causes de cette tendance à la diffusion de l'inflammation et du peu de résistance de l'organisme à se laisser envahir, c'est faire une question à laquelle aucune réponse satisfaisante ne peut être donnée. On ne peut qu'indiquer les conditions dans lesquelles elle se produit. Nous n'avons pas à insister sur quelques conditions individuelles de mauvaise constitution, d'épuisement, de fatigue prolongée, qui viennent ajouter à l'influence débilitante de l'état puerpéral. Ce que nous voulons signaler, c'est l'action occulte qui, à certaines époques, rend cette maladie plus fréquente, plus grave et souvent épidémique. Ce n'est pas la seule phlegmasie qui ait à rendre compte de cette particularité : les phlegmasies les plus franches n'en sont pas exemptes, comme le prouve le phlegmon diffus. Si nous ne citons que la phlébite consécutive aux blessures et aux opérations, c'est pour rapprocher une dernière fois la fièvre puerpérale de l'infection purulente. A certaines époques, les chirurgiens osent à peine toucher aux malades de leurs salles, tant les opérations les plus légères sont facilement suivies de phlébites mortelles. Ces périodes de susceptibilité morbide coïncident souvent avec une manifestation plus fréquente au dedans et au dehors, et comme épidémique, de quelques maladies et en particulier de l'érysipèle. A une influence météorologique particulière il faut ajouter l'influence de l'hôpital, de l'encombrement, etc. C'est surtout dans ces conditions qu'on voit la fièvre puerpérale revêtir une gravité et une rapidité dans sa marche, qui portent à mettre en doute le caractère inflammatoire et à faire naître l'idée de maladie contagieuse, de typhus, de diathèse purulente, de fièvre pyogénique.

Malgré des obscurités réelles bien propres à faire hésiter, et que je n'ai nulle envie de cacher, il faut cependant reconnaître que l'idée de considérer la fièvre puerpérale comme une inflammation, dans laquelle de larges portes restent toujours ouvertes à l'infection purulente ou putride, embrasse d'une manière satisfaisante toutes les formes de la maladie et rend le diagnostic à établir entre ces formes moins difficile. En effet l'hypothèse d'une fièvre puerpérale essentielle, entièrement indépendante de l'inflammation, ne supprime pas celle-ci. Il n'y en aura pas moins des péritonites, des métro-péritonites, des métro-phlébites, etc., avec ou sans infection générale, qu'il faudra distinguer des diverses formes de la fièvre puerpérale essentielle. Ne faudrait il pas aussi reconnaître quand les deux maladies existent ensemble ? Faut-il s'étonner, devant tant de difficultés créées en quelque sorte à plaisir, que les travaux conçus sur ces données aient grandement contribué à jeter l'étude des maladies puerpérales dans des confusions inextricables.

Voyons si la fièvre puerpérale, considérée comme une fièvre essentielle, est sur un meilleur terrain dans la question de la contagion. Jusqu'à présent cette question ne s'est produite en France que d'une manière fort discrète, et ne repose que sur quelques faits isolés peu probants ; ce qui ne l'a pas empêchée de faire son chemin parmi les médecins et à côté d'eux. Dans un certain monde, une femme ne peut pas être enceinte sans exciter autour d'elle les plus vives inquiétudes à ce sujet. On va aux informations, on consulte pour savoir s'il ne faut pas quitter Paris, etc. Évidemment, le silence et l'absence de discussion ont été favorables à la doctrine de la contagion, qui n'a rien produit de bien sérieux jusqu'ici chez nous. Il paraîtrait qu'il en est de même ailleurs ; sans cela, M. Barker, si érudit et si complet dans la défense de l'essentialité de la fièvre puerpérale, ne se serait pas borné, à l'égard de la contagion, à des affirmations qui annoncent à la vérité une profonde conviction personnelle, mais qui ne peuvent être prises pour une démonstration scientifique. Le tranchant et l'assurance de l'affirmation ne semblent être là que pour cacher la faiblesse de l'argumentation.

Avec toute la déférence qu'il doit à ceux qui ne pensent pas comme lui, s'il y en a de présents, dit-il, il croit devoir assurer qu'il n'y a pas de faits mieux établis en médecine, et que ce serait presque insulter à leur intelligence que d'entrer sur le détail des arguments. Il invoque l'autorité du docteur Blundell qui y donne son adhésion en termes chaleureux et pittoresques, du professeur Olivier Wandell Holmes qui, dans son *Essai sur la contagion de la fièvre puerpérale*, a apporté une série de faits propres à convaincre tous ceux qui n'ont pas de parti pris. C'est bien, comme le dit M. Barker, une question de faits, mais de faits difficiles à établir et qui ont besoin d'un contrôle sérieux pour connaître les agents de la transmission, les modes de transmission, etc. Mais tout cela n'a presque, jusqu'à présent, d'existence que dans des imaginations frappées ou des esprits prévenus. Admettre avec M. Barker que les faits négatifs sont sans valeur dans cette question, tandis que quelques faits positifs bien observés suffisent, c'est commettre une erreur. Cet argument n'est admissible que pour les maladies qui n'ont pas d'autres voies de développement que la contagion, et tant qu'on n'aura pas refusé à la fièvre puerpérale la possibilité de se développer spontanément, il sera loisible de croire d'abord que le médecin qui s'accuse ou est accusé d'avoir porté la fièvre puerpérale à sa cliente n'a été que malheureux. Les faits de ce genre arrivés à des accoucheurs habituellement en contact avec des femmes affectées de fièvre puerpérale, ne paraissent ni assez nombreux, ni assez bien connus, pour établir une présomption réellement fondée en faveur de la contagion.

On comprend facilement que dans une discussion de doctrines le traitement tienne peu de place. Nous n'en parlons que pour signaler l'application, en apparence heureuse, d'un médicament encore peu étudié au point de vue pharmaceutique et thérapeutique, c'est le *veratrum viride*, connu depuis déjà assez longtemps en Amérique comme un puissant sédatif du système artériel sans déprimer les forces vitales. M. Barker, qui l'a trouvé plus efficace dans la fièvre puerpérale que dans les autres maladies, l'emploie depuis plusieurs années déjà dans le traitement de la fièvre puerpérale, soit à l'hôpital de Bellevue, soit en ville ; il en fait administrer quelques gouttes en teinture à des moments très rapprochés. Il a noté, dans les cas qu'il rapporte avec quelques détails, l'état du pouls et de la respiration d'heure en heure. Dans un cas de fièvre puerpérale qui pouvait justement être considéré comme alarmant, le pouls fut ramené promptement de 140 à 60 pulsations et fut maintenu pen-

dant toute la durée de la maladie au-dessous de 80; dans deux autres cas, les résultats ont été presque aussi marqués; dans tous, la respiration a diminué de fréquence et l'agitation s'est calmée presque dans les mêmes proportions que le pouls a diminué. La quantité administrée a varié suivant la condition des malades : deux, trois ou quatre gouttes d'heure en d'heure, ont été suffisantes pour réduire l'excitation du système vasculaire. C'est un médicament dont l'emploi exige une grande surveillance, et quant il faut le porter à doses plus élevées, il est convenable de voir la malade à des moments très rapprochés. Je ne sais ce que le temps réserve à l'*ellebore vert*, mais je crains bien qu'il ne partage le sort de l'aconit. Dieu veuille qu'il soutienne les espérances qu'il fait naître! Dieu veuille aussi que le sulfate de quinine conserve la propriété de prévenir la maladie, comme on nous l'annonce depuis quelque temps! L'expérience dure déjà depuis un certain temps, et le public médical ne serait pas fâché de savoir autrement que par des communications indirectes quels sont réellement les résultats obtenus, et à quel degré il peut leur accorder sa confiance.

J. JACQUEMIER.

A notre note concernant la discussion qui a eu lieu au sein de la commission générale de l'Association des médecins de la Seine sur la question de l'association générale, l'UNION MÉDICALE répond de la manière suivante :

« Il est vrai que, parmi les orateurs, nous avons oublié MM. Barth et Godart, et nous en demandons excuse à ces honorables confrères; il est vrai que nous n'avons pas indiqué qui a parlé pour, qui a parlé contre, mais c'est volontairement, et, en cela, nous pensions avoir été agréable à M. Dechambre lui même. Mais ce sont là toutes les concessions que nous pouvons faire à la GAZETTE HEBDOMADAIRE Nous affirmons pour tout le reste, et c'est le reste qui est l'essentiel, l'exactitude de nos assertions de mardi dernier et de celles qui précèdent.

» Est-il vrai que c'est spontanément, et sans provocation aucune, que la commission générale de l'Association de la Seine a voulu s'occuper de la question de l'Association générale?

» Est-il vrai que j'aie demandé le *statu quo* pur, simple et provisoire?

» Est-il vrai qu'en opposition avec cette proposition, un membre du bureau ait demandé un ordre du jour *motivé*, et conçu à peu près en ces termes :

« Considérant que le projet d'une Association générale est *con-*
» *traire* aux statuts de l'Association de la Seine, la commission gé-
» nérale passe à l'ordre du jour? »

» Est-il vrai que ce soit l'ordre du jour pur et simple qui ait été voté? A. LATOUR. »

Il faut donc raconter ce qui s'est passé.

Deux séances ont été consacrées à la discussion. Dans la première, M. Perdrix et M. Vosseur ont développé, dans deux discours écrits, les saisissantes raisons qui doivent engager l'Association de la Seine à ne pas adhérer au projet d'adjonction qui est en ce moment soumis à la signature du corps médical. L'opinion contraire a été soutenue par le secrétaire général, qui, on le sait, a pris de bonne heure dans cette affaire une position que le bureau n'a pas approuvée. Nous-même, appelé au sein de la commission pour donner notre avis, nous n'avons pas cru qu'il nous fût permis de nous abstenir. Nous avons en peu de mots appuyé les observations de MM. Vosseur et Perdrix, essayé de combattre plusieurs assertions de M. Cabanellas, et ajouté quelques objections à celles que nous avions déjà produites dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE. C'est alors que M. Latour, ne voulant pas, disait-il, se fier *aux hasards et aux périls* de l'improvisation, a demandé le renvoi de la discussion à la réunion suivante. On savait très bien à ce moment, et l'on sut bien mieux encore par les conversations qui s'engagèrent après la séance, que le projet n'avait pas les sympathies de la plupart des membres de la commission. Qu'a fait M. Latour à la séance suivante? Dans un discours littérairement réussi, dont certain passage appelle de notre part un cordial et sincère remercîment, mais qui n'était pas assez simple peut-être pour paraître approprié à une bonne cause, il a prié l'assemblée de ne pas prendre un parti immédiat, et a proposé le *statu quo*. Le moment du vote venu, un grand nombre de membres ouvertement hostiles au projet ayant demandé *l'ordre du jour*, un des plus hostiles, M. Archambault, s'est levé pour donner à cette demande la forme d'une proposition, et c'est cette proposition qui a été votée.

On comprend maintenant le raisonnement de M. Latour: « J'ai demandé le *statu quo*, vous avez voté *l'ordre du jour;* c'est tout un. » Il n'y a qu'une différence. La première formule n'implique qu'un *sursis;* la seconde implique un *rejet*, selon l'interprétation consacrée par la langue usuelle de toutes les assemblées délibérantes et que, dans la circonstance présente, M. Archambault, aujourd'hui encore, déclare être la sienne, regrettant de n'avoir pas prévenu l'équivoque par une formule plus explicite.

Il est vrai que M. Leger-Fleurus avait soutenu la nécessité d'un ordre du jour motivé; nous ajoutons même que M. Perdrix en a fait autant, dans la prévision sans doute de ce qui arrive aujourd'hui; mais ni l'un ni l'autre n'avaient formulé de proposition. Celle que M. Latour prête à l'un d'eux aurait, sous cette forme nette et concise, passé infailliblement. Que si des partisans de l'Association centralisée, comprenant le parti qu'on pourrait tirer d'une confusion, ou même se trompant très sincèrement, se sont ralliés à l'ordre du jour pur et simple, il importe peu; ce qui est l'*essentiel*, c'est que la *majorité* ait émis le même vote dans un but d'opposition.

A cet égard, nous appelons spécialement l'attention du lecteur sur ce qui suit :

Indépendamment de l'UNION MÉDICALE et de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, deux journaux étaient représentés à la réunion : la GAZETTE DES HÔPITAUX (M. Brochin) et l'ABEILLE MÉDICALE (M. Mayer). Or, M. Brochin, nous le disons en connaissance de cause, adopte entièrement notre interprétation et repousse celle de M. Latour. Quant à M. Mayer, il écrivait après la première séance : « J'ai le regret de dire que la grande agitation en faveur de l'association générale est menacée de s'éteindre sous le coup d'un *échec* prochain.... On a commis l'imprudence de provoquer de la part du corps médical la demande d'une adjonction qui devait créer pour le moins de grandes incertitudes. » Et M. Mayer, après la seconde séance et l'article de l'UNION MÉDICALE, nous parlait de la *défaite habilement colorée* de M. Latour.

Ce n'est pas tout. Nous avons pensé qu'il appartenait surtout au bureau de définir le sens du vote, et nous nous sommes assuré de nouveau que MM. Augouard (suppléant M. Dubois comme président), Perdrix, Vosseur et Ménière, c'est-à-dire *tout le bureau moins M. Cabanellas*, attachaient à *l'ordre du jour* le même sens que nous.

Un dernier mot. Nous parlions à l'instant d'habileté. On

en a déployé incontestablement dans cette affaire. Au gouvernement, qui refuserait sans doute d'autoriser une association générale constituée pour la défense d'intérêts moraux et professionnels, on a annoncé simplement une association de secours. Aux médecins qui se préoccupent surtout de ce genre d'intérêts, on promet d'y pourvoir plus tard, sans les avertir qu'il ne sera plus temps d'y songer quand l'Association sera constituée et régie par des statuts. Enfin, le projet subissant un premier échec, on le dissimule du mieux qu'on peut, au lieu d'y voir un enseignement. De l'habileté, mieux vaudrait en montrer moins. L'article de l'UNION MÉDICALE portera certainement un coup au projet des médecins de Bordeaux, en laissant voir qu'on se préoccupe plus du succès que du bon et de l'utile. Il ébranlera des adhérents, il fortifiera des opposants, et nous ne croyons pas nous aventurer beaucoup en augurant que, si la tentative devenait trop sérieuse, certains membres dont le nom se lie tout particulièrement à la prospérité de l'Association de Paris provoqueraient quelque acte décisif qui mettrait cette Association à l'abri de toute entreprise. Nous ne parlons, comme on voit, que du projet d'*agrégation* qui est en cause pour le moment, et non du principe de l'association générale, qui pourrait être réalisé par d'autres moyens, et dont nous n'avons pas à nous occuper ici. Au surplus, nous l'avons déjà dit, ce n'est pas volontiers que nous nous mêlons a ces sortes de discussions. M. le docteur Jeannel, qui, dans une aimable visite, nous a mis en état d'apprécier la distinction de son esprit et la hauteur de ses sentiments, sait quelles intentions nous lui avions manifestées, d'accord avec son propre désir. Même dans le sein de la commission, où il ne nous était pas permis de nous taire absolument, nous avons donné à nos opinions la forme la plus réservée. Mais il nous est impossible de pousser la complaisance jusqu'à nous laisser ranger aussi mal à propos parmi les vaincus.

A. DECHAMBRE.

Nous reproduisons plus loin (p. 867) l'observation communiquée par M Scoutetten à l'Académie de médecine, dans la séance du 17 novembre, et dont l'intérêt gît surtout dans cette circonstance que la difformité congénitale des pieds et des mains qui s'est transmise à travers plusieurs générations avait pour origine une lésion *traumatique* des mêmes parties chez un ascendant. De tels faits sont très rares, mais M. Scoutetten en trouvera d'analogues dans le TRAITÉ DE L'HÉRÉDITÉ, de M. Lucas.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOGÉNIE COMPARÉE DES ENDÉMIES ET DES PRODUITS PAR LES MARAIS DE LA SEILLE (MEURTHE), par M. le docteur ANCELON.

« Il est une sorte de fatalité attachée aux procédés de » l'esprit humain : c'est qu'il n'arrive aux idées simples » qu'après avoir épuisé les idées compliquées ; or, dégager » cette idée simple des liens qui l'étouffent, c'est faire, en » quelque sorte œuvre de création (1). »

En aucune circonstance, l'application de cette donnée profonde n'est plus nécessaire que lorsqu'il s'agit de recherches sur les *endémies*, les *enzooties*, les *épizooties* et les maladies populaires. Trop souvent la forme morbide a le privilége d'absorber l'attention des observateurs au détriment de l'agent étiologique et des accessoires importants qui en multiplient la puissance. Ainsi l'existence de l'effluve paludéen, qui produit chez l'homme les pyrexies intermittentes, les affections typhiques, septiques et charbonneuses, chez les grands herbivores les affections typhiques, septiques et charbonneuses, est en quelque sorte niée aujourd'hui, tant l'engouement pour certaines opinions contagionistes, nouvellement remises en honneur, a jeté de défaveur sur l'étude des foyers d'infection marécageuse. Cependant Hippocrate avait dit des maladies pestilentielles : « *Communis igitur febris, ideo communiter omnes invadit quod eumdem omnes spiritum attrahunt, et simili corpore spiritu similiter permixto similes oriuntur febres* (1) ; » et l'expérience des siècles a enseigné à la civilisation que les travaux publics d'assainissement rendent salubres des villages, des villes, des provinces, des royaumes naguère la proie accoutumée des endémies, des enzooties produites par l'infection, tandis qu'il est absolument impossible de rien faire de semblable pour les maladies essentiellement contagieuses (Rochoux).

Il est incontestable que l'analogie entre les maladies des marais et l'empoisonnement miasmatique n'est pas bornée à leur cause productrice ; qu'elles en présentent encore une très grande par rapport à leurs symptômes, à leurs formes. Il suffit de lire un certain nombre de relations d'épidémies de typhus pour s'assurer qu'elles offrent souvent, dans leur durée et toujours à leur déclin, des cas plus ou moins nombreux de fièvres intermittentes ; de sorte que les derniers sujets atteints de typhus voient, au bout de quelques jours, leur maladie prendre le type intermittent (Rochoux) ; d'un autre côté, dans les épidémies graves de fièvres intermittentes, un grand nombre de celles qui prennent le caractère pernicieux le font en passant au type continu (Lancisi).

Quelles doivent être la pensée et la conduite du médecin placé au milieu des contrées marécageuses où se succèdent, sans interruption, ou se substituent l'un à l'autre des états pathologiques graves, sous forme de fièvres intermittentes, rémittentes, de *typhus paludéen* et d'affections charbonneuses ? Exigera-t-on de lui qu'il néglige l'effluve des marais, dont il peut suivre et atteindre les résultats, pour se livrer à la recherche de nous ne savons quelle influence contagieuse qui échappe et à laquelle on veut assigner aujourd'hui le principal rôle dans le développement des endémies et des enzooties ?

Pour nous, nous occupant dans ce travail du lien qui, dans les marais de la Seille, unit les fièvres intermittentes, le typhus paludéen et les affections charbonneuses, nous démontrerons que toutes ces individualités morbides ont une cause commune, l'effluve des marais ; nous dirons pourquoi les animaux domestiques sont exempts de la fièvre intermittente, pourquoi jusqu'ici le typhus des marais n'a été observé que dans le cheval, pourquoi la race bovine ne peut être affectée, à l'exclusion des deux autres maladies, que du charbon et de la maladie charbonneuse appelée *sang de rate*.

CHAPITRE PREMIER. — *Historique*.

Après ce qui vient d'être dit plus haut, le point de vue auquel nous nous plaçons nous dispense de remonter le cours

(1) Forget, *Traité de l'entérite folliculeuse*. avant-propos, p. IX.

(1) Hippocrate, *De flatibus*, chap. III.

des âges pour rechercher dans les monuments de la médecine humaine d'autres titres à l'analogie que nous poursuivons (1). Passons sans préambule à la question d'histoire qui concerne les animaux domestiques : des trois maladies qui nous occupent, la première est niée, la seconde est encore contestée, la troisième n'a pas toujours été présentée dans son véritable jour.

§ I. — Les fièvres intermittentes laisseront toujours une lacune dans les cadres nosologiques de la médecine vétérinaire. Il n'existe aucun fait de fièvre intermittente du bétail, bien constaté dans notre pays. Hurtrel d'Arboval, qui a consacré à ces pyrexies un paragraphe de son dictionnaire, révoque en doute les observations de Rodet, de Liégard, de Clichy et de Latour. L'observation de Rodet est relative à un cas de morve; celle de Liégard à une pleuropneumonie chronique; celles des autres médecins sont fort obscures.

Le typhus paludéen du bétail n'a point encore de date historique. Nous possédons à la vérité quelques faits isolés plus ou moins complets; mais aucune école ne s'en est emparée, jusqu'à ce jour, pour les réunir en faisceau ou les rattacher à un système. La pathologie en est livrée au hasard des hypothèses, comme la curation en est tombée, au milieu de nos campagnes, dans le domaine de l'ignorance et du charlatanisme. Nous nous croyons même en droit de douter si toutes les observations où est consigné le désordre matériel qui, suivant quelques auteurs, constitue toute la maladie, appartiennent réellement à cette ruineuse affection. Pour que le cas d'*entérite*, recueilli à Alfort par M. Rigot en 1824 et publié par M. Gellé en 1839, pût être admis sans conteste, il eût fallu préciser davantage, par des détails anatomiques rigoureux, l'état du poumon, puisqu'on négligeait de dire que l'animal n'avait point succombé à une phthisie pulmonaire : n'est il point évident pour tout le monde que cette question, restée dans l'ombre, appelle le doute? Le tome V du *Recueil de médecine vétérinaire*, année 1828, contient trois bonnes observations de typhus paludéen mises au jour par Jacobi. Nous n'avons rien trouvé de mieux jusqu'à ce moment sur le sujet qui nous occupe, sans excepter la note présentée par M. Rayer, le 18 avril 1843, à l'Académie de médecine. On est plus embarrassé lorsqu'il s'agit d'apprécier les désordres intestinaux luxueusement exposés par M. Duroc, dans le vingtième volume du *Recueil de médecine vétérinaire*, année 1843. Nous ne savons pas ce que l'Académie des sciences jugera à propos de dire de la communication qui lui a été faite, dans sa séance du 9 octobre 1848, par M. Plosse, médecin vétérinaire à Niort; ce qu'il y a de certain, c'est que nous nous souviendrons que ce praticien qui compare la fièvre typhoïde du cheval à celle de l'homme, et lui attribue, comme *cause unique*, les champignons microscopiques des fourrages avariés, *exerce son art non loin des immenses marais de la Dive*.

En face d'une épizootie qui régna en Suède, dans le cours de l'année 1824, et qui nous paraît être un typhus paludéen, son historien, le professeur Norling, de Stockholm, se demande s'il n'a pas affaire à une maladie inconnue.

Est-ce le typhus paludéen du cheval qui, jusqu'ici, a fait défaut aux observateurs; ou bien ceux-ci, trop préoccupés des théories de l'École, l'ont-ils presque toujours confondu avec les anciennes fièvres essentielles ou avec les phlegmasies gastro-intestinales, suivant les époques ou les idées dominantes? Quoi qu'il en soit, avant que la médecine vétérinaire ait dit son dernier mot sur tout ce qui concerne cette affection toujours enzootique, souvent épizootique; avant que la science ne l'ait définitivement classée dans nos familles nosologiques, le temps aura fait justice d'opinions erronées, trop évidemment calquées, dans ces derniers temps, sur les décevantes hypothèses de la médecine humaine.

§ II. — Les animaux, que l'homme a su plier à la servitude pour les faire servir à ses propres usages, out été, dans tous les temps, exposés aux maladies septiques et charbonneuses. On ne saurait conserver de doute à cet égard, après avoir lu les descriptions des auteurs grecs et latins qui, chose remarquable, s'accordent tous pour attribuer les épizooties dont ils parlent à des chaleurs excessives précédées d'années pluvieuses.

Pline, qui nous a laissé un bon tableau du charbon, cite une observation qui lui est propre, pour prouver que cette maladie est originaire des marais de la Gaule narbonnaise (1).

Vers la fin du XIe siècle, au rapport de Suétone, la campagne de Rome fut inondée par un orage tel, que de mémoire d'homme on n'en avait vu de semblable : aussi, sous l'influence des chaleurs qui suivirent, toutes les espèces d'animaux furent décimées par une épouvantable épizootie. Après les longues pluies et durant les chaleurs de 558, 592, 820, il se manifesta, en France, des épizooties charbonneuses plus ou moins générales, plus ou moins meurtrières et dont les causes paludéennes sont établies par des autorités respectables.

Hartman, qui observa une épizootie en Finlande, l'attribue aux chaleurs violentes de deux étés successifs; il remarqua que la maladie « *fit beaucoup plus de ravages et se communiquait bien plus rapidement dans les lieux où les eaux stagnaient* » et où les plantes étaient chargées de limon, d'insectes morts pourris. F.-H. Gilbert, à qui j'emprunte ces citations, « a eu souvent occasion de faire la même remarque. »

L'école de Charenton eut à combattre, en 1790, une épizootie désastreuse dont elle croit devoir attribuer la cause des pluies abondantes : « Ces pluies qui donnèrent lieu à des dépôts d'eau qui croupirent sur la terre, se putréfièrent et exhalèrent en se desséchant des vapeurs fétides et empoisonnées. »

Barrier reconnut pour cause de l'épizootie charbonneuse qui ravagea la Beauce, en 1776, la sécheresse qui « mit à sec tous les terrains couverts d'eau, en quelque sorte, tous les pâturages. »

Un médecin vétérinaire distingué, Dorfeuille, qui traita, en 1792, une épizootie charbonneuse dans le département de Lot-et-Garonne, fait observer dans une bonne instruction sur la maladie « qu'elle est endémique dans quelques communes de ce département dont les pâturages sont traversés par deux grands ruisseaux dont les bords mal entretenus sont souvent surmontés par les eaux qui submergent les terrains environnants. »

« Si, à ces faits, dit Gilbert, on ajoute que l'Égypte, la Hongrie, et généralement les pays les plus sujets aux inondations et aux chaleurs qui les suivent, sont les foyers les plus ordinaires des maladies épidémiques et épizootiques, on re

(1) Les idées exposées dans ce travail l'ont déjà été, soit à l'Académie des sciences en 1847, soit à l'Académie de médecine de Belgique en 1852. F. Heusinger n'a publié ses *Recherches de pathologie comparée* qu'en 1853.

(1) C. Plinii secondi, *Natur. hist.*, lib. XXVI, § IV, Biponti.

pourra s'empêcher de reconnaître ces inondations pour la cause première et peut-être même unique de ces fléaux désastreux. »

Chapitre II. — *Étiologie.*

§ I. — En se laissant guider avec prudence par les bons esprits qui, en médecine humaine, ont ramené la pathogénie dans les voies de la vérité, on risque peu de se lancer dans les ténèbres de l'inconnu ou de s'égarer dans le catalogue banal et stérile des causes morbides, trop copié par les nosographes sur leurs devanciers.

Les fièvres intermittentes, les pyrexies typhiques et les affections charbonneuses endémiques, au milieu des émanations paludéennes, épidémiques, sous l'influence mystérieuse des vents chargés de ces mêmes émanations qu'ils transportent à des distances incroyables, sont, comme on le sait et comme nous l'avons démontré ailleurs (1), le résultat d'une intoxication par les effluves; les pustules malignes et les charbons, à cause de la pesanteur spécifique momentanément acquise par le miasme qui les produit, exercent leur empire dans l'espace ordinairement circonscrit des endémies, mais avec la puissance de la contagion dans toute l'énergie du mot. La diversité de ces états morbides n'est qu'apparente; elle trouve sa raison d'être dans les organismes variés que rencontre l'agent morbide, soumis lui-même à une infinité de modifications atmosphériques.

§ II. *Causes externes.* — Ceci posé, il s'agit de démontrer, en s'appuyant sur des données scientifiques, les relations de causalité qui existent entre les fièvres intermittentes, les fièvres typhiques (confondues jusqu'à la guerre d'Orient avec la dothinentérie) et les affections charbonneuses. Notre principal argument sera tiré de cette circonstance particulière et purement locale du retour exact, de la succession constante et non interrompue de ces diverses formes pathologiques, parfaitement en rapport avec le mode d'exploitation de l'étang de Lindre Basse.

Pour arriver à une démonstration rigoureuse, il faut : 1° établir, d'une manière incontestable l'existence des foyers d'où émanent les effluves; 2° montrer ces mêmes effluves dans leur action intermittente toute spéciale et déterminée par l'état des lieux, par les conditions atmosphériques, par l'influence industrielle qui les modifient.

1. Nos marais commencent à 3 kilomètres sud de Dieuze, avec l'étang de Lindre-Basse, se prolongent à l'ouest sur une largeur de 800 à 900 mètres, le long du cours de la Seille, par Marsal, Moyenvic, et s'arrêtent bien au delà de Vic, à environ 25 ou 30 kilomètres du point de départ. Nous devons à la nature marneuse du sol, au peu de pente que rencontrent les eaux, depuis Lindre-Basse jusqu'à Vic et au delà (2), la vallée marécageuse à laquelle la Seille a donné son nom, et Marsal sa strumeuse renommée. Nul ne sait et l'histoire n'a pas retenu le nom des hommes assez courageux pour se consacrer à la transformation des 671 hectares de marais qui séparaient Tarquimpol, Assenoncourt, Guerongingue de Lindre-Basse, en une belle et limpide nappe d'eau; assez habiles pour calculer avec précision la résistance nécessaire à une digue destinée à supporter les efforts de plus de vingt millions de mètres cubes d'eau; pour établir enfin la plus riche des manufactures de poisson connues. Cette vaste création, qui fut tout à la fois un bienfait et un progrès dans les premiers temps de l'Empire français, puisqu'elle faisait disparaître, sous une vaste étendue d'eau, la majeure partie des marais qui infectaient le pays, est pour nous aujourd'hui une source de calamités morbides; elle charge notre atmosphère d'humidité et d'effluves paludéens, auxquels viennent se mêler les émanations des marais de la Seille proprement dite et d'une infinité d'étangs qui servent, pour la plupart, de réservoir d'alevinage au premier. Quatre anfractuosités principales de l'étang de Lindre-Basse, toujours couvertes de couches épaisses, de débris de végétaux et animaux en putréfaction offrent, constamment, en été, et à toutes les époques de sécheresse, plusieurs hectares de surface vaseuse à l'évaporation. A cette circonstance il faut ajouter cette considération que le sol, composé d'imperméables stratifications de marnes irisées, favorise singulièrement l'évaporation du poison paludéen.

L'étang de Lindre-Basse, malgré son immense étendue, n'est point un lac que l'on pêche au hasard; l'exploitation en est soumise à des règles fixes, à une périodicité exigée par la nature même du poisson qu'on y nourrit et par les prescriptions de l'agriculture. Ainsi, pendant deux ans, il est rempli d'eau et garni de poisson, qui y croît avec une grande rapidité; à la fin de la seconde année, on le vide lentement en automne, on le pêche, puis on le livre à l'agriculture dès le printemps de la troisième année. C'est une révolution, un cercle incessamment parcouru par le propriétaire de l'étang et fidèlement suivi par nos endémies et nos enzooties, lesquelles affectent de débuter toujours dans les mêmes communes.

2. *A. Endémies de fièvres intermittentes.* — Au nord et à un niveau fort au-dessous de la base de la longue digue de l'étang, se trouve le petit village de Lindre-Basse, à 3 kilomètres sud est de Dieuze; en amont de la Seille (qui traverse et alimente l'étang), tout à fait à l'extrémité sud et sur le bord d'une des anfractuosités marécageuses toujours découverte de l'étang, est situé le village d'Assenoncourt. C'est de ces deux communes rurales que part le signal d'invasion de nos fièvres intermittentes endémiques. Leur apparition coïncide avec la première année durant laquelle l'étang de Lindre est plein d'eau, alors que l'atmosphère trouve à se charger d'effluves qui n'ont pas eu le temps de mûrir aux rayons du soleil pendant plus d'une année. Au printemps, les fièvres quotidiennes, après avoir ouvert la scène pendant quelques septénaires, font place aux fièvres tierces qui s'effacent presque complétement quand arrive la chaude et sèche température de l'été, pour reparaître avec les brumes de l'automne et se transformer quelquefois en quartes rebelles. Nous avons quelque raison de craindre les saisons chaudes et moites qui provoquent souvent l'explosion de doubles tierces mal dessinées, de céphaliques et de cardialgiques pernicieuses. Les saisons humides et brumeuses leur impriment un cachet catarrhal; les chaleurs trop vives amènent la stupeur et transforment très promptement les quotidiennes en typhus.

Nous ne connaissons pas ce que M. Boudin décore du nom d'*antagonisme;* nous pouvons affirmer seulement que la phthisie pulmonaire est aussi connue dans nos contrées que partout ailleurs, et qu'elle débute le plus communément sous le couvert des fièvres quotidiennes et tierces dont le stade

(1) *Mémoire sur les fièvres typhoïdes périodiquement développées par les émanations de l'étang de Lindre-Basse.* 1847, in-8.

(2) Il y a à peine 6 mètres de pente de Dieuze à Metz, où la Seille se jette dans la Moselle.

algide manque et dont l'intermittence n'est pas toujours très franche.

B. Endémies, enzooties typhiques. — *a.* La commune de Guermange, considérée comme le principal foyer de nos endémies typhiques (1), se trouvait autrefois entourée de nombreux étangs; le typhus paludéen y paraissait tous les ans, tantôt au sud-ouest, tantôt au nord-est, et y tuait beaucoup de monde. Depuis trente-six ans environ, il s'est fait un changement remarquable dans la direction prise par l'endémie qui ne se montre plus, à son invasion, que de l'ouest à l'est. C'est que, depuis trente-six ans, des étangs voisins et celui surtout qui s'étendait au nord-est du village, ont été supprimés et transformés en riches prairies; que toute la partie sud-ouest du territoire de la commune est en quelque sorte baignée par les flots de l'étang de Lindre; et qu'enfin, depuis cette même époque, nos endémies typhiques ne nous reviennent plus que chaque trois années; elles répondent toujours à la seconde année durant laquelle l'étang est plein d'eau.

On concevra sans peine pourquoi cette seconde année est si dangereuse, si l'on veut bien faire attention que, pendant deux ans, le sol des bords de l'étang a été délayé en vase par l'eau; qu'une grande quantité de végétaux et d'animaux a fourni des débris constamment poussés vers le rivage par les vagues et les vents d'ouest dominants dans le pays; que ces débris se putréfient et se mêlent aux marais toujours largement découverts pendant les chaleurs de l'été; que, par conséquent, leur accumulation sur des rives sans cesse échauffées par les rayons du soleil sature l'atmosphère d'une quantité effrayante de miasmes marécageux et putrides: l'étang livre souvent, dans la période d'exploitation qui nous occupe, près d'un myriamètre carré de surface vaseuse à l'évaporation.

b. Nous pouvons déjà placer ici un des jalons destinés à nous faire reconnaître les points de contact ou de divergence qui rapprochent ou éloignent, étiologiquement parlant, le typhus paludéen de l'homme de celui du cheval. Le miasme, mûri par la chaleur, agit presque immédiatement sur l'homme, surtout si ce dernier est forcé de vivre au milieu d'autres circonstances que nous avons fait connaître dans un autre travail (2); dans son agression contre le cheval et pour qu'il puisse arriver au système nerveux ganglionnaire avec efficacité, il faut que le miasme paludéen rencontre, dans les diverses idiosyncrasies qu'il attaque, des modifications profondes plus ou moins occultes, lentement préparées par des années humides et par une alimentation insuffisante et nuisible. Ces deux dernières causes, isolées de la première, ne sauraient aboutir, notons-le bien, qu'à la simple *cachexie aqueuse.*

En médecine vétérinaire, le typhus paludéen a besoin de causes multiples pour se produire; il appelle ordinairement à son aide le concours de trois moyens principaux :

1° L'humidité d'une année pluvieuse qui, d'abord, apporte des modifications puissantes au jeu latent de l'économie;

2° Les productions agricoles de mauvaise nature, les fourrages vasés, avariés de mille manières et le plus souvent chargés de dangereuses moisissures; source féconde ou le tube digestif puisera des matériaux alibiles empoisonnées;

3° Enfin, les exhalaisons fournies par les terrains gras, les marais, les étangs, les défrichements de forêts définitivement favorisés par la température d'un été brûlant.

On remarque, dans les lieux où il règne, une température variable, s'établissant par soubresauts; un sol très gras, des étangs, des marais, des défrichements de forêts; des ruisseaux au cours lent et sinueux, presque sans écoulement, inondant fréquemment de leurs eaux limoneuses des prairies, des vallées peu profondes d'où s'élèvent presque en tout temps des brouillards infects. Mornange, bourg de la Moselle, où l'on a observé une épizootie pendant les chaleurs tropicales de 1846 qui avaient succédé à l'humidité de l'année précédente, est bâti sur les bords d'un étang. Hellaucourt, Assenencourt, frappés en même temps du même fléau, se trouvent dans des conditions analogues; la maison d'exploitation d'Inswiller, dont les pertes en bestiaux ont été remarquables à la même époque, s'élève au milieu d'un défrichement de forêts, environné d'étangs; le village de Guéblange, qui a eu à subir le même désastre, est posé dans une vallée humide, marécageuse, baignée par un ruisseau fangeux.

En résumé, dans la partie de la Lorraine que nous habitons (vallée de la Seille), se rencontrent, pour le cheval comme pour l'espèce humaine, toutes les conditions pathogéniques de la typhohémie : variations atmosphériques influençant souvent les récoltes d'une manière funeste, humidité, chaleurs vives, inondations, effluves paludéens.

A ces causes essentielles vient encore s'en associer une infinité d'autres qui, pour être accessoires, n'en concourent pas moins, pour une grande partie, à la production de la typhohémie. Nous rangeons dans cette catégorie la vicieuse habitude contractée par les cultivateurs de faire paître leurs bestiaux pendant les nuits humides et pluvieuses de l'automne; la malpropreté, le défaut d'aération, l'étroitesse des étables mal éclairées et dont la capacité est toujours trop peu en rapport avec le nombre des animaux qu'on y entasse; l'eau des mares infectes où on les abreuve le plus souvent.

(*La suite prochainement.*)

(1) *Mémoire cité.*
(2) *Ibid.*

III.

REVUE CLINIQUE.

EXTIRPATION COMPLÈTE DU CALCANÉUM; GUÉRISON RAPIDE (1).

Les recueils étrangers, et surtout les journaux anglais, renferment l'indication d'une grande quantité de résections et d'extirpations d'os qui démontrent la hardiesse extrême des chirurgiens d'outre-Manche : la résection du genou, celle de la hanche, sont fréquemment pratiquées, tandis que, chez nous, ces opérations sont dans un discrédit presque absolu. Il en est de même pour le pied. Si les amputations partielles sont ici étudiées avec beaucoup de soin, en revanche on ne tente guère l'extirpation isolée d'un des os du tarse dans les cas d'affections organiques, si ce n'est lorsqu'un seul des petits os est malade, tels que le scaphoïde, le cuboïde, un des cunéiformes. La pratique française se réduit à peu près aux principes suivants dans les cas de lésions organiques:

(1) *Case of Excision of the Os Calcis by an Improved Methode of Operation*, by Clifford Morrogh, M.-D. of New-Brunswick (*New-York Journal of Medicine*, [illegible] 1857).

expectation, moyens thérapeutiques généraux et locaux; en cas d'insuccès, amputations partielles longitudinales ou transversales, et, au besoin, désarticulation tibio-tarsienne ou amputation de la jambe à divers niveaux.

Il n'est nullement question en France d'une opération qui paraît jouir à l'étranger d'une certaine faveur, je veux parler de l'extirpation du calcanéum en totalité. Nous mettons sous les yeux des lecteurs une observation de cette espèce, afin d'engager nos compatriotes à étudier cette question intéressante.

Obs. — Un jeune homme de douze ans, d'une belle constitution et d'une brillante intelligence, né de parents sains et robustes, était très affaibli par une nécrose du calcanéum droit. Neuf mois environ auparavant, il eut le pied légèrement serré entre deux wagons. Dans les premiers temps, il ne se plaignit pas beaucoup; mais, une ou deux semaines après, les malléoles et le pied se gonflèrent et devinrent douloureux. Malgré les soins médicaux, le mal empira. Plusieurs abcès s'ouvrirent et devinrent fistuleux. La région malléolaire continua à être très douloureuse, surtout lorsque le pied était posé sur le sol. La fièvre hectique s'alluma, l'enfant devint chagrin et s'affaiblit beaucoup. M. Cl. Morrogh constata alors l'état suivant: les téguments de la région étaient livides, gonflés, luisants; trois ou quatre fistules versaient un pus ichoreux. Un stylet introduit par leur orifice atteignait en plusieurs points le calcanéum, dénudé et rugueux. Malgré l'étendue du gonflement, les os voisins ne présentaient rien de semblable. L'extirpation proposée pour éviter l'*humiliante alternative* de l'amputation fut acceptée et pratiquée le 24 octobre 1854. L'enfant fut couché sur le côté gauche et anesthésié.

Une incision fut pratiquée sur l'extrémité postérieure du calcanéum; elle s'étendait de la face supérieure à la face inférieure, et, dans ce dernier sens, fut prolongée jusqu'à l'articulation calcanéo-cuboïdienne, en évitant avec soin l'artère plantaire externe. L'incision fut également étendue quelque peu sur le haut; mais on n'atteignit pas les tendons péroniers. Un lambeau carré fut ainsi dessiné sur le bord externe du pied; on le détacha, et l'on coupa le tendon d'Achille à son insertion; un scalpel fort et étroit fut glissé au-dessous des tendons péroniers et ouvrit l'articulation calcanéo-cuboïdienne sans entamer les tendons ni l'artère voisine; il fut ensuite porté au-dessous de l'astragale, divisa le ligament interosseux et permit la séparation des deux os. On imprima alors au calcanéum un mouvement de rotation sur son axe, de manière à découvrir sa face interne. Les parties molles en furent séparées, surtout avec le manche du scalpel, et l'opération fut ainsi terminée. Ce procédé permit de voir les artères tibiale postérieure et plantaires intactes battre au fond de la plaie. Tous les tendons du pied étaient également intacts. Aucune ligature ne fut nécessaire; le lambeau fut rapproché, un morceau d'éponge aplati fut placé sur la plaie, et le pied fut maintenu dans l'extension au moyen d'une gouttière de gutta-percha préalablement moulée sur le cou-de-pied.

L'opération mit fin sur-le-champ aux douleurs et à la fièvre. L'enfant marcha rapidement vers la guérison; la plaie se réunit par adhésion dans sa plus grande étendue. Le reste se cicatrisa par granulation. La cavité se combla par du tissu cellulo-fibreux. Deux mois après l'opération, l'enfant pouvait courir rapidement. Maintenant, il porte dans son soulier un petit coussin placé au-dessous du talon et ne paraît éprouver aucun inconvénient de la perte de l'os.

Le temps qui sépare l'époque où l'opération a été pratiquée de celle à laquelle l'observation a été publiée donne à ce fait beaucoup d'importance; il semble prouver que l'extirpation totale du calcanéum est réellement utile dans certains cas. Si, en thérapeutique chirurgicale, l'enthousiasme et la crédulité sont trop souvent funestes, il faut cependant se garder aussi d'un scepticisme outré et ne pas rejeter une opération par la seule raison qu'elle est insolite et incompatible *à priori* avec le raisonnement. Nous avons lu autrefois un mémoire sur le même sujet qui, sans détruire complétement nos préventions, a cependant quelque peu ébranlé nos convictions et nos répugnances : c'est celui de M. Martineau Greenhow, publié en 1853 dans le British medico-chirurg. Review, et traduit dans les Archives générales de médecine, 5e série, t. II, p. 521. On y trouve l'analyse de douze opérations pratiquées sur des sujets tous scrofuleux. Aucune d'elles ne fut mortelle; deux fois seulement on pratiqua consécutivement l'amputation de la jambe. Plusieurs fois on enleva en même temps une portion des os adjacents, astragale, cuboïde. Ces observations sont, à la vérité, très incomplètes pour la plupart, sous le double rapport de l'anatomie pathologique et des suites ultérieures de l'opération. Cependant, il est impossible de ne pas tenir un compte sérieux des résultats consignés dans ce travail. Ainsi, sans m'arrêter aux insuccès, aux demi-succès et aux cas prématurément publiés, je trouve les renseignements suivants sur l'état consécutif des fonctions du membre:

Obs. II. — Homme, vingt ans. Opéré le 15 juin 1848. Sort le 20 décembre. Il peut marcher en boitant très peu.

Obs. IV. — Jeune homme, seize ans. Opéré le 5 décembre 1848. Vers le milieu de l'année suivante, il se sert très bien de son pied. On l'a revu depuis dans un état aussi satisfaisant que possible.

Obs. VI. — Jeune homme, seize ans. Opéré le 9 octobre 1848. Quitte l'hôpital le 7 janvier 1849. A la fin de l'année, il déclare qu'il se sert aussi bien de son pied opéré que de celui du côté opposé.

Obs. VII. — Jeune homme, quinze ans. Opéré le 3 juillet 1849. Au mois d'octobre 1850, on l'a vu faire 6 milles de chemin sans rien éprouver de fâcheux.

Obs. IX. — Homme, vingt-deux ans. Opéré le 20 mars 1851 avec tant de succès que, six mois après, le pied pouvait soutenir le poids du corps et que le malade marchait sans bâton. Dans la suite, on put voir que sa marche était très peu gênée.

Obs. XI. — Fille de seize ans. Opérée le 12 décembre 1851. Le 3 février suivant, la plaie était complétement guérie. Les dernières nouvelles sont que le pied est tout à fait guéri et capable de porter le poids du corps avec facilité et sans douleur. L'opérée peut faire sans peine des courses modérées. Sa démarche naturelle est peu changée, la forme du pied seule est légèrement altérée.

Il serait possible de multiplier ces faits, et d'ici à peu de temps un travail d'ensemble sera nécessaire. Nous sommes conduits, par l'expérience des autres résections et des amputations partielles du pied, à craindre que, parmi tous ces succès, quelques-uns aient pu se démentir plus tard; mais c'est là le sort de toutes les opérations pratiquées pour des lésions organiques du squelette. Ce qui manque surtout dans tous ces faits, ce sont les renseignements précis sur la physiologie nouvelle du pied mutilé et sur la forme de l'organe. Aussi nous admettons avec quelque doute la proposition suivante de M. Martineau Greenhow : « L'opération ne laisse pas de grande difformité; dans presque tous les cas, l'opéré a pu marcher sans boiter beaucoup, *car le pied n'est pas matériellement déformé.* »

En résumé, si l'indication se présente d'une manière évi-

dente, un chirurgien pourra sans se compromettre, et après avoir *étudié soigneusement* les observations et les procédés publiés, répéter une opération qui a été tentée par des chirurgiens distingués, tels que MM. Greenhow, Hancock, Potter et d'autres cités dans le mémoire dont je viens de tirer quelques passages.

A. V.

Végétations considérables des organes génitaux, guéries par l'emploi de l'acide chromique en solution.

Obs. — C., âgée de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, n'ayant jamais été malade, devint enceinte pour la première fois vers la fin du mois d'octobre 1856. A ce moment, elle fut prise d'un écoulement blennorrhagique assez abondant. Arrivée au quatrième mois de sa grossesse, elle commença à éprouver de la chaleur et une véritable souffrance aux parties génitales. Ce sentiment douloureux était provoqué par la présence en cette région de saillies nombreuses, qui avaient remplacé l'écoulement d'un pus assez abondant et d'une extrême fétidité. Quelques soins de propreté, des injections et des bains ne produisent aucun soulagement. Deux mois se passent, pendant lesquels le mal fait des progrès rapides.

C. se présente à l'hôpital, où elle est admise le 30 avril 1857, au sixième mois de la gestation.

On constate sur les grandes et petites lèvres, dans le conduit vaginal, sur le col utérin lui-même, des excroissances considérables et en très grand nombre, dont la plus volumineuse, grosse comme le poing, proéminait en dehors du vagin. De ces végétations, les unes sont pédiculées, les autres sessiles; elles ont une teinte rougeâtre, une apparence vasculaire. La plupart d'entre elles se divisent et se subdivisent, et forment des ramifications qui, par leur aspect, offrent quelque analogie avec le corymbe du millefeuille. Dans le vagin, ces excroissances ont acquis de telles dimensions, un tel développement, qu'elles en remplissent toute la cavité et ne permettent qu'avec beaucoup de difficulté l'introduction du spéculum. En recherchant la cause de ces végétations, il est impossible de leur reconnaître une origine syphilitique. Cette jeune femme n'a jamais eu de chancres : l'examen attentif des parties génitales n'y laisse découvrir aucune ulcération ; il n'existe ni engorgement des ganglions inguinaux ou sous-occipitaux, ni éruption squammeuse.

Dans un tel état de choses, on ne pouvait que prévoir de grandes difficultés pour le moment de l'accouchement. Il était donc très important de chercher les moyens de détruire cet obstacle. M. Rousset applique d'abord, dans ce but, le crayon de nitrate d'argent, puis le nitrate acide de mercure. Ce dernier moyen, continué pendant vingt-cinq jours avec beaucoup de soin, provoque des douleurs très vives. Comme le précédent, il n'est suivi que d'un effet peu avantageux. On fait ensuite usage de la teinture alcoolique d'iode; ce moyen reste aussi sans efficacité.

Le 6 juillet, après tous ces insuccès, M. le professeur Rousset a l'idée de recourir à l'emploi de l'acide chromique. Il fait préparer une solution ainsi composée : acide chromique, 1 p.; eau distillée, 3 p. A l'aide d'un pinceau, il imbibe successivement de ce liquide chaque excroissance, ayant soin de ne pas toucher la muqueuse qui l'entoure. Immédiatement la malade éprouve sur la partie touchée par la solution un sentiment de cuisson, une douleur, qui se calme bientôt. Il se manifeste de la rougeur, un peu de gonflement, en un mot une inflammation légère, qui se termine par la formation du pus. Quelques lavages avec de l'eau de Goulard, de la charpie sèche, constituent tout le traitement. A mesure que la suppuration s'établit, les excroissances se détachent, disparaissent, et laissent à leur place une surface rougeâtre, en quelques points excoriée, en d'autres ulcérée très superficiellement; la cicatrisation s'établit régulière et uniforme. Le 20 juillet, la guérison est définitive; le col utérin, le vagin, les grandes et les petites lèvres sont entièrement délivrés de ces produits accidentels, et offrent un aspect tout à fait normal. Le 26, l'accouchement a lieu sans aucun accident. L'enfant, du sexe masculin, parfaitement constitué, ne porte sur son corps aucune trace pouvant faire soupçonner chez la mère une affection de nature spécifique.

L'acide chromique a été vanté dans ces dernières années comme caustique, par M. Keller en Allemagne, et par M. Marshall, chirurgien de l'hôpital du collége de l'Université de Londres, pour détruire les végétations qui se développent sur les parties génitales. M. Marshall se sert de cet acide en solution, M. Keller l'applique sous forme de pâte. Quel que soit le procédé mis en usage, ce caustique se manie avec facilité; son action est à la fois très rapide, peu douloureuse et profonde. On est donc en droit de conclure, par cette observation, que, dans les excroissances des organes génitaux, l'acide chromique doit être considéré comme un caustique puissant, et préférable à tous ceux qui ont été jusqu'à ce jour le plus ordinairement employés (1).

Caussade,

Interne et prosecteur de l'École de médecine de Bordeaux.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Pathologie. — *Note sur un nouveau cas d'empoisonnement par les vapeurs d'essence de térébenthine, par suite du séjour dans un appartement fraîchement peint;* par M. *Marchal* (de Calvi). — Je ne reviendrai pas sur le cas pathologique très grave qui me conduisit, il y a deux ans, à examiner de plus près la question des accidents occasionnés par la peinture fraîche des appartements; il est consigné dans mon mémoire (*Comptes rendus*, t. XLI, p. 1041). Un cas semblable, plus démonstratif, plus saisissant encore, vient de se présenter à mon honorable confrère, M. le docteur Favrot, qui a bien voulu me dicter des notes sur lesquelles j'ai rédigé la relation suivante :

Mademoiselle H., d'une bonne constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, était rétablie, depuis deux jours, d'un rhumatisme articulaire aigu, quand elle fit peindre les portes et fenêtres de son appartement à la peinture ordinaire (céruse, huile d'œillette et essence de térébenthine). Sa chambre à coucher, spacieuse, aérée, a deux portes et deux fenêtres. Le jour où l'on avait peint, se trouvant un peu fatiguée par sa première sortie et par le mouvement qu'elle s'était donné chez elle, elle se mit au lit de bonne heure. Elle n'était pas couchée depuis plus de trois heures, qu'elle se réveilla dans un état de malaise effrayant. Heureusement elle eut la force d'appeler, et l'on courut en toute hâte chercher M. Favrot, qui l'avait soignée récemment. Il la trouva dans l'état suivant : visage anxieux, grippé; pâleur mate; yeux excavés, bordés de noir; voix éteinte; forces anéanties; les membres, dans la résolution profonde, retombent lourdement quand on les abandonne à eux-mêmes, après les avoir soulevés; douleurs vives dans toutes les jointures; douleurs abdominales violentes, continuelles, qui font que la malade se tient fortement courbée, comme recroquevillée; nausées réitérées, non suivies d'effet par insuffisance de forces; respiration courte, précipitée, angoissée.

(1) Extrait du *Journal de médecine de Bordeaux*, novembre 1857.

pouls filiforme, à peine perceptible. Une sueur froide et visqueuse s'étend sur tout le corps. A ces symptômes, on aurait pu croire à une attaque de choléra algide, et M. Favrot m'a avoué qu'il s'y serait laissé prendre sans l'odeur très caractéristique qui régnait dans l'appartement, et qui lui donna à lui-même un violent mal de tête qu'il conserva jusqu'au lendemain. Sans perdre un moment, M. Favrot fit transporter la malade dans un hôtel voisin; là il lui donna de la camomille très chaude avec de l'eau-de-vie; puis il lui prescrivit une potion stimulante à la teinture de cannelle; on la couvrit de sinapismes, et finalement on lui donna des douches de vapeur dans son lit. Malgré ce traitement si bien approprié, mademoiselle H. resta pendant trente-six heures dans un état d'anéantissement très inquiétant, et huit jours se passèrent sans qu'elle eût la force de se tenir debout. Elle est aujourd'hui parfaitement rétablie. (*Comm.* : MM. Dumas, Rayer et Balard.)

CHIMIE APPLIQUÉE. — *De la non-existence de l'albumine dans les urines normales, et de l'infidélité de l'action du chloroforme comme réactif de l'albumine;* par M. *Becquerel*. — M. le docteur Gigon (d'Angoulême) a publié dans L'UNION MÉDICALE des expériences, desquelles il a tiré les conséquences suivantes, que nous pouvons brièvement résumer : 1° l'urine, à l'état normal, contient toujours de l'albumine; 2° l'albumine n'y a pas été découverte jusqu'à présent, faute de réactif suffisant pour la déceler. Ce réactif existe : c'est le chloroforme.

Telles sont les idées fondamentales du travail de M. Gigon, idées qu'il a basées sur des expériences nombreuses, et qu'il croit à l'abri de toute objection. Ces conclusions m'ont semblé si loin de la vérité et si complétement en contradiction avec les résultats que j'ai obtenus dans l'analyse de plusieurs milliers d'urine, faite depuis vingt années, que j'ai dû songer à vérifier les assertions de notre confrère. Pour plus de garantie, j'ai prié un chimiste habile, M. Barreswil, dont personne ne contestera la compétence en pareille matière, de vouloir bien répéter avec moi ces expériences. Les expériences que nous avons faites nous ont conduits à diverses propositions, que voici :

Première proposition. — Le chloroforme, ajouté en petite quantité et agité avec un certain nombre de liquides, donne une émulsion abondante et d'un blanc caractéristique qui la fait ressembler à de l'albumine.

Les liquides qui donnent ce résultat sont des liquides qui renferment des substances plutôt à l'état de mélange qu'à celui de dissolution véritable, ou bien encore qui la contiennent dans un état de dissolution tout particulier, et qui n'est pas analogue à celui des substances réellement solubles. Les substances qui jouissent de ces propriétés sont les suivantes : l'albumine, la gomme arabique, la gélatine, l'amidon en dissolution, le mucus, probablement la matière organique, encore indéterminée, tenue en dissolution dans l'urine.

Deuxième proposition. — Toutes les variétés d'urines non albumineuses, sauf quelques exceptions fort rares, donnent une émulsion souvent considérable quand on vient à les agiter avec du chloroforme. Ces émulsions sont en rapport direct avec la quantité de mucus contenu dans l'urine, et aussi avec celle des matières organiques tenues en dissolution.

Troisième proposition. — Les urines normales, qui donnent par leur agitation, avec une quantité suffisante de chloroforme, une émulsion, ne fournissent aucune trace d'albumine quand on agit sur elles avec les réactifs les plus sensibles.

Quatrième proposition. — L'urine albumineuse, loin d'être coagulée complétement par le chloroforme, ne laisse, au contraire, émulsionner avec ce liquide qu'une très faible quantité de ce principe immédiat tenu en dissolution.

Conclusions. — 1° Les urines normales, additionnées de chloroforme et agitées avec lui, donnent un précipité qui n'est qu'une simple émulsion, constituée par le chloroforme, d'une part, et d'une autre par le mucus et la matière organique toujours contenue dans la sécrétion urinaire; 2° les urines normales ne contiennent aucune trace d'albumine; 3° le chloroforme est un réactif très infidèle; il ne précipite qu'une partie de l'albumine, et laisse intacte et en dissolution dans la partie supérieure du liquide, l'albumine qui s'y trouve contenue.

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1857.

OBSERVATION DE DIFFORMITÉS CONGÉNITALES DES PIEDS ET DES MAINS, communiquée par M. SCOUTETTEN. — Marguerite Frache est une femme âgée de quarante-sept ans; elle est blonde; sa santé est excellente. Son père, d'une organisation robuste, portait des difformités que nous décrirons bientôt.

Le grand-père de cette femme était maçon; sa conformation était régulière. A l'âge de vingt-cinq ans, il fit une chute d'un échafaud élevé, et, tombant, il se fit de profondes blessures aux pieds et aux mains.

Son fils, Louis Frache, père de Marguerite, vint au monde avec un seul doigt à chaque main et deux orteils à chaque pied, le premier et le dernier. Cet homme était tisserand : on assure qu'il était un ouvrier habile.

Louis Frache a eu cinq enfants : trois garçons et deux filles. Trois sont morts en bas âge; quatre étaient difformes. Le cinquième, qui est l'aîné, est bien conformé; il a servi dans l'arme du génie, et il est actuellement aux vétérans. Cet homme s'est marié et il n'a eu qu'un seul enfant bien conformé.

Le second des enfants de Louis Frache est Marguerite. Elle s'est mariée au sieur Einglemann (François), âgé de quarante-deux ans, né à Morhange, département de la Moselle. Cet homme est manœuvre; il est bien conformé, s'est toujours bien porté; sa constitution est robuste, ses cheveux sont châtains; sa taille est de 1 mètre 70 centimètres.

De ce mariage sont nés quatre enfants :

1° Louis Einglemann, âgé de dix-sept ans au moment où je recueillais l'observation. Il est sain et bien conformé.

2° Christophe Einglemann, âgé de sept ans, difforme des pieds et des mains. Les pieds n'ont que deux orteils, le gros et le petit; les mains n'ont que deux doigts, le médius et l'annulaire. A droite, le médius et l'annulaire sont réunis, jusqu'à la hauteur de la première articulation avec la seconde, puis les extrémités des doigts divergent en se portant à droite et à gauche; les deux doigts de la main gauche sont intimement unis dans toute leur longueur.

3° Catherine Einglemann est âgée de cinq ans; elle est difforme des pieds et des mains; les pieds n'ont que deux orteils, le premier et le dernier; la main droite présente trois doigts : l'indicateur et le médius manquent complétement; la main gauche n'a que deux doigts, le pouce et l'auriculaire; sur la dernière phalange du pouce on voit une saillie indiquant un doigt surnuméraire avorté.

4° Adèle Einglemann est une petite fille, faible, rachitique, hydrocéphale; elle est âgée de dix-huit mois; les pieds n'ont que deux orteils, le premier et le dernier.

La main droite a deux doigts et une phalange; le pouce et l'indicateur manquent complétement; l'annulaire n'a qu'une phalange réunie à la phalange voisine du doigt auriculaire, qui est entier. La main gauche n'a que le doigt auriculaire et la première phalange du doigt indicateur.

Quant à la mère de ces enfants, Marguerite Frache, femme Einglemann, les pieds sont horriblement difformes : ils n'ont que deux orteils, courbés en dedans et présentant la disposition des serres du crabe. C'est, en effet, ainsi qu'agissent ces orteils : ils se meuvent horizontalement, et pincent les objets avec force.

La main droite n'a qu'un seul doigt, l'indicateur; la main gauche en a deux, l'auriculaire et l'annulaire, qui sont réunis dans toute leur longueur.

SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Une lettre par laquelle il accuse réception du rapport de l'Académie sur les épidémies observées en France pendant l'année 1856, et par laquelle il donne son assentiment aux propositions de récompenses formulées à la fin de ce travail. — *b.* Le rapport final de M. le docteur *Dubos*, médecin des épidémies de l'arrondissement de Chinon, sur une épidémie de suette miliaire qui a régné dans cet arrondissement. — *c.* Le rapport final de M. le docteur *Marglier*, médecin des épidémies de l'arrondissement de Semur, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Juilleuay. — *d.* Deux

rapports de M. le docteur *Sers*, médecin des épidémies de l'arrondissement de Castres, et de M. le docteur *Cassan*, médecin à Castres, sur une épidémie de gastro-entérite et sur une épidémie de pustule maligne qui ont régné récemment dans cette ville, ainsi que dans la commune de Paulin. — *e*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Sarthe pendant l'année 1856. (*Commission des épidémies*.) — *f*. Une nouvelle communication de M. *Pauli*, médecin-major au 90e de ligne, relative au tannate de fer comme succédané du quinquina et du sulfate de quinine. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*.)

2° Le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet à l'Académie une lettre et plusieurs brochures relatives à une question scientifique sur laquelle plusieurs membres de la Faculté de médecine de Caracas, république de Venezuela, divisés d'opinion, désirent avoir le jugement de l'Académie. (*Comm.*: MM. Velpeau, Bégin, Nélaton, Lagneau et Malgaigne.)

EXCISION DE L'OS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR POUR ATTEINDRE UN POLYPE VOLUMINEUX S'INSÉRANT A LA BASE DU CRANE.

M. le docteur *François*, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Abbeville, donne lecture, sous ce titre, de l'observation suivante :

L'opération a été pratiquée sur un jeune homme âgé de seize ans, qui portait un polype fibreux, très vasculaire et d'un volume considérable, ayant ses points d'insertion à l'apophyse ptérygoïde, à l'apophyse basilaire, à la voûte des fosses nasales.

La tumeur avait la forme d'une pyramide triangulaire, à base dirigée en arrière, et s'insérant en un mot au sommet du pharynx.

Une première tentative ayant démontré l'impossibilité d'extirper la tumeur au moyen de la ligature, l'excision fut décidée. Elle eut lieu le 28 septembre 1857, en présence de MM. Dubois père, Dumont, Bernier, Valangrin, Viou et Dubois fils.

Une incision courbe part de la fosse temporale gauche pour aboutir à la commissure des lèvres ; le lambeau ainsi formé est relevé en rasant l'os jusqu'à l'arcade orbitaire. L'os maxillaire est largement mis à nu. La scie à chaîne, passée à l'aide d'un stylet recourbé dans la fente sphéno-maxillaire, divise l'os malaire directement d'arrière en avant ; l'apophyse montante est promptement coupée par la gouge et le maillet. L'impossibilité absolue de passer le moindre instrument entre la tumeur et le plancher des fosses nasales d'une part ; d'autre part, la crainte d'une hémorrhagie, me forcent à attaquer la voûte palatine du côté opposé à la tumeur. La cisaille de Liston, après l'extraction préalable des incisives, suit le côté droit de la cloison et coupe rapidement l'apophyse palatine. Pour ménager la tumeur, le voile du palais est divisé dans sa longueur ; l'os ainsi isolé cède facilement à la traction. Nous reconnaissons alors qu'il n'est nullement adhérent à la tumeur, qui reste tout entière fixée à la partie supérieure des fosses nasales d'un côté, d'autre part à l'apophyse ptérygoïde du côté gauche, en troisième lieu à l'apophyse basilaire. Les doigts de l'opérateur, introduits dans l'ouverture, sont portés derrière le premier point d'attache de la tumeur, qui cède et se trouve bientôt complétement enlevée, en terminant par l'insertion la plus large, l'insertion ptérygoïdienne. Dans ce dernier temps, l'artère maxillaire interne déchirée donna lieu à une hémorrhagie considérable qui fut promptement et complétement arrêtée par la ligature.

Six points de suture entortillée rapprochent les lèvres de la division.

Le 5 octobre, on enlève les épingles : la plaie est bien réunie, excepté à la partie supérieure.

Le 9 octobre, les bords de la cicatrice sont légèrement écartés. On applique trois points d'une suture que M. François désigne sous le nom de *suture sèche*. La guérison est aujourd'hui complète.

Cette suture appartient à M. Vérigné, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Abbeville.

L'appareil se compose de bandelettes de fil ou de gaze, d'épingles ordinaires, de fils cirés et de collodion.

La plaie est parfaitement nettoyée et rasée. L'opérateur prend un nombre de bandelettes double de celui qu'il croit devoir placer dans une direction verticale à la solution de continuité.

Chaque bandelette est armée d'une épingle qui part d'un de ses bords, et perpendiculairement à sa longueur, pour sortir au bord opposé. Cela fait, le chirurgien applique à 1 centimètre de la plaie, à l'aide du collodion, chaque bandelette, qui sera plus ou moins longue, suivant la profondeur de la lésion, et perpendiculaire à la plaie, de manière que l'épingle lui soit rigoureusement parallèle. Il en fait autant du côté opposé, en ayant bien soin que chaque bandelette soit placée exactement vis-à-vis de celle qui lui correspond, pour éviter, les deux côtés étant symétriques, le froncement de la plaie. Alors, le collodion solidifié, le chirurgien fait rapprocher les bords de la plaie, et il engage sur les épingles un fil, comme on le fait à peu près dans la suture entortillée. (*Comm.*: MM. Laugier, Huguier et Nélaton.)

Rapports.

M. *Poggiale* lit, en son nom et au nom de MM. *Wurtz* et *Devergie*, un rapport sur un mémoire de M. *Blondlot*, intitulé : *Recherche de l'arsenic par la méthode de Marsh*. — M. Blondlot reconnut qu'en se servant de la méthode de MM. Danger et Flandin, le sulfure d'arsenic produit par la putréfaction reste dans le charbon.

Si l'on traite, en effet, ce charbon par l'eau bouillante pour dissoudre l'acide arsénieux, si l'on reprend le résidu par une solution étendue d'ammoniaque, et si l'on évapore le liquide ammoniacal jusqu'à siccité dans une capsule de porcelaine, on obtient du sulfure d'arsenic, qui se transforme, en présence de l'acide azotique bouillant, en acide arsénieux, et qui produit alors dans l'appareil de Marsh un anneau arsenical très prononcé.

Il résulte de plusieurs séries d'expériences faites par la commission :

1° Que le procédé de carbonisation de MM. Danger et Flandin, préférable à tous les autres dans un grand nombre de cas, peut donner lieu à des pertes d'arsenic assez considérables ;

2° Que, pour éviter toute chance de perte, il importe de carboniser les matériaux organiques dans un appareil composé d'une cornue, d'une allonge et d'un récipient ;

3° Que le charbon doit être traité à plusieurs reprises par l'acide azotique concentré et bouillant, afin de transformer le sulfure d'arsenic en acide arsénique ;

4° Enfin, la commission propose à l'Académie d'adresser à M. Blondlot des remercîments pour son intéressante communication, et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

Discussion.

M. *Caventou* aurait voulu que M. le rapporteur fit un exposé plus complet des procédés d'extraction de l'arsenic engagé dans des matières organiques. Il regrette que M. Poggiale n'ait pas cité Rapp, qui a indiqué le premier la combustion des matières organiques par le nitrate de potasse, procédé perfectionné depuis par Orfila. Ensuite il ne faut pas donner plus d'importance que cela ne mérite à la perte d'arsenic que M. Blondlot a signalée dans le procédé Danger et Flandin. On savait parfaitement bien, d'ailleurs, que la carbonisation par l'acide sulfurique exposerait à une certaine perte d'acide arsénieux. Il en est de même dans tous les procédés, même dans celui de M. Jacquelain, le plus parfait de tous. La seule observation de M. Blondlot qui ait quelque originalité est celle-ci : il reste mélangé au charbon de l'arsenic qui est transformé en sulfure. Il a indiqué une des voies de la perte ; mais cette perte a-t-elle pu jamais, dans une circonstance quelconque, voiler la preuve d'un empoisonnement ? Aucun fait ne le prouve. Des expériences de la commission académique, tout en constatant une perte d'acide arsenieux, prouvent qu'on a toujours pu en constater la présence : c'est là le point important en médecine légale. M. Caventou aurait voulu que le rapporteur indiquât plusieurs moyens de rendre sensible l'acide arsénieux engagé entre les molécules de charbon. Il a parlé de l'acide nitrique ; il dit aussi qu'on pourrait soumettre le charbon arsénical à une ébullition prolongée dans l'eau distillée ; le sulfure se décompose, et l'acide arsénieux se dissout. Cette observation très intéressante, et qui surprend au premier abord, a été faite, il y a vingt-cinq ans, par M. Decordemanche, pharmacien à Caen. L'action prolongée de l'eau bouillante décompose le sulfure d'arsenic ; il se forme de l'acide sulfhydrique et de l'acide arsénieux qui reste en dissolution.

M. *Poggiale :* M. Caventou me reproche de n'avoir pas rappelé les expériences de Rapp ; mais je n'avais pas à faire l'historique

de tout ce qui a été fait sur la recherche toxicologique de l'arsenic. J'arrive à un point plus important. M. Caventou conteste l'importance du travail de M. Blondlot. Ce travail a prouvé que, dans le procédé de MM. Flandin et Danger, on perdait un cinquième de l'arsenic employé dans l'expérience. Cette observation n'a t-elle pas une très grande importance ? M. Blondlot a trouvé le premier qu'en carbonisant par l'acide sulfurique des matières organiques contenant de l'acide arsénieux, on transforme en sulfure d'arsenic une partie de cet acide arsénieux, Je le répète, cette observation a une grande valeur. Sans doute il vaudrait mieux employer un procédé complet, qui nous permît de retrouver tout l'arsenic engagé dans la trame de nos tissus ; mais, jusqu'ici, nous n'avons rien de mieux que le procédé de MM. Flandin et Danger. Enfin, M. Caventou m'adresse encore le reproche de n'avoir pas fait connaître le nom du chimiste qui a indiqué le premier l'action de l'eau bouillante sur l'acide arsénieux ; encore une fois, je n'avais pas à faire un historique complet de la toxicologie de l'arsenic.

M. *Chatin :* Je suis de l'avis de M. le rapporteur sur le progrès que réalise le procédé de M. Blondlot appliqué à la méthode de carbonisation de MM. Flandin et Danger. Ce dernier procédé de combustion, recommandé par l'Institut, est généralement suivi ; cependant quelques chimistes lui en préfèrent encore d'autres. On sait qu'Orfila ne le suivait pas. On a déjà proposé des modifications utiles au procédé de MM. Flandin et Danger.

Quand les matières que l'on carbonise deviennent luisantes, boursoufflées, on ajoute à plusieurs reprises de petites quantités d'acide azotique. L'acide azotique hâte la combustion et empêche la formation de sulfure d'arsenic. On avait aussi conseillé l'eau régale, mais c'est un élément chimique de plus, et il vaut mieux l'éviter. En résumé, comme on suit assez généralement partout le procédé de MM. Flandin et Danger, M. Blondlot a très bien fait d'en signaler l'inconvénient.

M. *Caventou :* Je conçois que M. le rapporteur n'avait pas mission de faire l'historique de la toxicologie de l'arsenic; mais puisqu'il a cité Marsh, Proust, etc., pourquoi n'avoir pas cité Rapp, qui le premier a eu l'idée d'aller au delà de la barrière stomacale et de rechercher une partie du poison dans les tissus et les viscères. Avant Rapp, on se contentait de rechercher l'arsenic dans l'estomac.

M. Blondlot a été frappé, dans une autopsie, de voir une matière jaune dans les replis de l'estomac. Mais ce fait était connu ; il avait été signalé par M. Boissenot, pharmacien distingué à Châlons.

M. *Poggiale :* La question est très simple; il s'agit de savoir si dans le procédé de carbonisation de MM. Flandin et Danger on perd une partie de l'acide arsénieux transformé en sulfure. M. Blondlot est le premier qui ait fait cette importante observation, et c'est là le sujet du rapport.

Les conclusions du rapport de M. Poggiale sont mises aux voix et adoptées.

M. *Baillarger* lit un rapport sur une observation de M. *Bédor*, membre correspondant à Troyes, relative à la *perversion de l'instinct génésique chez un imbécile*. Au sujet de cette observation, que nous avons publiée (voir GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1857, n° 8, p. 123), M. Baillarger fait les réflexions suivantes :

M. Bédor attribue ces profanations de cadavres commises par un homme atteint d'imbécillité à une de ces perversions de l'instinct génésique, dont le sergent Bertrand offrit, il y a quelques années, un si remarquable exemple.

Aux yeux de M. le rapporteur, cette opinion est loin d'être démontrée.

Il faudrait, en effet, savoir avant tout, dit-il, si l'idiot de Troyes, avant les actes dont il a été parlé, ne vivait pas dans un état de continence forcée. On ne trouve dans ce travail aucun renseignement à cet égard.

Or, l'absence de toute idée morale et la continence suffisent pour expliquer les actes dont il s'agit.

J'ai vu autrefois un homme atteint aussi d'imbécillité, mais ayant en outre une hémiplégie incomplète, et qui avait été surpris se livrant à la bestialité; mais déjà plusieurs plaintes avaient été portées contre lui pour avoir attaqué des femmes qu'il rencontrait isolées dans la campagne. Il en était de même de l'aliéné X...; on a vu qu'avant de venir aux actes qui ont eu lieu à l'hospice de Troyes, il avait commis une tentative de viol sur une paysanne.

Tous ces faits sont de même nature et paraissent pouvoir s'expliquer de la même manière.

L'observation du sergent Bertrand, que tout le monde se rappelle, est au contraire très différente.

Je dois ajouter que des profanations semblables ont été quelquefois constatées dans des circonstances bien plus odieuses, puisque ceux qui les commettaient n'étaient point, comme le malade de Troyes, dans un état d'imbécillité.

Hérodote rapporte que les cadavres des femmes n'étaient livrés aux embaumeurs que plusieurs jours après la mort, et cela uniquement dans le but de prévenir les profanations; l'historien que je viens de citer ajoute même qu'on laissait s'écouler un plus grand espace de temps quand il s'agissait de femmes jeunes et belles.

Je ferai remarquer à cette occasion qu'on a fait aux idiots et aux crétins une grande réputation de salacité, et que l'observation recueillie à Troyes ne manquera pas d'être invoquée comme une preuve de plus à l'appui de cette opinion.

Malgré les témoignages de Fodéré et de Leuret à cet égard, et le nouveau fait signalé par M. Bédor, il me semble que la salacité des idiots et des crétins a été beaucoup exagérée. La question, en effet, n'est pas de savoir si le penchant vénérien existe chez beaucoup d'idiots et de crétins bien conformés, et qui, comme X..., sont doués d'une grande force. Il faudrait s'étonner qu'il en fût autrement. Ce qu'il s'agit de prouver, c'est qu'il y a dans l'état d'imbécillité une énergie spéciale des fonctions génésiques, comme on l'observe exceptionnellement chez quelques hommes. Non-seulement cela n'est point démontré, mais je crois que les idiots sont, en général, sous ce rapport, comme sous beaucoup d'autres, audessous de l'organisation normale.

Les excès d'onanisme observés chez certains idiots, et qu'on invoque comme une preuve, s'expliquent par le défaut de discernement et par l'ignorance où sont ces malheureux des maux auquels les expose cette horrible habitude. La grande énergie des organes génitaux, chez les idiots, loin d'être la règle, est bien plutôt l'exception. L'opinion contraire vient de la brutalité et du manque de réserve qu'entraîne chez les idiots et les crétins l'absence de toute idée morale et de tout sentiment de pudeur. On a vu plus haut que X... avait un commencement de goître, et que M. Bédor est disposé à le regarder comme atteint de crétinisme.

Plusieurs auteurs ont, en effet, indiqué le goître comme le principal signe différentiel entre l'idiotie et le crétinisme. Dans cette opinion, l'aliéné de Troyes pourrait être assimilé aux crétins. Cependant l'état de la science paraît sous ce rapport subir une singulière modification. Il résulte, en effet, des témoignages que rapporte ici M. Baillarger et de ses propres observations, que le goître est d'autant plus rare et moins volumineux que le crétinisme est plus prononcé, et que les vrais crétins n'ont pas de goître.

Voici comment M. le rapporteur explique ce fait :

Les vrais crétins offrent un développement incomplet de tout l'organisme ; ils ne deviennent jamais pubères. Or, le développement du goître est lié, en général, au développement de la puberté.

L'existence d'un goître chez l'aliéné de Troyes ne suffit donc pas, ajoute-t-il, pour que cet aliéné soit considéré comme un crétin, et sous ce rapport, je ne saurais adopter l'opinion émise par M. Bédor.

M. Bédor étant correspondant de l'Académie, il n'y a pas lieu de prendre de conclusions à son égard.

Discussion.

M. *Chatin :* Un seul mot sur l'antagonisme qui existe entre le goître et le crétinisme. Il n'y a guère de goîtreux avant douze ou quatorze ans. On naît crétin, on ne naît pas goîtreux; or, le crétin ne devenant jamais pubère, et le goître étant lié, pour ainsi dire, à la puberté, on ne peut pas voir un certain nombre de personnes très crétines avoir des goîtres. Je crois avoir le premier fait connaître cet antagonisme entre le goître et le crétinisme.

M. *Baillarger :* Je regrette de n'avoir pas connu ce que M. Chatin a publié sur l'antagonisme du goître et du crétinisme. Quant à ce que vient de dire M. Chatin, à savoir : qu'on naît crétin, ce n'est pas un fait absolument prouvé. On pourrait dire, avec plus de vérité, que les enfants naissent avec quelque chose : une disposition au crétinisme; de telle sorte que huit, dix, quinze ans après, quelquefois, il y a arrêt de développement simultané des différentes parties de l'organisme. Il y a deux ou trois ans, dans la discussion très longue qui s'est engagée, dans cette même enceinte, sur le crétinisme, j'ai cherché à indiquer les signes différentiels du crétinisme et de l'idiotie. Je disais qu'il fallait appeler *idiots* les individus qui naissent dans les vallées où le crétinisme se montre ordinairement, et qui arrivent à la puberté; j'appelais *crétins*, au contraire, les êtres qui sont arrêtés dans le développement de l'intelligence et de la constitution. Quoiqu'il soit pénible de revenir sur ce que l'on a fait, je crois que cette classification si simple ne pourra être conservée. Il serait difficile de rattacher aux crétins les Aztèques qui nous furent présentés. On a fait une autre objection, c'est que les populations crétines ont un cachet spécial qu'on observe aussi bien chez les individus qui deviennent pubères que chez ceux qui ne le deviennent jamais. C'est là une question obscure que M. Ferrus a bien fait de mettre au concours.

M. *Chatin :* Je ne suivrai pas M. Baillarger dans toutes les parties de son discours : il est vrai que le crétinisme ne se dessine nettement qu'au bout de quelques jours, de quelques mois, de quelques années. Si l'on devient crétin par suite d'une disposition apportée en naissant, pourquoi ne deviendrait-on pas crétin à trente ans, et l'on comprendrait parfaitement bien alors pourquoi il y a des crétins goîtreux.

M. *Moreau :* D'après M. Chatin, les crétins ne deviennent jamais pubères; cependant, M. Baillarger vient de nous dire tout à l'heure que les goîtreux, les idiots et les crétins avaient une grande réputation de salacité.

M. *Chatin :* Les individus affectés de crétinisme de bonne heure ne deviennent jamais pubères; mais le crétinisme peut ne survenir qu'à une époque tardive. Supposons qu'il se manifeste de vingt à trente ans, la puberté existe déjà en fait, et le crétin pourra justifier ce que Fodéré a dit de ces êtres dégénérés.

M. *Baillarger :* Il y a une dissidence assez grave entre M. Chatin et moi. Il est certain que des individus nés avec une disposition au crétinisme peuvent devenir pubères et robustes; il en est de même des idiots. Entre deux individus chez lesquels les signes du crétinisme existent à la naissance, l'un ne se développera pas, l'autre deviendra simplement idiot. *Scientifiquement*, on ne peut pas dire qu'on puisse devenir crétin à trente ans; à cet âge, l'intelligence peut s'oblitérer, mais il en résulte alors une maladie particulière, la démence. Quant à la réputation de salacité qu'ont les crétins, l'observation de M. Moreau est très juste : les huit-dixièmes des crétins ont les organes génitaux développés et deviennent pubères; c'est à ceux-là que peut s'appliquer cette réputation qu'on a faite aux crétins. Ils constituent la majorité des populations crétines. Mais, à côté de ceux-ci, il y a une classe à part, de petits êtres pesant de 30 à 40 livres, arrêtés partout dans leur développement avec des organes génitaux extrêmement petits; c'est ce qui explique les divergences des auteurs sur les crétins.

La séance est levée à cinq heures moins dix minutes.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. DENONVILLIERS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. *Bauchet* lit la suite de son *Mémoire sur le pancréas et le phlegmon diffus*.

M. *Bourguignon* prend la parole au sujet du mémoire de M. *Fauconneau-Dufresne* (sur *le diabète*). Cette intéressante dissertation, vu sa longueur et les citations du texte du mémoire, ne peut être relatée ici entièrement. Nous en rendrons, en quelques mots, le sens.

M. *Fauconneau-Dufresne* regarde le foie comme le siége du diabète M. Bourguignon lui objecte que les causes de cette maladie la produisent sans avoir d'action apparente sur le foie; que cet organe ne porte pas ordinairement de traces de lésions, enfin que le traitement guérit les malades ou prolonge leur vie sans être dirigé sur le foie, siége de la maladie.

M. *Hervez de Chégoin :* Je reconnais le diabète à un symptôme singulier, mais constant : c'est une douleur aiguë avec prurit, siégeant aux parties génitales externes chez l'homme et la femme. Dans les différents exemples que j'ai d'abord observés, j'avais cru à une maladie herpétique.

M. *Leroy* (*d'Étiolles*) *père :* C'est un signe bien secondaire, s'il se montre isolé. M. Hervez reconnaît-il le diabète à la seule présence de ce symptôme?

M. *Hervez de Chégoin :* Non; mais quand il existe, il appelle l'attention du médecin.

M. *Delasiauve* a remarqué que quelquefois les personnes affectées de diabète portaient sur le corps des vésicules remplies de matière caséeuse, dont les bains ont amené la guérison. Le diabète n'a pas moins suivi sa marche.

M. *Fauconneau-Dufresne :* Je demande à la Société de ne répondre qu'à la séance suivante à M. Bourguignon, à cause des objections sérieuses qu'il a faites à mon mémoire sur le diabète; je veux seulement citer à présent un fait analogue à ceux qu'a observés M. Hervez de Chégoin. Une dame était dévorée de démangeaisons, de rougeurs sur le pubis et les cuisses. J'ai cherché avec la potasse et la liqueur de Barreswil (alors que ces réactifs passaient encore pour déceler la présence du sucre), et j'en ai trouvé en quantité.

Le diabète se complique d'un accident plus grave, la gangrène; on en a consigné des exemples dans les recueils; et une thèse sur ce sujet a été passée par M. Jordao à Montpellier.

Dans les pays chauds, au Brésil (à Pernambouc), le diabète se reconnaît au développement d'anthrax gangréneux.

M. *Camus :* Je demande à M. Fauconneau-Dufresne quelques renseignements sur les réactifs employés à la recherche du sucre. une pastille de potasse caustique donne souvent à l'urine, bien qu'elle ne contienne pas de sucre, la couleur de café clair; il suffit pour cela de chauffer de quinze à vingt minutes. Je suis, à cause de cela, resté dans le doute sur la présence du sucre La liqueur de Barreswil, en présence de l'acide urique, brunit aussi quelquefois, et il se fait en même temps un précipité rougeâtre.

M. *Fauconneau-Dufresne :* L'analyse chimique, appuyée de l'ensemble des symptômes, empêche de rester dans le doute; les symptômes seuls ne signifient pas davantage quand l'analyse ne trouve pas de sucre. Je me souviens d'un malade d'Évreux; il avait tous les symptômes du diabète. Soif excessive, faim dévorante, la bouche toujours sèche, les lèvres collantes; mais son urine ne contenait pas de sucre.

M. *Raoul Leroy* (*d'Etiolles*) *:* Je demanderai à M le docteur Camus s'il n'a pas observé une sorte d'échelle de teintes graduellement foncées, correspondant à une proportion croissante de glycose. Pour moi, la teinte de sucre candi clair suppose de 6 à 10 grammes

de glycose; la teinte de sucre d'orge indique environ de 12 à 15 grammes, et la couleur caramel clair de 25 à 30 grammes de sucre. La teinte de café clair, donnée à l'urine par la potasse, ne laisse pas de doute sur l'existence du glycose.

M. *Camus :* Si l'on ajoute du miel à l'urine, on a avec de la potasse un type de coloration dont on se sert depuis longtemps; on obtient ainsi par la chaleur une teinte jaune, jaune foncé, puis brune comme le café.

M. *Bourguignon :* Le doute de M. le docteur Camus me paraît très légitime. Il s'est élevé à la Société de biologie une discussion, à l'occasion du mémoire de M. Blot sur la glycose trouvée dans l'urine des nourrices, avec la potasse et la liqueur cupro-potassique. M. Rayer, qui aime à se rendre compte par lui-même, se fit envoyer de l'urine des malades de M. Blot, la remit à M. Leconte, professeur agrégé en chimie à la Faculté, qui ne trouva pas trace de sucre. Le fait était grave, le mémoire de M. Blot était publié. La raison de l'erreur est qu'on s'était servi de levûre de bière non lavée, et on avait obtenu de la fermentation, tandis qu'avec la levûre de bière lavée, aucune fermentation ne s'est manifestée. La couleur brune, quand on met de la potasse ou de la liqueur de Barreswil, est due à l'acide urique libre ou à l'état de sel.

M. *Delasiauve* dit qu'avec la liqueur de Barreswil on n'arrive à préciser la quantité de sucre que quand on a fait une série d'expériences.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 4 DÉCEMBRE 1857.

Du panaris et du phlegmon des doigts (fin), par M. *Bauchet.*

Discussion sur le mémoire de M. *Fauconneau-Dufresne* (Du diabète et de son traitement).

Observation sur un cas complexe d'hystérie, par M. *Guibout.*

Élection d'un vice-président, d'un secrétaire général, d'un secrétaire particulier, et d'un membre du conseil d'administration.

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Y a-t-il plus d'aliénés aujourd'hui qu'autrefois, ou de l'influence de la civilisation sur le développement de la folie, par M. MOREL, médecin en chef de l'asile des aliénés de Saint Yon, à Rouen.

Tel est le thème d'un remarquable discours prononcé par M. Morel, le 7 août 1857, lors de sa réception à l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de la Seine-Inférieure. La question, on le voit, a un double terme qui n'est pas précisément identique, l'accroissement du nombre des insensés pouvant être réel, sans implication nécessaire pour ou contre l'influence civilisatrice.

Mais, dans l'esprit de l'auteur, la seconde formule semble équivaloir à la première. Il est de ceux qui depuis longtemps, considérant comme essentiellement salutaire le développement du progrès, ne croient point que la multiplication des cas d'aliénation mentale en soit une conséquence, pour ainsi dire, fatale Rien, pour lui, n'est moins prouvé, à cet égard, que les assertions de nos *Cassandres* modernes, comme il les appelle. La vérité ne saurait surgir de la comparaison des statistiques. La méthode numérique n'est née que d'hier, et comment eût-elle été appliquée aux aliénés, dont le triste sort n'avait guère suscité, avant nos jours, que la répulsion ou l'indifférence? Le doute, d'ailleurs, se fortifie dès qu'ouvrant les annales du passé on en exhume les faits transmis par l'histoire, ou que de certaines analogies on tire les inductions naturelles.

M. Morel cite de nombreux exemples attestant qu'à des époques très reculées, où le mouvement civilisateur ne pouvait être accusé d'agiter ces intelligences, l'insanité n'était pas rare. David, en cherchant contre Saül un refuge à la cour d'Achis, roi de Geth, contrefit l'insensé, se heurtant contre les poteaux, et laissant découler sa salive sur sa barbe. « Pourquoi, dit le prince, nous avez-vous amené cet homme? Ne voyez-vous pas qu'il est fou? Et n'avons-nous pas *assez de fous* sans celui-là? »

La Bible nous a fait connaître les aberrations délirantes de Saül et de Nabuchodonosor. En Grèce, les fureurs d'Hercule, d'Ajax, d'Oreste, d'Athamas, d'Alcmène, sont demeurées célèbres. Dans tous les lieux il y eut des vésanies épidémiques. Les filles de Prœtus, que Mélampe guérit avec l'ellébore, étaient atteintes d'une mélancolie de ce genre. Quel temps fut plus fertile en folies que le moyen âge? N'abondèrent-elles pas également dans les deux derniers siècles? Et de nos jours même, aux Indes et en Amérique, parmi les peuplades où le progrès n'a point encore poussé ses racines, combien d'esprits ont été en proie aux plus étranges fascinations!

Mais, sans insister sur ces considérations historiques, il suffit d'envisager les conditions dans lesquelles se développe le trouble mental pour voir que les causes qui le produisent, les mêmes au fond, malgré la diversité des apparences, ont toujours été fort actives, et que si, sous ce rapport, il y a quelque différence, elle est peut-être à l'avantage de notre temps, où le fanatisme religieux, entre autres, si puissant autrefois, est borné, dans sa propagation, sa durée et ses violences, par la raison moderne.

L'ignorance, en effet, est un véhicule énergique des passions. Ajoutons que les perturbations des fonctions nerveuses ne proviennent pas moins fréquemment de lésions organiques que d'excitations morales, et que ces lésions avaient mille chances de se multiplier, alors que les privations résultant de la misère étaient aggravées par un défaut plus ou moins absolu d'hygiène.

L'accroissement du nombre des insensés est donc très vraisemblablement plus apparent que réel. Cela tient à l'attention plus grande qu'on porte à ces infortunés, aux soins dont ils sont l'objet, à la libéralité avec laquelle on leur ouvre les portes des asiles, en sorte que ce qui semblait se dresser en accusation contre l'évolution émancipatrice vertit, au contraire, à son propre éloge.

Cette interprétation, si bien exprimée, est, du reste, conforme à celle de la majorité des aliénistes. Elle s'est fait jour, notamment, dans une discussion mémorable à la Société médico-physiologique, où elle a été brillamment développée par divers orateurs, en particulier par M. Parchappe, dont M. Morel a eu l'heureuse pensée de reproduire l'opinion textuelle à la fin de son mémoire.

On peut sans crainte poser en maxime que le bien engendre le bien. Si, dans beaucoup de cas, les faits paraissent contradictoires, c'est que souvent l'on n'a point remonté à leur origine, ni suivi leur filiation. Nous l'avons dit nous-même à propos de la discussion que nous venons de rappeler : le mot *civilisation* présente une idée complexe dont il faut dégager les éléments, une situation brute qui doit être distinguée de l'idéal; car tout progrès tendant à la réformation des choses imparfaites rencontre naturellement une résistance égale à la force des abus qu'il vient détruire. Or, évidemment, on aurait tort d'imputer à un mouvement tout à fait favorable en soi les inconvénients d'une lutte résultant d'un antagonisme extérieur, non indispensable, transitoire, et destiné à s'effacer et disparaître avec les irrégularités qui l'occasionnent.

En somme, la civilisation ne saurait être marquée d'un sceau fatal et passible d'une organisation sociale vicieuse. On a attaché le péril à l'activité intellectuelle qu'elle excite, mais c'est le cas exceptionnel et si l'abus se substitue à l'usage, cette activité n'est vraiment funeste qu'en s'exerçant dans des conditions mauvaises, au milieu des agitations et des craintes. Dans la vie ordinaire, elle est plutôt électrisante et conservatrice, et cela se conçoit, l'expérience dont elle est la source permettant à l'homme de mieux coordonner son existence. Vienne à monter le niveau du progrès, et ce mobile s'unissant aux autres, on verrait bientôt diminuer, dans une notable progression, le chiffre des aliénations mentales.

C'est l'espoir de M. Morel comme le nôtre, et nous avons éprouvé un vif plaisir à en lire le témoignage senti dans le chaleureux discours de notre collègue. Cet écrit, du reste, n'est pas seulement

une belle œuvre, mais à un double point de vue une bonne action. Il est parfois à propos de rappeler aux détracteurs systématiques de notre siècle que nous ne marchons point à la décadence. D'un autre côté, la science mentale comporte des enseignements divers qui ont été trop négligés. Ses aperçus touchent à la solution des plus grands problèmes que soulève le perfectionnement social. La propagation en est du plus haut intérêt, et l'on doit féliciter M. Morel d'avoir obéi à une heureuse inspiration en développant ses idées dans une réunion composée comme celle à laquelle sa parole se faisait entendre, devant des savants, des administrateurs, des magistrats, des prêtres, des éducateurs, des médecins appelés inévitablement à les faire fructifier, selon leur position et leur force. L'initiative due à l'enthousiasme de l'éminent médecin de Saint-Yon est d'un noble exemple, et mérite, à coup sûr, d'être recommandée à l'imitation de nos confrères de tous les pays. Le moment semble propice : déjà s'abaissent insensiblement les barrières dressées par la prévention à l'encontre de nos études spéciales; on craint moins de les aborder, et le jour approche, nous le croyons, où, grâce à leur influence, unanimement confessée, on pourra s'écrier : « La cause de l'avenir ne périra pas!.. »

DELASIAUVE.

VI.

VARIÉTÉS.

STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS. — M. le docteur Cornaz (de Neuchâtel, en Suisse) nous prie de rappeler aux lecteurs français, que M. Marc d'Espine, dont la classification nosologique passe trop généralement pour n'avoir pas été appliquée, du moins sur une échelle un peu grande, publie en ce moment dans l'ÉCHO MÉDICAL, JOURNAL SUISSE ET ÉTRANGER DES SCIENCES MÉDICALES, PHARMACEUTIQUES ET VÉTÉRINAIRES, fondé par M. Cornaz, un travail statistique qui a cette classification pour base. Une grande partie de ce travail a déjà paru. M. Cornaz offre de le mettre à la disposition des personnes qui désireraient en prendre connaissance et le lui feraient demander par l'entremise de la librairie Victor MASSON.

FIÈVRE JAUNE DE LISBONNE. — Le nombre des cas depuis le commencement de l'épidémie jusqu'à la fin d'octobre a été de 7,177 dont 2,215 décès. Les hôpitaux spéciaux ont reçu 3,068 malades, dont 2,449 hommes, qui ont donné 811 décès, et 619 femmes, qui ont donné 188 décès. La proportion de la mortalité générale a été de 1 sur 3,24 et celle de la mortalité des cinq hospices, de 1 sur 3. L'épidémie est en pleine décroissance.

REMARQUE SUR LA SYPHILISATION. — On lit dans une lettre adressée par M. Guépin, de Nantes, à M. le docteur Caffe (*Journ. des conn. méd.*; 20 oct. 1857)

« La syphilisation se pratique dans certaines parties de l'Inde sur une très grande échelle, et comme moyen préventif et comme moyen curatif; souvent les prostituées de l'Inde offrent à nos marins de les syphiliser. Ceux-ci s'y refusent toujours, se défiant de tout moyen qui n'est point pratiqué en Europe. L'officier de marine qui a donné ces renseignements, a eu la curiosité de voir quelques-unes des femmes qui avaient proposé à ses marins de les syphiliser, et il n'a remarqué sur leur corps aucune maladie de peau, aucune cicatrice de bubon. Ce fait est d'autant plus important, ajoutait-il, sans savoir que la syphilisation avait été réinventée en France, pratiquée avec succès, et à Turin et à Christiana, que les maladies syphilitiques contractées dans l'Inde sont excessivement cruelles, et que les Français qui en sont atteints succombent très souvent, ou ne se guérissent que lentement et après s'être soumis aux traitements les plus habiles, les plus méthodiques et les plus énergiques. »

— Le docteur J.-M Ruef, vice-président de la Société de médecine de Strasbourg, a succombé le 12 novembre, à l'âge de quarante-neuf ans.

— On a trouvé récemment au cimetière Saint-Pierre des Liens, à Turin, le cadavre d'un enfant de quatre ans, qu'un séjour de trente-quatre ans dans ce lieu avait complétement momifié, et qui avait parfaitement conservé toutes ses formes.

— La séance solennelle de rentrée des Facultés et de l'École de médecine de Bordeaux a eu lieu le 16 novembre, sous la présidence de M. Dutrey, recteur de l'Académie. A la fin de cette séance a eu lieu la distribution des prix, dans l'ordre suivant : — Pour l'anatomie. *Prix* : M. Demptos, de Chamblannes (Gironde) ; *accessit* : M. Cornet, de Cussac (Dordogne). — Pour la pathologie externe et la chimie. 1er prix : M. Chatard, de Galgon (Gironde) ; 2e *prix* : M. Cornet, de Cussac (Dordogne) ; *accessit* : M. Kloz, de Bordeaux (Gironde).

— La rentrée de l'Académie de Strasbourg a eu lieu le 16 novembre. La séance a été terminée par la distribution des prix, qui ont été décernés dans l'ordre suivant :

Première année (chimie, physique et histoire naturelle médicale) : M. Gustave Schneider. — Troisième année (médecine proprement dite) : M. Constant Schaumont, élève de l'École du service de santé militaire.

Sur le rapport d'une commission désignée pour apprécier le mérite des thèses soutenues devant la Faculté, une mention honorable a été accordée à M. Amédée Paris, médecin sous-aide, auteur de la thèse ayant pour titre : *De l'orchite*.

La Faculté a cru devoir mentionner honorablement MM. Bley, Broc, Guillemin, Liétard et Yrouard, qui ont obtenu le premier rang dans les concours ouverts pour des emplois d'internes à l'hôpital et d'aides de chimie et de botanique.

— M. le professeur Claude Bernard ouvrira son cours au Collége de France, mercredi prochain, 9 décembre, à une heure, et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Il traitera des propriétés physiologiques et des altérations pathologiques des différents liquides de l'organisme.

SOUSCRIPTION POUR ÉLEVER UNE STATUE A JENNER. — La commission est composée de MM. Duméril et Serres, présidents ; Barthez (Ernest), Bégin, Bérard, Boyer (Philippe), Cloquet (J.), Danyau, Davenne, directeur de l'assistance publique ; Dubois (Paul), Geoffroy Saint-Hilaire, Jobert (de Lamballe), Louis, Nélaton, membres.

Les souscriptions doivent être adressées à M. Gossart, notaire, rue Saint-Honoré, 217, à Paris.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VII.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — N° 40. Constitution médicale, par *G. Marini*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA R. ACCAD. MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — N° 18 (30 septembre). Deux épidémies de fièvre typhoïde, par *Mottard*. — Influence d'une nourriture malsaine et insuffisante sur la santé du peuple : sur l'emploi de la viande de cheval, par *Rizzetti*.

IL FILIATRO SEBEZIO. — Octobre. Opium contre la chorée, par *O. Pandolfi*. — Nouvelle méthode contre l'otorrhée, par *Valerio*.

IL MORGAGNI. — N° 6. Cas de moelle épinière double, par *F. de Cecco*. — Ligature des quatre membres dans l'hémoptysie, par *Al. Nozzolillo*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 19. Lipôme du muscle droit; ablation, par *J.-R. Benavides*.

LA IBERIA MEDICA. — N° 37. Clinique (emploi de l'amylène).

Livres.

DES CONCRÉTIONS FIBRINEUSES POLYPIFORMES DU CŒUR DÉVELOPPÉES PENDANT LA [illegible] par le docteur *Armand*. In-8 de 58 pages. Paris, Victor Masson. 1 fr [illegible]

DES EAUX MINÉRALES DE VITERBE ET DE SON CLIMAT. In-8 de 188 pages. Paris, V. Masson. [illegible]

ESSAI DE MÉDECINE PRATIQUE, comprenant quelques idées sur l'étiologie des [illegible] au point de vue du traitement et un recueil de recettes populaires, par le comte Stanislas *Kossakowski*. 1 vol. in-18 de 191 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. [illegible]

ÉTUDES ÉTIOLOGIQUES DES FIÈVRES EN ALGÉRIE ET DANS L'ITALIE CENTRALE, par le docteur *Armand*. 1re partie. In-8 de 129 pages. Paris, Victor Masson. [illegible]

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR, professées à l'hôpital des Enfants malades de 1855 à 1857 par le docteur *H. B*[illegible] 1 vol. in-8 de 531 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. [illegible]

RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION DE PARIS. Fasc[illegible] pages 125 à 255. Paris, J.-B. Baillière et fils. Prix de l'année, comprenant [illegible] fascicules. [illegible]

LEHRBUCH DER KRANKHEITEN DES HERZENS (Traité des maladies du cœur), par *B[illegible]berger*. Grand in-8. Vienne, Braumüller. 10 [illegible]

A MANUAL OF THE PRACTICE OF MEDICINE (Manuel de médecine pratique), par *J.-H. Fanner*. 1 vol. in-12 de 460 pages. 3e édition. [illegible]

REGIONAL ANATOMY, containing a Description of the most Important Regions [illegible] Human Body (Traité d'anatomie, comprenant la description des régions [illegible] importantes du corps humain), par *M.-W. Hilles*. 1 vol. in-18 de 192 pages. Londres, Renshaw. 3 fr [illegible]

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. PARIS, 11 DÉCEMBRE 1857. N° 50.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 3 décembre 1857, M. DELAGE, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Chrétien, démissionnaire.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 7 décembre 1857, M. RICHARD, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à faire, pendant l'année scolaire 1857-1858, un cours public de chirurgie dans le local de l'école pratique de la Faculté.

— Par arrêté, en date du 7 décembre 1857, M. MAGAIL, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, est nommé professeur adjoint, hors cadre, pour la chaire d'accouchement à ladite École.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 1er au 30 novembre 1857.

246. POPULUS, Paul-Émile, né à Pont-sur-Yonne (Yonne). [*Du thrombus de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement.*]

247. DESMONS, Ferdinand-Alfred-Achille, né à Cysoing (Nord). [*Études sur les bronchites répétées, l'emphysème pulmonaire et l'hypertrophie du cœur.*]

248. DUPLAIN, Jean, né à Sevry (Loire). [*Des ulcérations simples du col de la matrice.*]

249. BOURRUS, Isidore-Antoine, né à Mont-de-Marsan (Landes). [*Des fièvres intermittentes.*]

250. GRAJON, Alexandre-Édouard-Henri, né à Vierzon (Cher). [*Considérations générales et cliniques sur les engorgements et les ulcérations du col de l'utérus.*]

172. LESURE, Alfred, né à Attigny (Ardennes). [*Expériences relatives à l'action des courants électriques sur les nerfs.*]

251. LABORIE-SIMONET, Antoine, né à Saint-Aubin (Dordogne). [*De la délivrance.*]

252. MESLIER, Adolphe-Hippolyte, né à Saint-Julien de Vouvante (Loire-Inférieure). [*De la gangrène des poumons.*]

253. LALA, Jean-Baptiste, né à la Siguinie (Aveyron). [*Essai sur les déplacements de l'utérus.*]

254. DE RAYAS, Michel, né à Port-au-Prince (île de Cuba). [*De la fissure à l'anus et de son traitement.*]

FEUILLETON.

De la nécessité d'un dictionnaire supplémentaire à l'usage des médecins.

LETTRE A M. LE RÉDACTEUR DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE,

Pour faire suite aux erreurs, lacunes et imperfections de la littérature médicale.

> ...... « Il devrait employer son temps à quelque chose de mieux : cela n'est pas digne d'un homme grave. Les critiques ne manquent jamais ces sortes d'observations, parce qu'on les peut faire sans essayer beaucoup son esprit. »
> *Lettres persanes*, préface.

Il y a bien longtemps, mon cher ami, que je ne vous ai demandé asile pour mes recherches philologiques, et les lecteurs de la GAZETTE ne doivent pas trop s'en plaindre, car le rez-de-chaussée du journal a été très convenablement habité par l'agréable récit de vos excursions de touriste. Mais aujourd'hui une question d'actualité se présente, et je veux, sans plus tarder, vous soumettre quelques réflexions qui me semblent opportunes.

J'entends dire que les classifications et les nomenclatures sont passées de mode, mais je trouve partout des symptômes qui me révèlent une propension toute contraire. Il est évident pour moi que le langage scientifique en général, et la langue française en particulier, sont tout à fait insuffisants, et la preuve en est que tout le monde éprouve le besoin bien légitime de créer des mots nouveaux, ou de donner à ceux qui existent un sens tout à fait particulier. Ce qu'il y a de déplorable, c'est que le Dictionnaire de l'Académie, et même les vocabulaires médicaux, restent absolument étrangers à cette précieuse tendance, de telle façon qu'on est à chaque instant arrêté en lisant le titre d'un mémoire ou d'une observation, à cause du déplorable silence que gardent sur la synonymie ou le néologisme les archives officielles du langage.

Il n'y a véritablement qu'un homme, à notre époque, qui ait pro-

255. **Bonnet**, Henri-François-Auguste, né à Coutances (Manche). [*Quelques points de science : Observations sur la vaccine. Procédé d'analyse des os. Observations sur les anesthésiques. Réflexions sur la glycogénie.*]

256. **Pasteur**, Adolphe, né à Genève (Suisse). [*De quelques points de la pathologie du cœur.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
Amette.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 10 décembre 1857.

NOUVELLES REMARQUES SUR L'ASSOCIATION GÉNÉRALE. — CATHÉTÉRISME DES VOIES AÉRIENNES; INJECTIONS MÉDICAMENTEUSES DANS LES BRONCHES.

J'ai soutenu contre des dénégations obstinées que la commission générale de l'Association des médecins de la Seine, en votant, dans sa séance du 20 novembre, l'*ordre du jour* sur la question de l'association générale, avait entendu déclarer *qu'elle n'adhérait pas au vœu des médecins de Bordeaux* (*Gazette hebd.*, n° 48, p. 836). Suivant l'Union médicale, la signification de ce vote était « que la commission, ne se trouvant pas suffisamment saisie de la question, *n'avait voulu s'engager ni pour ni contre.* » (*Union médicale*, n° 141, p. 571.)

Dans un second article, j'ai maintenu mon affirmation, en invoquant le sentiment connu des membres du bureau, de l'auteur de la proposition votée et de deux organes de la presse (n° 49, p. 860). Et l'Union médicale, continuant à triompher, *n'a pu assez admirer* comment, *par une dextérité de plume incomparable*, j'avais pu *transformer un succès réel en un échec formel* (n° 146, p. 592).

Or, pendant que s'imprimait cette dernière phrase, c'est-à-dire vendredi dernier, la commission générale se chargeait de prouver, à mon dam, que je suis beaucoup moins dextre qu'on ne le suppose; elle le prouvait en précisant elle-même le sens de son vote dans la déclaration suivante, proposée et rédigée par M. le doyen en personne :

« *La commission générale déclare que, en votant l'*ordre du jour, *elle entendait ne donner aucune suite, en ce qui la concerne, au projet d'une association générale.* »

La commission se compose de cinquante-six membres. Trente-cinq environ étaient présents. Le vote a eu lieu à l'*unanimité moins trois voix*, y compris celle de M. Cabanellas (1). L'opposition de l'honorable secrétaire général en cette circonstance a cela de précieux, qu'elle achève d'enlever cette fois toute chance d'équivoque.

Cette décision itérative de la commission générale n'enchaîne pas sans doute l'Association tout entière; personne n'a pu avoir cette pensée. La proposition votée est, dans l'espèce, ce qu'est la conclusion d'un rapport devant une académie, c'est-à-dire l'expression de la pensée que les délégués du corps l'invitent à consacrer. Mais ce premier pas suffit pour qu'il soit dès à présent opportun de préparer une solution définitive; de rechercher même si du mouvement actuel des esprits ne pourrait pas sortir quelque chose de vraiment sage, utile et praticable; car le corps médical s'apercevra un jour, je l'espère fermement, que ses meilleurs, ses plus fidèles amis sont ceux qui essayent de le prémunir contre ses propres entraînements, et qui ne répugnent pas à rechercher, à travers les fausses voies où l'on s'efforce de l'engager, à travers aussi les interprétations peu bienveillantes, la direction de ses vrais intérêts.

En ce qui me concerne, une circonstance particulière me relève du silence que j'avais consenti à garder, du moins dans la Gazette hebdomadaire. On me prête des habiletés qui ne sont pas dans mes mœurs de confrère ou de critique. On insinue que, simple invité de la commission générale, je n'étais pas suffisamment autorisé à prendre la parole (2), comme si la commission n'avait eu d'autre envie que celle de contempler la face de M. Latour et la mienne, — ce que je refuse formellement de croire, en ce qui me concerne; — on écrit sans ambages que, en n'indiquant pas qui a parlé contre le projet, « *on pensait m'avoir été agréable* » (*Union*, n° 143). J'ai déjà montré, dans les deux derniers numéros, que rien ne m'était plus *agréable* que l'exposé franc et catégorique de mon opinion : je le montrerai encore aujourd'hui.

(1) L'Union médicale, dans son numéro du 8 décembre, en se rendant cette fois à l'évidence, assure que la feuille de présence ne portait que 23 signatures. Nous les croyons sur parole; mais cela signifie seulement qu'un certain nombre de membres n'ont pas signé la feuille, qui ont néanmoins voté. Des informations multipliées nous autorisent à maintenir notre chiffre. L'Union dit en outre que 7 membres se sont abstenus. Nous l'ignorons; mais il resterait encore 26 voix contre le projet, sur 29 votants.

(2) « Enhardi par l'exemple de M. Dechambre, qui, simple invité comme moi, s'était *cru autorisé* à prendre la parole, je demandai aussi, etc. » (*Union médicale*, n° 14[illegible])

---

cédé d'une manière intelligente à la révision du Dictionnaire, c'est M. Commerson, un des rédacteurs les plus actifs d'une feuille bien connue, le même qui, pour vous donner un exemple de son talent, a ainsi défini le mot *chausson* : « Espèce de sac en pâte ou en lisière dans « lequel on met des pieds ou des pommes. » Cette définition est tout simplement sublime. M. Commerson en a édité un millier de cette force, et il n'est pas encore de l'Académie : voilà qui est révoltant.

J'ai résolu d'écrire, dans cette direction, un supplément au Dictionnaire. Cette compilation sera utile à tous nos compatriotes qui voudront se tenir au courant; elle sera indispensable aux étrangers, qui nous lisent et nous traduisent plus que nous ne les lisons et ne les traduisons. Ce travail, qui est fort avancé, atteindra rapidement une demi-douzaine d'éditions; il me couvrira de gloire, m'ouvrira certainement les portes des Académies des sciences, arts et belles-lettres de Landernau, Brives et Carpentras, et comme je suis collaborateur de la Gazette hebdomadaire, procurera à cette dernière au moins trois abonnements nouveaux. Permettez-moi d'extraire de mon manuscrit quelques notes qui ne vous donneront qu'une idée faible, mais incomplète, de l'œuvre utile que j'édifie.

Commençons par énumérer un certain nombre d'adjectifs qui n'ont jamais pensé à être français, mais qui mériteraient bien de l'être. J'ai lu quelque part qu'une ponction pratiquée dans un kyste avait donné issue à un liquide *citronné*. On aurait pu, sans doute, dire *citrin*, mais c'eût été vulgaire. Pour être juste, si le liquide avait été plus coloré, il aurait fallu dire qu'il était *orangin*. Par ce procédé, on eût enrichi sur-le-champ la langue française de deux adjectifs excellents et très agréables à l'oreille. Puis voyez donc quelle large route ouvre cette utile licence. Nous pouvons immédiatement caractériser un liquide quelconque par les qualificatifs suivants : *citrin*, *citronné*, *citronneux*, *citronin*; *orangin*, *orangé*, *orangeux*, *oranginin*; *gélatin*, *gélatineux*, *gélatiné*, *gélatinin*, etc., etc. » Qui empêcherait, d'ailleurs, de dire : « citronoïde, orangoïde, gélatinoïde. » Il n'y a dans cette voie que le premier pas qui coûte, et vous savez que, bien souvent, le premier pas se fait sans qu'on y pense, et se chante sur un air connu.

Et ceci me conduit à éclaircir une bonne fois, en regrettant que ce soit nécessaire, la situation des adversaires du projet.

Au début, quand vint, de Bordeaux même, le premier signal d'opposition, l'UNION MÉDICALE, après avoir bien averti le lecteur qu'elle n'allait pas faire d'insinuation, écrivait ce qui suit : « *Pour l'intelligence de la situation*, il faut dire que malheureusement le corps médical de la Gironde est divisé en deux camps...... Les deux partis sont représentés dans la presse, l'École par le *Journal de médecine de Bordeaux*, la Société de médecine par l'*Union médicale de la Gironde*. Or, l'initiative en faveur de l'association généralisée a été prise par le *Journal de médecine de Bordeaux* et par la plume de M. le professeur Jeannel. L'opposition à cette mesure *n'a pas tardé* à se montrer dans l'*Union médicale de la Gironde* et par la plume de M. le docteur Lachaze » (n° 105). Comme je trouvais que faire dériver ce dissentiment d'une scission permanente et « systématique » entre l'École préparatoire et la Société de médecine, était mal inaugurer le travail d'union qu'on entreprenait (*Gazette hebd.*, n° 37), mon confrère m'a fait cette réponse peu sérieuse, qu'il n'avait pas *écrit* le mot *systématique* (*Union méd.*, n° 111). La controverse se poursuit dans la presse; j'établis que M. Latour (dont nous reproduisons les articles et qui ne reproduit pas les nôtres) supprime une partie des difficultés du projet pour le rendre plus acceptable, et l'UNION MÉDICALE *écrit* cette fois : « Il est des adversaires que l'on ne sait où et comment saisir. L'idée de l'association générale peut réussir, et ils ne seraient pas fâchés de pouvoir dire qu'ils ont contribué à son succès. Mais cette idée peut échouer, et leur amour-propre serait flatté de pouvoir donner la preuve de leur sens prophétique » (n° 120). Tout récemment encore, à propos de mon appréciation du vote de la commission, appréciation qui, m'étant contestée, appelait nécessairement des preuves, l'UNION MÉDICALE se plaint qu'on *divulgue sans discrétion* des dissentiments, qu'on *énumère le nombre des opposants;* elle ne peut comprendre *dans quel intérêt* on agit (n° 146) (1).

Ainsi, voilà qui est bien entendu; on ne peut être d'un avis autre que celui des promoteurs du projet sans méditer un calcul : ici, pour faire pièce à des confrères qu'on n'aime pas; là, pour se préparer un rôle mixte d'oiseau et de souris; ailleurs, dans quelque autre intérêt inavouable. En bonne conscience, comprend-on rien de plus despotique ou de plus ingénu? Car c'est nécessairement l'un ou l'autre. Nous comptons les opposants! le grand crime! Est-ce que combattre *pour* une idée qu'on croit bonne, comme vous faites, et combattre *contre* une idée qu'on croit mauvaise, comme je fais, ce n'est pas absolument la même chose? est-ce que ce n'est pas des deux parts rechercher la vérité? est-ce que ceux que vous appelez les opposants ne sont pas des adhérents par rapport à nous, comme nos adhérents sont des opposants par rapport à vous? Est-ce que vous vous faites faute de compter vos adhérents? C'est l'UNION MÉDICALE qui me fait un pareil reproche, l'UNION, qui couvre ses colonnes d'adhésions, avec un luxe de mise en scène dont je doute qu'il faille bien augurer. On s'interroge avec componction sur l'intérêt qui me guide. Ah! ce mot est de trop, imprudent et, néanmoins, cher et honoré collègue! Il n'y a pas dans toute ma vie médicale un acte qui autorise qui que ce soit à une pareille supposition. Et quels cris ne jeteriez-vous pas, vous, si quelqu'un osait demander quel mobile vous pousse en ce moment à tant d'agitation, quel mobile vous poussait en 1845, et pourquoi, le lendemain du congrès, un journal s'élevait à côté de celui où le congrès avait tenu ses assises! Avait-il de ces préoccupations celui qui, dans cette grande occasion, accepta d'être rapporteur d'une des questions professionnelles les plus délicates; celui encore qui écrivait, il y a trois mois : « *Le désintéressement* du rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE, dans le mouvement actuel, *n'est pas suspecté* (*Gaz. hebd.*, n° 37)? Allons, collègue, pas d'embûches, pas d'équivoques, pas de mots aiguisés en stylet; la cause à laquelle vous vous êtes voué avec honneur mérite d'être défendue par d'autres armes. Surtout, pas de prétentions excessives. Le corps médical n'a pas d'oracle, non plus que de maître des cérémonies. Parler en son nom, le

(1) Dans son dernier numéro, après avoir reproduit le procès-verbal de la séance du 20 novembre, l'UNION MÉDICALE dit encore : « Il n'est pas de lecteur *impartial* qui ne voie, qui ne sente que l'interprétation de ce vote, telle que nous l'avons donnée, était la seule naturelle et logique. » Ainsi, j'ai été partial; M. Vosseur, M. Perdrix et tous ceux qui ont interprété l'ordre du jour comme moi ont été partiaux. C'est par esprit de partialité que M. Brochin, dont nous avions invoqué l'opinion, écrit dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, numéro du 8 décembre :

« Quelle était la signification de cet ordre du jour? Pour ceux qui avaient suivi les débats depuis l'origine, et qui ont pu entendre toutes les propositions, les interpellations et les votes exprimés à haute voix, il ne pouvait y avoir aucun doute sur le sens de l'ordre du jour. Il signifiait le refus d'accéder aux propositions des médecins de la Gironde. Cela était incontestable. Cependant, dans un article publié depuis dans l'UNION MÉDICALE, M. Latour, à qui l'accueil flatteur que l'assemblée a fait à son argumentation a pu donner le change sur ses véritables dispositions, a interprété tout différemment le vote, en le considérant comme un gain de cause donné au projet dont il s'est constitué l'éloquent défenseur. »

Les gens qui comprennent la linguistique d'une manière vraiment libérale pensent que, le radical étant la fraction intéressante de l'adjectif, on peut, sans façon, compléter celui-ci avec l'une quelconque des désinences qui lui sont affectées. L'avouerai-je, cette noble indépendance me plaît. J'aime à voir ces rébellions fantaisistes contre la tradition académique, et je mets en note, pour m'en servir au besoin, ces néologismes qui feraient trépigner dans la tombe les mânes de Lhomond et autres grammairiens décédés.

J'étais un jour secrétaire d'une société savante, une note me fut remise par un présentateur; on y parlait de la muqueuse *gencivale*. Je fus sur le point de ne pas corriger ce mot; mais je me ravisai en pensant que, ma signature étant au bas du procès-verbal, on pourrait m'attribuer l'innovation, et me faire ainsi l'honneur d'une priorité que je n'aurais pas méritée. Voilà jusqu'où je pousse le scrupule.

Je vous dirai, à ce propos, que la fonction de secrétaire d'une société savante fournit plus de distractions philologiques que ne le supposent ceux qui croient que les princes de la science sont en même temps princes de la grammaire. *J'ai vu, seigneur, j'ai vu, de mes propres yeux vu* deux notes manuscrites émanées de mains illustres, et je dis des meilleures. Dans l'une on parlait de la matière SCEPTIQUE fournie par un ulcère malsain; dans l'autre, une tumeur maligne était regardée comme un produit *éthéromorphe*. L'éther étant très subtil, l'*h* du commencement s'était volatilisé pour venir se condenser au milieu du mot. Je le suppose, du moins, parce que la faute d'impression n'a rien à voir ici, le texte étant manuscrit.

D'ailleurs qu'est-ce donc qu'une terminaison pour un adjectif, et faut-il se laisser dominer par d'aussi mesquines entraves. Tout le monde autrefois disait les *vésicules séminaires;* on dit aujourd'hui les *vésicules séminales :* qu'y a-t-on gagné?

J.-L. Petit écrivait bien *sang veinal* pour *sang veineux* (1). Bichat, d'après Desault, parle bien du traitement palliatif des *skirrosites* du rectum par *les térébenthinacés et les opiatacés* (2). Il est bien

(1) *Œuvres complètes* en 1 vol., p. 785.
(2) *Œuvres chirurgicales*, t. II, p. 427.

représenter dans le soin de ses intérêts, est un monopole qui n'appartient à personne, que je ne laisserai prendre à personne, tant que je tiendrai une plume, dussent en souffrir mes plus sincères affections. Honorez vos adversaires, pour être honoré. Que l'éclatant démenti qui vient d'être donné à vos affirmations vous rende plus réservé. Permettez à chacun d'apporter le tribut de ses méditations, même de ses tendances, sans s'exposer à voir mettre en doute sa sincérité. Faites que les adversaires de vos opinions ne prennent pas dans vos articles l'air d'ennemis du bien public. Restons dans l'arène, puisque notre conscience à l'un et à l'autre nous y a fait descendre; luttons, luttons vivement, s'il le faut, mais courtoisement, et restons amis, *c'est moi qui vous en convie!* Je vous en convie, et je vous donne un gage en m'inscrivant d'avance pour le prochain banquet de L'UNION MÉDICALE.

Les rôles respectifs étant ainsi déterminés, revenons à cette grave question de l'association généralisée.

(*La suite au prochain numéro.*)

A. DECHAMBRE.

Nous réparons un oubli que nous avons commis dans les divers articles où nous nous sommes occupé de la cautérisation du larynx; nous faisons cette réparation d'autant plus volontiers, qu'elle porte sur un point d'histoire qui paraît être tout à fait inconnu aux médecins français. Nous trouvons dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE (années 1850-51, n° 6) un travail lu par M. Didot (de Liége) dans la séance du 31 mai 1851, et où cet honorable confrère décrit un instrument imaginé par lui pour la cautérisation de la surface interne du larynx. Une figure de cet instrument accompagne le mémoire.

Le porte-caustique laryngien que j'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de l'Académie, dit notre confrère, se compose d'un tube coudé assez semblable, pour la configuration extérieure, à celui de Chaussier. La portion coudée se compose d'un godet criblé de petits trous dans ses trois quarts supérieurs, et contient une éponge *très élastique* destinée à recevoir la solution caustique. Dans la longue portion de l'instrument glisse une tige métallique attirée et maintenue vers le pavillon par un petit ressort en spirale, et terminée vers le godet par quelques mailles articulées destinées à suivre le changement de direction qui résulte de la flexion du tube. Cette tige est munie à son bout extérieur d'un bouton plat disposé pour recevoir la pression du pouce, tandis qu'à l'entrée du godet l'autre bout vient se fixer sur deux rondelles en argent séparées par une troisième rondelle en caoutchouc, destinée à faire l'office de piston compresseur de l'éponge. Enfin, sur le pavillon de l'instrument, se trouve un anneau ménagé pour recevoir le doigt indicateur et pour fournir un point d'appui à l'opérateur.

Maintenant, l'on comprend que, si l'éponge est imprégnée de liquide, la pression du pouce sur le bouton de la tige centrale de l'instrument doit faire cheminer le piston dont il vient d'être question, et que celui-ci, comprimant *brusquement* l'éponge, forcera le liquide à jaillir par les petits trous du godet, et le répandra ainsi sur les parties avec lesquelles le godet se trouvera en rapport.

Cet instrument s'introduit de la même manière que la baleine coudée, les sondes courbes, ou le tube de M. Loiseau. L'auteur ne paraissait pas avoir appliqué encore son instrument à la date de sa communication ; car, dans deux observations d'œdème de la glotte relatées par lui, il avait cautérisé au moyen d'un porte-éponge, et la cautérisation n'avait pas dépassé les bourrelets œdémateux.

Pour être rigoureusement exact sur cette question historique, il faut dire qu'en 1851 il y avait déjà longtemps que M. H. Green disait pratiquer journellement la cautérisation directe du larynx, et on ne peut douter aujourd'hui qu'il ne la pratiquât réellement. Sa première opération remonte au mois de novembre 1838 (voir à ce sujet la *Gaz. hebd.*, t. Iᵉʳ, p. 254 et 478). En Europe, quelques praticiens, appliquant depuis un assez grand nombre d'années le procédé de MM. Trousseau et Belloc, affirmaient qu'ils enfonçaient l'éponge jusque dans la cavité laryngienne, et un compatriote de M. Didot, M. Lombard, était de ce nombre. Mais l'instrument de M. Didot, quoique postérieur en fait à ceux de M. Loiseau, est néanmoins, si l'on ne consulte que la date de publication, le premier qui ait permis à la liqueur caustique de ne se dégager que dans le larynx, au lieu de se répandre et de s'épuiser souvent sur les parois du pharynx et à l'entrée de la glotte, comme cela a lieu avec le porte-éponge.

Mais voici sur ce même sujet un document qui, à un autre point de vue, ne manque pas d'importance. On connaît la prétention annoncée par M. Horace Green d'introduire un cathéter dans la trachée, les bronches même, et de porter par cette voie des liquides médicamenteux jusqu'à l'extrémité de l'arbre respiratoire. On se défie toujours un peu des inventeurs, et c'est tant mieux, pourvu qu'on se donne la peine de répéter leurs expériences ; car le vif désir du succès peut avoir enfanté l'illusion, et si, au contraire, la défiance est vaincue par les résultats obtenus, la vérité n'en triomphe

---

question des *tumeurs cancérentes* dans un recueil estimé (1), dont un des rédacteurs regardait comme *dommeageable* pour la pathologie médico-chirurgicale la non-participation de Sanson à la nouvelle édition des *Eléments de pathologie*. Pourquoi donc serait-il défendu d'appeler *cantharidal* le collodion préparé avec la cantharidine par M. Hirch, de Saint-Pétersbourg, et *tumeur hémorrhagiale* l'amas de sang qui résulte de l'ouverture d'une artère.

Si l'on me donnait seulement en prime la modique somme de 25 centimes pour chaque adjectif que je pourrais confectionner par ce mécanisme, je me chargerais volontiers de fonder un prix annuel pour l'avancement de la langue française.

D'ailleurs bien souvent on a la main forcée, et il devient nécessaire de créer des substantifs, et par contre des adjectifs, quand on fait un mémoire sur quelque chose d'assez connu, et qu'on veut faire croire que c'est absolument neuf: le mot de *tumeur adénoïde* me semble avoir cette origine. Certes le mot de *lithotritie*, au premier abord, paraît bien suffisant; mais cependant comment supprimer « la *lithotripsie*, la *lithotribie*, la *lithoclastie*, la *litho-lysie*, la *lithomylie*, la *lithoprinie*, la *lithoprisie*, la *lithothrypsie*, *lithotrésie* et la *lithorinie ?* »

Si, comme on n'en peut douter un seul instant, toutes ces dénominations sont claires et surtout fort nécessaires, comment omettre « le *lithocénose*, le *lithoclaste*, le *litholabe*, le *lithotriteur*, le *lithoprione*, » puis les instruments « *lithotriteurs*, *lithotripteurs*, *lithéréteurs*, etc., etc.? »

Je tiendrais certainement pour des esprits arriérés et malades, pour des quasi-crétins, tous ceux qui ne seraient pas saisis d'admiration devant la fécondité ingénieuse des *litholambaneurs*, cent fois plus forts en grec que Trissotin et Vadius ensemble. Aussi je rougis de honte quand je vois la plupart de nos chirurgiens ignorer une synonymie aussi simple qu'utile, et se contenter mesquinement de deux ou trois mots, sous prétexte qu'ils sont bien suffisants. Je ne comprends pas comment on se refuse, de la sorte, façon, à orner son esprit à si peu de frais.

(1) *Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. II, p. 104, et t. X.

que mieux. Or, voici qu'un confrère digne de toute confiance, le professeur de clinique médicale de l'Université d'Édimbourg, M. Hughes Bennett, assure, dans le dernier numéro d'EDINBURGH MEDICAL JOURNAL (numéro de novembre) avoir pratiqué avec un plein succès l'opération de M. Green. A la clinique de l'infirmerie royale, il a publiquement introduit une sonde dans le conduit trachéal, chez sept malades. Il est vrai que notre confrère n'entre dans aucun détail sur les signes auxquels le fait de cette introduction a pu être reconnu ; mais il est évident, par l'ensemble de sa note, que ces signes ont été ceux qu'invoque M. Green lui-même, et spécialement la sortie de l'air par le tube pendant l'expiration. Cinq des sujets étaient phthisiques à divers degrés ; un était atteint de laryngite chronique avec bronchite, et un de bronchite chronique avec accès d'asthme. Chez tous, l'opération a été exécutée assez facilement. Mais M. Bennett ajoute que, dans plusieurs autres cas, le tube n'a pu être introduit, soit parce que l'épiglotte ne pouvait pas être assez découvert, soit par suite d'une trop grande irritabilité de l'arrière-gorge.

Le sujet affecté d'asthme a subi onze fois le cathétérisme trachéal, avec injection, au moyen d'une seringue de verre, de 8 grammes d'une solution caustique contenant 2 grammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau. Ce traitement a diminué l'expectoration, calmé la toux et éloigné les accès d'asthme. Au moment de l'injection, la malade (femme de vingt-quatre ans) accusait un *agréable sentiment de chaleur* dans la poitrine.

L'auteur fait appel à ses confrères pour mettre ce genre d'expériences à l'ordre du jour. Nous ne pouvons que joindre nos instances aux siennes. A. D.

La dernière séance de l'Académie de médecine s'est ouverte par un comité secret. Chose rare. Ceux qui désireront en connaître le motif le trouveront aux *Variétés*. Après ce comité, M. Dupré a lu un travail sur un nouveau bandage herniaire de son invention, qui paraît avoir été essayé avec avantage dans le service de M. Nélaton et qui se présente d'ailleurs avec des garanties de savoir dont ces sortes d'appareils ne peuvent pas toujours se recommander. Ensuite, M. H. Bourdon a communiqué une observation de morve farcineuse chronique terminée par la guérison, ce dont on n'avait peut être pas encore d'exemple bien authentique. Enfin, M. Delafond a lu la deuxième partie du mémoire qui lui est commun avec M. le docteur Bourguignon, et qui concerne l'anatomie et la physiologie des animalcules de la gale. Cette étude, minutieusement poursuivie, offre le plus vif intérêt.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DES POLYPES (CONCRÉTIONS SANGUINES) ARTÉRIELS, par M. LEGROUX, médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

(Suite. — Voir les numéros 45 et 48.)

Jusqu'ici nous n'avons traité que des lésions consécutives à l'oblitération des artères des membres; il nous reste à parler de celles que l'on observe dans les viscères intérieurs quand une de leurs artères vient à s'oblitérer.

La *gangrène* peut être une conséquence de cette oblitération. Rappelons le cas de gangrène du poumon avec des masses fibrineuses concrètes dans les artères pulmonaires, et celui de gangrène du cerveau à la suite de l'oblitération des vaisseaux correspondants cités par M. Bérard. Dans une observation de M. le professeur Shutzemberger, citée plus haut, on voit dans le cerveau, la rate, le rein, où se rendaient des artères oblitérées, des *infarctus rosés ou jaunâtres avec ramollissement de tissu.* Nous voyons également dans les observations de ramollissement du cerveau avec oblitérations des artères sylviennes, citées en même temps que la précédente, une teinte *jaune sale du tissu ramolli, séparé du tissu sain par une teinte rosée ou jaune sale*, où la partie ramollie est d'un gris jaunâtre, d'aspect crémeux, diffluente. Ailleurs, elle est d'un gris blanc sale, ou bien cette substance est parsemée d'*un nombreux pointillé rouge.* Ailleurs, la substance blanche ne présente plus qu'une masse jaune brunâtre, très molle, un peu plus blanche par places. Des noyaux diffluents, colorés en rouge, existent sur quelques points du foyer de ramollissement. (Observation rapportée par la *Gazette hebdomadaire*, mai 1856.)

Ces lésions ont beaucoup d'analogie avec celles qui existent dans les muscles d'un membre frappé de sphacèle humide. Il nous paraît évident qu'elles sont sous la dépendance d'un travail morbide. Si elles n'étaient qu'un effet de l'oblitération, la *pâleur* devrait en être le caractère : aussi est-il rationnel d'admettre que le ramollissement blanc tient plus spécialement à cette cause, ce qu'il faut démontrer toutefois. Comme nous le verrons en traitant de la pathologie, le sphacèle des membres est souvent précédé par une zone inflammatoire qui marche au-devant de la mortification. Le même travail doit se produire dans le cerveau et les organes paren-

---

Si vous avez assez des adjectifs, nous pouvons passer aux substantifs. Je ne m'arrêterai pas à la *dégénération* des tumeurs, à la *méthodisation* des procédés, ni à l'*habitudivité* morbide, nous n'avons pas le temps de nous arrêter aux bagatelles. Je ne suis pourtant pas fâché de vous recommander, en passant, un petit diminutif bien gracieux que je viens de lire à la fois dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, et à la troisième colonne du journal le SIÈCLE (premiers numéros de novembre). Un praticien de Nanterre, localité bien connue pour ses rosières et ses détestables brioches, avait fait une rhinoplastie; lorsque le lambeau fut convenablement soudé, il fit la section du *pédicelle.* J'en conclus que le *pédicule* du lambeau était fort mignon. Et, à propos de ce dernier mot, j'ai remarqué une injustice qu'on commet trop fréquemment à son égard. Pourquoi, en effet, l'abandonner, et dire à tout moment qu'on a coupé, lié, écrasé, tordu, arraché le *pédoncule* d'une tumeur? On ferait croire par là à une ressemblance bien trompeuse entre les présents de Flore et n'importe quelle production morbide à insertion étroite. Laissons le *pédoncule* à la serpette du jardinier, et détruisons, si nous pouvons, le *pédicule* des tumeurs.

Cependant *pédicelle* est un mot gracieux : il a, d'ailleurs, un illustre parrain. M. Nélaton l'a employé dans le même sens et bien avant l'opérateur de Nanterre (*Pathologie chirurgicale*, tome II, 1847, p. 666); j'ai même cru que M. Malgaigne était son véritable père. Mais, après m'être transporté, suivant l'indication bibliographique, à l'article RHINOPLASTIE du *Manuel de médecine opératoire*, 1843, p. 423, j'ai vu tout simplement *pédicule*, comme le premier venu pourrait l'écrire. M. Malgaigne n'a donc aucun droit sérieux à l'introduction du joli petit substantif en question.

A bien prendre, *pédicelle* est peut-être un peu trop romantique pour la rhinoplastie : il veut dire littéralement « division extrême du pédoncule ramifié qui porte immédiatement la fleur ; » d'où il résulterait qu'un nez refait par le procédé des Koomas représente une fleur. Cette comparaison peut sembler hardie ; pour un fruit ou pour certains légumes, passe encore, s'il faut en croire Vidal, qui trouve que les nez restaurés « ne ressemblent pas mal aux tubérosités des racines de certaine plante de la famille des solanées »

chymateux, ce qui explique et les congestions et les colorations, que l'on peut considérer comme une dégradation de la matière colorante du sang fixé par le travail congestif.

Bien que je considère comme cause des altérations qui viennent d'être signalées les oblitérations des artères cérébrales, je ne puis me dispenser d'exprimer un doute sur ces rapports de causalité. J'admets la mortification d'un hémisphère quand l'oblitération a envahi la majeure partie des artères d'un côté du cerveau; mais je me demande comment une obstruction presque toujours limitée d'une artère secondaire, telle que la sylvienne, dans un organe où la nature a répandu les anastomoses à profusion peut déterminer un sphacèle partiel? Cette question n'est pas suffisamment éclaircie et appelle de nouvelles études.

Les faits dont il vient d'être parlé sont présentés à l'appui de la doctrine de l'*embolie;* il n'est point extraordinaire que les vaisseaux oblitérés n'aient offert aucune trace de phlegmasie.

Récemment, sur un malade qui avait succombé à une hémiplégie droite, je n'ai trouvé, à côté d'une infiltration séreuse très prononcée des méninges et une teinte rosée assez foncée de la substance cérébrale, qu'une oblitération de la carotide gauche à son entrée dans le crâne, dans l'étendue d'un centimètre, par un caillot brunâtre, adhérent, dépouillé de sérosité. L'artère était ossifiée; le cœur était sain. Bien qu'il semble rationnel de faire dépendre l'hémiplégie de l'obstruction carotidienne, il est néanmoins permis d'élever quelques doutes sur cette corrélation en présence des voies de circulation supplémentaires qui existent entre les vaisseaux intra-crâniens. Quelle que soit la valeur de ce fait, il m'a paru digne d'être conservé.

Pathologie des obstructions artérielles. — Je m'occuperai d'abord de l'obstruction des artères des membres; je dirai ensuite quelques mots de celle des artères viscérales.

Un premier fait à noter, c'est que l'obstruction artérielle n'est point une affection morbide primitive. Elle succède constamment, soit, ce qui est rare, à un état pathologique local, soit, et c'est le cas le plus ordinaire, à un état diathésique inflammatoire, rhumatismal et, plus rarement, cachectique; ce qui la différencie de l'oblitération veineuse spontanée, qui a sa principale source dans les cachexies. Elle se montre encore dans les maladies organiques du cœur, dans les cas où des polypes se produisent dans cet organe.

Nous avons peu de chose à dire des concrétions aortiques non oblitérantes, elles se confondent dans la symptomatologie de la diathèse qui les produit. Cependant, comme nous l'avons dit en traitant des polypes du cœur, elles peuvent se révéler par des bruits anormaux prolongés dans la direction de l'aorte.

Les concrétions oblitérantes offrent les phénomènes suivants :

Prodromes. — Dans le cours d'un état morbide, les malades se plaignent de sentiment de faiblesse et d'engourdissement, de lassitude, de douleur plus ou moins vive, rarement brûlante, quelquefois dilacérante, accompagnée de picotements à l'extrémité d'un membre ou dans les masses musculaires. D'autres fois, ils accusent de la réfrigération.

Ces phénomènes, accompagnés ou non de symptômes généraux diversement groupés et d'intensité variable, durent d'un à trois septenaires. Des plaques érythémateuses, le gonflement des veines sous-cutanées, une teinte bleuâtre de la peau, se joignent parfois aux troubles de la sensibilité avant l'apparition d'accidents plus tranchés.

Considérés par des auteurs comme prodromiques, ces symptômes appartiennent à l'oblitération confirmée, mais encore limitée.

Après une durée variable, ils s'aggravent progressivement ou prennent *subitement* une acuité nouvelle et deviennent plus caractéristiques.

D'après mes propres observations, l'invasion des accidents est *instantanée* dans le tiers des cas. C'est une véritable *apoplexie* dans le sens de l'*instantanéité* jointe à la *gravité*.

L'invasion progressive ou brusque de ces accidents, leur aggravation subite, leur ralentissement momentané, suivi d'une recrudescence plus ou moins rapprochée, avec extension à d'autres parties ou dissémination sur d'autres points, est parfaitement conforme à l'état anatomique des caillots obturateurs.

Qu'elle soit survenue lentement ou subitement, l'oblitération, une fois constituée, se caractérise par des symptômes nécessairement variables par leur nombre, leur association, leur intensité, leur gravité.

Ces symptômes sont : 1° une douleur ordinairement très vive, primordiale dans presque tous les cas; 2° une faiblesse musculaire paralytique; 3° la décoloration, le refroidissement, une véritable syncope locale, syncope compliquée d'asphyxie avec ses conséquences, lorsque le cours du sang veineux est également entravé; 4° la gangrène immédiate ou consécutive; 5° des phénomènes généraux primitifs ou secondaires

---

(métaphore botanique et champêtre pour désigner la pomme de terre).

N'allez pas me croire, pour cela, ennemi déclaré des diminutifs, qui jouent dans certaines langues étrangères, l'allemand et l'italien, par exemple, un rôle important. Il en est qu'on peut admettre, mais mieux vaudrait en créer que d'en prendre de tout faits, quand ils signifient tout autre chose que ce qu'on veut dire.

Quelques personnes pensent que ces entorses données à la langue française sont tout à fait involontaires, et que le fameux et commode *lapsus calami* peut être invoqué. Il me sera facile de prouver qu'il y a préméditation manifeste, car les auteurs s'en expliquent parfois fort catégoriquement. Gerdy, par exemple, de regrettable mémoire, était devenu *nomenclaturier* vers la fin de sa vie. Il professait une sainte horreur pour les dérivés grecs et latins. « A l'aide du grec, dit-il (1), on fait des noms souvent affreux et inintelligibles. » Il préfère donc la langue maternelle, et, s'appuyant sur divers raisonnements plus ou moins concluants, il fait une émission formidable de substantifs, parmi lesquels je prends la liberté de citer les suivants : *cellularite*, *ligamentite*, *synovialite*, *sus-maxillite*, qui désignent les inflammations du tissu cellulaire, des ligaments, etc., etc.; au lieu de *dacryocystite*, de *coryza*, de *balanite*, de *posthite*, il faudrait dire : *vésico-lacrymite*, *narite*, *glandite*, *prépucite*, etc., etc. Jusqu'ici tout va bien, car, en résumé, on comprend, et l'on n'a pas besoin d'être bachelier ès sciences pour savoir quel est l'organe malade quand il y a *testiculite*. Le sens d'*orchite* est interdit aux profanes.

C'est bien quelque chose que de comprendre, et de deux néologismes il faut choisir le moindre. Voici un exemple : Je préparais jadis un concours inférieur, et je faisais le tableau des maladies qui peuvent atteindre les diverses régions du corps, de manière à pouvoir, suivant la mode du temps, réciter une petite *tartine* (encore un mot que les académiciens patentés n'admettent pas dans le sens que je lui donne ici) sur le diagnostic différentiel. J'étais au paragraphe des tumeurs des doigts, et j'avais sous les yeux la table du Fra-

(1) Première monographie, *Pathologie chirurgicale*, p. 73 et suiv.

variables par leur nature, leur nombre et leur intensité. Il faut joindre à ces symptômes ceux que l'on obtient par l'exploration des vaisseaux.

Je me propose d'apprécier ces accidents et phénomènes dans l'ordre suivant :

1° Signes locaux de l'oblitération;
2° Troubles de la circulation capillaire;
3° Troubles de la circulation veineuse;
4° Troubles de l'innervation;
5° Altérations de nutrition, gangrène;
6° Symptômes généraux.

Lorsque, dans le cours ou à la suite d'un état morbide, il paraît tout à coup ou graduellement dans un membre quelques-uns des phénomènes indiqués dans les prodromes, et surtout la réunion de ceux qui caractérisent l'oblitération confirmée, on doit procéder à l'examen du cœur et des artères en général, et spécialement des artères du membre affecté. Chaque jour cet examen doit être répété sur toutes les artères principales.

Le premier effet de l'oblitération est la suspension des battements artériels au-dessous du point obstrué. Si l'artère est accessible au toucher, elle donne à la main qui l'explore la sensation d'une corde arrondie, dure et inflexible, comme une artère injectée sur le cadavre.

Il y a néanmoins deux causes d'erreurs dont il faut être prévenu. Dans le voisinage de la limite supérieure de l'obstruction, le choc du sang peut être transmis à l'artère obstruée et lui communiquer une secousse qui en impose pour une pulsation; mais on distinguera facilement ce mouvement de locomotion du mouvement d'expansion normale. En descendant plus bas, d'ailleurs, ce mouvement cesse, ainsi que la pulsation. D'un autre côté, quand des voies collatérales se prêtent facilement à une circulation supplémentaire, on peut percevoir des battements dans des points situés au-dessous de l'obstruction. Il faut alors suivre les vaisseaux en remontant pour atteindre le point où cessent les battements. Les petits vaisseaux doivent être examinés fréquemment pour juger des ressources anastomotiques.

L'obstruction d'une veine peut en imposer pour celle de l'artère qu'elle accompagne. L'erreur a été commise. La persistance des battements artériels sur le trajet du cordon veineux induré permettra d'en faire la distinction. A la suite de l'oblitération des veines, il est rare que l'infiltration ait acquis un développement tel que l'on ne puisse arriver jusqu'à l'artère en pressant avec les doigts. S'il restait du doute, on pourrait utiliser le stéthoscope sur le trajet du vaisseau que l'on suppose oblitéré et, par comparaison, sur celui des artères d'autres parties du corps.

Troubles de la circulation capillaire. — L'interception de la circulation artérielle est complète, ou bien elle continue plus ou moins facilement par les voies collatérales : les veines restent libres ou s'obstruent comme les artères; consécutivement, un travail inflammatoire s'établit au-devant des parties mortifiées; suivant ces diverses circonstances, la peau présente diverses colorations.

La couleur normale est à peine altérée dans les cas où le sang trouve passage à travers les voies anastomotiques. A peine si, dès le principe, on y observe un peu de pâleur.

Mais quand les vaisseaux supplémentaires sont eux-mêmes compris dans l'obstruction, il n'arrive plus de sang à la peau; elle se décolore et prend une teinte pâle, jaunâtre, anémique. Cependant, ce phénomène est moins commun qu'il semblerait devoir être en pareil cas. Il est rare qu'une certaine quantité de sang ne puisse passer à travers les petites voies anastomotiques, et ne vienne engouer les capillaires veineux. La pâleur est remplacée souvent par une teinte plombée, violacée, d'un rouge sombre. Il est néanmoins probable que ces teintes sont secondaires, et que la pâleur serait plus souvent notée si l'on observait ces parties immédiatement après l'oblitération.

Diversement nuancées entre elles, ces teintes, toujours plus foncées vers l'extrémité du membre et offrant différents degrés d'intensité par places, sont quelquefois disposées par zones irrégulièrement limitées. Stationnaires ou envahissantes, elles se limitent en haut plus ou moins brusquement, séparées des parties saines par des lignes obliques représentant assez bien, vers le haut de la jambe, la coupe oblique de l'embouchure d'une botte montante.

La plupart de ces colorations ne se montrent que par les progrès de la maladie. Elles indiquent assez bien la marche et les progrès du sphacèle, précédé dans ses envahissements par une inflammation éliminatrice, insuffisamment alimentée par le sang artériel, et mal dégorgée par des veines dans lesquelles le sang est privé de sa puissance motrice principale : ce qui n'empêche pas, néanmoins, la suppuration de s'établir au sein des tissus affectés de cette languissante phlegmasie.

Le *refroidissement* est l'effet immédiat et constant de la suspension du cours du sang artériel; il est plus ou moins intense. Souvent il donne à la main la sensation du froid

---

de pathologie externe et de médecine opératoire de feu Vidal. Je trouve, chemin faisant, l'*unguinocèle tendineux*. J'avais encore, à cette époque, toute la naïveté du jeune âge, et me rappelant qu'*unguis* voulait dire ongle, j'allais traduire de la manière suivante : « Tumeur formée par les tendons de l'ongle. » Par bonheur l'anatomie me sauva; elle me rappela que l'ongle était complétement dépourvu de tendons. Puis d'ailleurs j'avais récemment assisté à la réjouissante mystification d'un monsieur très vaniteux auquel on avait fait croire que chaque dent était munie de quatre muscles cardinaux, dont les contractions spasmodiques, fréquentes dans l'âge mûr, causaient d'ordinaire la chute de ces phanères. Je voulus donc pousser l'examen plus loin, et, sur l'indication de la table, je me transportais à la page 671 du tome III de l'ouvrage susdit. J'éprouvai tout d'abord une légère contrariété, parce qu'à la page indiquée il n'était question que des lésions physiques du cou, et nullement de l'*unguinocèle tendineux;* mais je ne me décourageai pas, parce que je savais déjà, à cette époque précoce de ma carrière, que la plupart des tables alphabétiques sont déplorablement construites. Je poursuivis donc mes investigations, et deux heures plus tard je découvris mon affaire à la page 673 du tome II, après avoir lu tout ce qui était relatif aux maladies des ongles des doigts et des orteils; mais je fus surpris de deux choses : d'abord l'*unguinocèle* était devenu *tendineuse*, il avait changé de sexe; puis il était synonyme de la *crépitation douloureuse des tendons*. Je ne m'en serais jamais douté.

Je fis encore deux remarques intéressantes : 1° Vidal accuse les paysans gascons d'appeler cette maladie *laï*, tandis que c'est *aï* qu'on dit sur les bords de la Garonne. L'auteur avait supprimé l'apostrophe, pour protester, sans doute, contre les gens qui disent *l'eau d'anon* pour le *laudanum*. 2° Le même Vidal ajoute à la synonymie le *ténosynite*, qui renferme, d'après le radical, un *y* grec et un *n* de trop. Je n'insiste pas sur ce dernier point, parce que je me propose de lire à l'Académie des Inscriptions et belles-lettres un mémoire sur l'emploi de l'*y* grec dans l'orthographe scientifique; mais je me contente de dire que la création de l'*unguinocèle tendineux* ou *tendineuse* était tout à fait superflue, que l'expression de *ténosite* ou de *ténosynite* n'est guère plus exacte, puisque les tendons

cadavérique, à moins que la température n'ait été artificiellement entretenue.

Frappé par ces phénomènes, Dupuytren prétendait que ce froid glacial était plus prononcé que le froid cadavérique, et que le thermomètre, appliqué sur ces parties, s'abaissait au-dessous de la température des corps environnants.

Était-ce une erreur de la part du grand chirurgien?

La vaporisation de la sérosité qui transsude à la surface de la peau d'un membre sphacélé peut certainement faire descendre la température de ce membre au-dessous de celle des corps environnants. Dupuytren a donc pu avoir raison pour les cas de sphacèle humide; mais dans la gangrène sèche le membre se met facilement en équilibre avec l'air ou les corps ambiants.

Dans les cas où la vie persiste dans le membre, le froid, quoique très appréciable, n'est pas aussi prononcé.

L'affaissement des tissus est, comme la pâleur et le refroidissement, un effet de l'obstruction artérielle. La peau flétrie, ridée, s'affaisse sur les tissus sous-jacents, rétractés eux-mêmes et indurés. Ce phénomène n'est pas toujours un indice de mortification, le rétablissement de la circulation par les anastomoses les fait cesser plus ou moins complétement dans les parties qui en étaient le siége. Cependant il doit être considéré comme l'indice d'un grand obstacle au cours du sang, et comme un signe imminent de mortification.

Cet affaissement des tissus n'existe pas toujours au même degré; il est même parfois remplacé rapidement par de la tuméfaction et de l'œdème. C'est qu'alors il arrive encore dans ces parties une certaine somme du sang artériel, non exporté par les veines, souvent oblitérées elles-mêmes secondairement.

TROUBLES DE L'INNERVATION. — *Un sentiment de chaleur brûlante* dans les parties auxquelles se distribuent les ramifications de l'artère oblitérée tourmente parfois les malades, qui recherchent l'air frais, les places froides. Il augmente par l'application de corps chauds et devient alors insupportable.

Ce phénomène se montre également dans la période dite prodromique et quand la gangrène est manifeste. Il n'est pas constant.

Quelle en est la cause? Ce n'est certainement pas l'oblitération artérielle qui a pour effet le refroidissement. Mais elle existe dans les conditions qui précèdent ou suivent l'oblitération : telles sont ou une artérite primitive, ou une phlébite secondaire, ou l'inflammation qui relie en faisceau serré les vaisseaux et les nerfs, ou la phlegmasie éliminatrice qui tend à la séparation des parties mortes. L'augmentation de cette chaleur, douloureuse par l'application de corps chauds, est comparable à la sensation que développe une chaleur trop brusque sur les extrémités engourdies par le froid.

L'inconstance de ce phénomène en fait un symptôme accessoire dans l'histoire des oblitérations artérielles.

DOULEUR. — Elle est constante, et souvent le seul ou le premier phénomène qui attire l'attention des malades.

Elle est vive, aiguë, dilacérante, exacerbante; comparée aux douleurs névralgiques les plus violentes, avec lesquelles elle a été confondue, elle torture atrocement les malades; elle s'exaspère sous la pression la plus légère, ou par le moindre mouvement spontané ou communiqué. Souvent plus vive la nuit que le jour, elle entretient l'insomnie et l'agitation; elle augmente aussi, suivant la plupart des observateurs, sous l'influence du calorique. Il faut distinguer cette douleur, à forme névralgique, du sentiment de chaleur douloureuse dont il vient d'être question. Cette distinction étant faite, l'observation apprend que certains malades éprouvent du soulagement pour la première de l'application d'une douce chaleur.

Cette douleur occupe toutes les parties situées au-dessous du point obstrué, d'autant plus vive que l'on s'approche davantage de l'extrémité; très vive aussi dans les masses musculaires, et spécialement dans celles du mollet, dans les obstructions des artères inférieures. Elle existe également ou paraît exister dans les parties sphacélées comme dans celles où la vie est conservée, et elle y survit, pendant longtemps, à l'extinction des autres phénomènes vitaux. Nous l'avons retrouvée dans les parties éburnées par une gangrène sèche : le moindre contact de ces parties provoquait une exacerbation; cependant, il est des cas où la partie mortifiée devient insensible.

L'invasion de cette douleur est remarquable. Précédée ou non de symptômes prodromiques, elle paraît ordinairement tout à coup, ou subit tout à coup, si déjà elle existait, une vive aggravation. Il y a quelque chose de solennel dans ce mode d'invasion, et c'est ce qui appelle l'attention des malades sur les parties menacées d'une affection grave. Il est à peine indiqué dans les observations nombreuses que j'ai consultées; il n'a poit attiré l'attention des observateurs. Pour ma part, je l'ai presque toujours constaté quand j'ai assisté au début des accidents, ou quand j'ai pu réunir des renseignements suffisants. Dans les veines aussi l'oblitération

---

ne sont pas enflammés, et que si *aï* paraît trop vulgaire, on pourrait très bien dire *synovite tendineuse*, ou même se contenter du nom très clair et très caractéristique de *crépitation des gaînes tendineuses*, donné à cette affection par M. Velpeau.

(*La suite à un prochain numéro.*)

AR. VERNEUIL,
Agrégé de la Faculté de médecine.

La mort vient de frapper un des plus honorables membres du corps médical de Bordeaux. M. le docteur Burguet, médecin honoraire de l'hôpital Saint-André, secrétaire général de la Société de médecine, a succombé, en quelques minutes, le 26 novembre, à une attaque d'apoplexie foudroyante.

— M. le docteur Sainte-Colombe, de Toulouse, a succombé, le 17 novembre, à la suite d'une longue et douloureuse maladie : il était à peine âgé de cinquante ans.

— L'hôpital militaire de Vincennes, dont les travaux ont été commencés au printemps de l'année 1856, sera, dit-on, prochainement inauguré. Ce vaste établissement recouvre, avec ses dépendances, une superficie de près de 60,000 mètres, dont 4,350 mètres carrés de constructions. Il pourra recevoir environ 600 malades.

— Un nouveau concours pour deux places de médecins agrégés, pour les hôpitaux civils de Marseille, sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de cette ville, le lundi 22 février 1858.

Les médecins agrégés sont compris dans le premier degré du corps médical des hôpitaux. Ils sont appelés à succéder progressivement aux autres membres du même corps, suivant le rang de leur nomination, et conformément aux dispositions réglementaires de la délibération de la Commission administrative en date du 23 février 1856, approuvée par M. le préfet le 14 mars suivant.

spontanée est marquée par la subite apparition de la douleur.

Quelle est la cause de cette douleur?

La ligature d'une artère est presque toujours suivie d'un sentiment d'engourdissement et parfois d'une douleur vive, irradiant dans toutes les parties desservies par l'artère ligaturée. Ces phénomènes n'ont ici qu'une durée limitée, parce que l'interception de la circulation est toute locale, et que les anastomoses suppléent facilement l'artère ligaturée; tandis que, dans l'obstruction spontanée, la douleur persiste, parce que les anastomoses sont en grande partie comprises dans le champ de l'oblitération.

L'interception du cours du sang est donc la cause de cette douleur. La *syncope locale* se traduit ici par la sensation douloureuse, comme la syncope générale se manifeste par des malaises, de l'anxiété, des mouvements convulsifs, et il est probable que, dans ce cas, des douleurs très vives seraient accusées par les malades si les perceptions n'étaient plus ou moins interrompues.

Son mode d'invasion, ses exacerbations, ses recrudescences sont tout à fait en rapport avec la marche de l'oblitération, qui, progressive dans certains cas, finit cependant par se compléter, ou qui se produit subitement par déplacement de caillot, qui gagne plus ou moins brusquement d'autres vaisseaux, etc.

Après une durée variable, elle devient plus tolérable et s'apaise si la circulation supplémentaire suffit à la nutrition des parties; mais quand cette circulation est insuffisante elle persiste, entretenue par la cause qui l'a produite, et s'aggrave sous l'influence de la rétraction des tissus et de la constriction des nerfs qui en est la conséquence, de l'inflammation qui marche au-devant du sphacèle ou qui étreint dans une gaîne de tissu cellulaire condensé les vaisseaux et les nerfs.

La persistance de la douleur dans les parties sphacélées trouve jusqu'à un certain point son application dans la résistance du tissu nerveux à la destruction qui frappe les autres tissus. En admettant que, malgré leur apparence anatomique, les nerfs soient également sphacélés, la persistance de la douleur, sa dissémination dans les radicules nerveuses trouverait son explication dans l'*erreur de lieu* commise par le cerveau chez les amputés qui éprouvent des sensations dans le membre retranché, et dans l'inflammation qui marche dans les nerfs, comme dans les autres tissus, au-devant de la mortification, ou qui tend à la limiter.

Anesthésie; lenteur des perceptions. — Malgré l'acuité de la douleur dont il vient d'être parlé, la peau du membre ainsi torturé peut être insensible aux excitants extérieurs, au pincement, à la piqûre, etc., tandis que la pression exaspère la douleur profonde. Il n'est pas nécessaire que la peau soit mortifiée, car cette insensibilité se montre dans des cas où elle paraît encore jouir d'un certain degré de vitalité.

L'anesthésie peut n'être pas complète. Je rappellerai la lenteur des perceptions que j'ai observée en pareil cas. Il se passe un temps appréciable, une ou deux secondes, entre l'impression faite à la peau et la perception cérébrale.

Paralysie musculaire. — Du moment où une artère principale est oblitérée, en même temps que la douleur, il survient *instantanément* une paralysie musculaire plus ou moins complète. Elle est due, comme la douleur, à la *syncope* locale, par défaut de sang artériel. Elle peut durer longtemps sans qu'il survienne de sphacèle; elle diminue progressivement quand la circulation se rétablit; elle peut se borner à un sentiment d'engourdissement et de faiblesse dans les mouvements. Quand la douleur est aiguë et s'aggrave au moindre mouvement, il y a en outre une sorte de *paralysie instinctive* dont il faut tenir compte dans l'appréciation de la paralysie réelle.

La paralysie *syncopale*, comme la paralysie par apoplexie ou ramollissement du cerveau, se montre instantanément; mais elle est localisée, et c'est là un de ses caractères distinctifs. Ces deux genres de paralysies peuvent être réunies sur un même individu.

L'*état syncopal* n'est pas toujours la seule cause de la paralysie; il s'y joint souvent un état asphyxique par rétention du sang dans les capillaires et les troncs veineux, double circonstance qui favorise la manifestation du sphacèle.

Des troubles nutritifs. — L'affaissement des tissus est la conséquence immédiate de l'interception du sang artériel. Cet affaissement peut disparaître plus ou moins complétement quand la circulation se rétablit; mais, quand la vie se maintient dans un membre dont l'artère est oblitérée, il finit par subir une atrophie notable. Il est à peine utile de faire observer que l'atrophie peut être masquée par un état œdémateux, consécutif à l'oblitération des veines.

L'*atrophie*, considérée comme phénomène, c'est la syncope prolongée, c'est l'extinction de la vie, c'est la *gangrène*, dont nous allons maintenant nous occuper.

(*La suite prochainement.*)

III.

REVUE CLINIQUE.

De l'usage du veratrum viride dans la fièvre puerpérale, observation recueillie dans le service de M. Barker à l'hôpital de Bellevue, par M. Reuben Cobb.

On nous a exprimé de divers côtés le désir d'avoir des détails plus circonstanciés que ceux qui ont été donnés dans notre dernier numéro sur le mode d'administration, les effets et les indications de l'*ellébore vert* dans la fièvre puerpérale. Nous allons reproduire sommairement les détails fournis par M. Barker et les terminer par l'analyse d'une observation clinique intéressante prise avec beaucoup de soin. « Nous sommes redevables, dit M. Barker, au docteur Tully, de New-Haven, de nous avoir fait connaître le premier les propriétés médicales du *veratrum viride*. Déjà, dans le Connecticut, elles étaient familières aux praticiens par un long usage avant que le nom du docteur Norwood fût associé à ce médicament. C'est purement et simplement un sédatif du cœur. » M. Barker l'emploie à ce titre depuis plus de douze ans, et en fait usage depuis plusieurs années dans la fièvre puerpérale; il n'en a retiré dans aucune maladie des avantages plus frappants. Il n'a jamais vu de résultats malheureux de son usage, et conseille néanmoins une surveillance suivie quand on veut atteindre la plénitude de ses effets. L'ellébore vert qui croît dans le nord est moins actif que celui qui croît dans le sud. Habitué d'abord à faire usage d'une teinture saturée provenant de Norwich (Conn.), il la prescrivait à la dose de 12 à 20 gouttes. La première fois qu'il employa la teinture actuellement dans les pharmacies, il détermina une prostration alarmante et apprit qu'il fallait sensiblement diminuer la dose. Le professeur Dickson, de Charleston,

S. C., l'a informé que 7 gouttes de teinture sont une dose élevée dans le sud. L'accélération de la circulation et l'irritation nerveuse, qui amènent si promptement dans la fièvre puerpérale la dépression des forces vitales et la mort, sont sans contredit la source d'indications importantes, le pouls indiquant souvent beaucoup mieux l'état de la malade que les symptômes locaux. Un agent qui peut réduire l'action vasculaire sans déprimer les forces, comme le font la saignée et même l'opium, peut devenir une grande ressource. Outre le fait clinique analysé ci-après, M. Barker en relate brièvement trois autres qui n'ont pas la même importance, parce qu'ils ne se rapportent pas précisément à la fièvre puerpérale, ou parce que d'autres moyens actifs ont été employés. Le premier a trait à une femme qui fut prise, le dixième jour des couches, d'une grande surexcitation nerveuse qui présenta bientôt tous les caractères d'un véritable accès de manie pendant plus de vingt-quatre heures. La respiration était courte et accélérée, le pouls très rapide. La teinture d'ellébore vert fut donnée, le pouls tomba au-dessous de 70, la respiration devint plus lente, l'esprit tranquille, et le sommeil revint. Quelques jours plus tard, on constata dans le bassin un abcès qui s'ouvrit au dehors, et la guérison fut obtenue après une convalescence prolongée.

Une autre femme, accouchée au forceps, fut prise le troisième jour d'un léger frisson suivi d'une douleur très violente dans la partie inférieure de l'abdomen, et d'une grande accélération du pouls : fomentations de térébenthine sur le bas-ventre et sels de morphine à dose élevée tant que dura la douleur. Le pouls continuant à être très rapide, la teinture de *veratrum viride* fut donnée à la dose de 12 gouttes toutes les heures. Vers la fin du deuxième jour de la maladie, la malade fut prise subitement d'une violente attaque de congestion cérébrale qui exigea une saignée du bras : les urines, exemptes d'albumine, contenaient de l'urée. Après la saignée, tous les symptômes cérébraux disparurent ; mais le pouls restait fréquent ; encore un peu de douleur dans le vagin et le bassin. Deux jours après la saignée, bien que les symptômes locaux eussent en grande partie disparu, le pouls tendait à reprendre une très grande fréquence ; mais la teinture d'ellébore vert, administrée pendant treize jours consécutifs, le maintint dans les limites de l'état normal.

Dans un troisième cas de fièvre puerpérale qui s'est présenté il y a plusieurs années à l'hôpital de Bellevue, l'usage de l'opium avait été poussé au point qu'il fallut employer le galvanisme pour exciter la respiration, qui n'était plus qu'à 10 ou 11 par minute quand le pouls était à 140. En présence d'une respiration si lente et de la fréquence du pouls, M. Barker eut l'idée d'administrer la teinture de *veratrum viride*, et en peu d'heures le pouls tomba à 80. La malade se rétablit.

Dans le cas suivant, qui se rapporte à une fièvre puerpérale bien réelle, survenue dans un hôpital, à une époque d'épidémie et avec des symptômes graves, la teinture d'ellébore vert a été le seul traitement employé.

Obs. — Une femme âgée de vingt-trois ans, primipare, délivrée à terme d'un enfant bien portant après un travail qui n'offrit rien de particulier, si ce n'est que la seconde période fut un peu prolongée ; délivrance naturelle et absence d'hémorrhagie.

Le troisième jour elle fut prise d'un frisson intense suivi d'une grande accélération du pouls, d'une douleur épigastrique très intense s'étendant au-dessus de l'ombilic, augmentée par les mouvements de la respiration et la pression. Tympanite considérable, lochies abondantes et d'un mauvais caractère ; pouls, 140 ; respiration, 24 ; pas de sécrétion mammaire. M. Barker fit mettre la malade à l'usage de la teinture d'ellébore vert, avec la recommandation de noter son état d'heure en heure.

Le premier jour, de deux heures à minuit, le pouls est descendu graduellement de 140 à 58, la respiration de 24 à 13 ; pendant les six premières heures, la dose avait été de dix gouttes d'heure en heure, et réduite à quatre, sept, deux pour les heures suivantes. Vomissements de liquides colorés en vert, deux selles.

Pendant le second jour, le pouls a oscillé de 80 à 52 ; la respiration de 28 à 18 ; elle a été un moment très fréquente et très irrégulière. Les vomissements de liquides verts et le hoquet se sont répétés plusieurs fois ; une selle ; sensibilité du ventre toujours marquée ; tympanite un peu diminuée ; lochies noirâtres, sanguines et d'un mauvais caractère ; céphalalgie intense, quelques heures de sommeil vers la fin de la journée.

Le troisième jour, le pouls a oscillé entre 80 et 64, la respiration de 32 à 20. Les plus hautes doses ont été de huit gouttes, plusieurs n'ont été que de deux, trois, quatre, cinq ; comme les jours précédents, on a de temps en temps laissé passer une heure sans répéter la dose. La malade se plaint d'une douleur dans la cuisse gauche, qui présente un léger gonflement le long de la face interne, sur le trajet des veines et des lymphatiques ; la sensibilité était si vive, qu'elle ne pouvait supporter la plus légère pression. La sensibilité de l'abdomen persiste, tympanite légère ; lochies toujours de même, pas de sécrétion mammaire, quelques hoquets, un vomissement vert, trois selles.

Quatrième jour, pouls de 80 à 60 ; respiration de 32 à 20 : les doses de teinture sont à peu près comme le jour précédent. La sensibilité du ventre, la tympanite, persistent, mais à un degré moins marqué ; la sensibilité et le gonflement de la cuisse gauche persistent, encore du hoquet, un vomissement vert, trois selles, les lochies ont perdu leur mauvais caractère, pas de sécrétion mammaire.

Le cinquième jour, continuation des mêmes doses ; pouls de 80 à 58, respiration de 32 à 24 ; sensibilité de l'abdomen moins intense, tympanite légère, lochies naturelles, sensibilité et gonflement de la face interne de la cuisse diminués, toujours absence de sécrétion mammaire, trois selles, sommeil.

Le sixième jour, même traitement, même état du pouls et de la respiration. La malade se sent beaucoup mieux ; la sensibilité de l'abdomen, qui a été si vive, est à peine appréciable ; le gonflement et la sensibilité de la cuisse tendent aussi à disparaître ; lochies naturelles, pas de sécrétion mammaire.

Les deux jours suivants le traitement est continué ; le pouls reste au-dessous de 80. Plus de tympanite, plus de sensibilité à la pression, légère sécrétion mammaire ; la malade se trouve bien. appétit, selles régulières. Le mieux continuant à faire des progrès, la malade ne tarda pas à être complétement rétablie.

On voit que le pouls a rétrogradé de 140 à 60 par minute, et qu'on a pu, pendant tout le cours de la maladie, le maintenir constamment au-dessous de 80. L'énergie de la puissance sédative du médicament sur la circulation semble parfaitement établie en face de la persistance, de la lenteur de la circulation, malgré la continuation pendant plusieurs jours, au même degré, de l'inflammation du péritoine et de la face interne de la cuisse gauche, qui était plus que suffisante pour maintenir le pouls au-dessus de 100 pulsations par minute. Faut-il en conclure que le médicament, par son influence sur la circulation ou autrement, a été l'agent réel et unique de la résolution de l'inflammation, et de la terminaison heureuse de la maladie. Le cas était grave sans doute, mais de ceux pourtant qu'on doit considérer comme curables ; et bien que pas un seul des partisans les plus décidés de l'expectation n'aurait osé l'abandonner aux seules ressources de la nature, il n'en faut pas moins rester sur la

réserve, et ne prendre ce fait que comme un encouragement à poursuivre une épreuve clinique d'un si puissant intérêt (1). (*Monthly Medical Journal*, nov. 1857.) J. J.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

PHYSIOLOGIE. — *Recherches expérimentales sur les propriétés physiologiques du sang chargé d'oxygène et du sang chargé d'acide carbonique* (cinquième mémoire), par M. *E. Brown-Séquard.* — Dans ce nouveau mémoire, M. Brown-Séquard démontre d'après de nombreuses expériences que : 1° Tout sang de vertébré, artériel ou veineux, provenant d'un animal de l'une quelconque des quatre classes, et chargé d'oxygène en suffisante quantité pour être d'un rouge rutilant, peut être injecté sans danger dans les veines d'un animal vertébré de l'une quelconque des quatre classes, pourvu que la quantité de sang ne soit pas trop considérable; 2° tout sang de vertébré artériel ou veineux, suffisamment chargé d'acide carbonique pour être noirâtre, ne peut être injecté dans les veines d'un animal vertébré à sang chaud (mammifère ou oiseau), sans produire les phénomènes d'asphyxie et le plus souvent la mort, après des convulsions violentes, pourvu que la quantité de sang injecté ne soit pas au-dessous d'un cinq-centième du poids de l'animal, et pourvu aussi que l'injection ne soit pas faite trop lentement. D'où il conclut que :

1° Le sang d'un animal vertébré d'une espèce n'est pas un poison pour des vertébrés même d'espèces très éloignées; 2° l'action toxique du sang d'un animal injecté dans les vaisseaux d'un individu d'une autre espèce dépend principalement, quand elle existe, de la présence de l'acide carbonique en quantité suffisamment considérable. (*Comm.:* MM. Flourens, Milne Edwards, Cl. Bernard.)

PATHOLOGIE. — *Du traitement des fièvres intermittentes par les douches d'eau froide.* (Extrait du mémoire de M. *Fleury.*) — Depuis le mois de mai 1817 jusqu'au mois d'octobre de cette année, j'ai traité par les douches d'eau froide cent quatorze malades atteints de fièvres intermittentes. Ces fièvres avaient été contractées à Paris, à Meudon, à Tours, en Sologne, à Bordeaux, dans le Loiret, la Corrèze, la Charente-Inférieure, et dans plusieurs autres parties de la France, un grand nombre en Algérie, quelques-unes en Italie et en Espagne.

Sur ces cent quatorze fièvres, quarante-trois étaient récentes et avaient de trois jours à trois mois d'existence, soixante et onze anciennes et rebelles. Toutes les fièvres anciennes étaient accompagnées, à divers degrés, d'un engorgement de la rate ou du foie, ou de ces deux organes, d'anémie, d'asthénie générale, d'un état cachectique plus ou moins grave; quelques-unes étaient compliquées de dysentérie, d'hématurie, de scorbut, d'albuminurie, d'hallucinations, etc.

Les cent quatorze malades atteints de fièvre récente ou ancienne et rebelle ont été guéris par l'emploi exclusif des douches froides, sans qu'une seule récidive soit parvenue à ma connaissance. Une seule douche froide a souvent suffi, jamais plus de cinq douches n'ont été nécessaires. Lorsque plusieurs douches ont dû être administrées, chaque douche a eu pour résultat de rendre l'accès suivant plus tardif, plus court et moins violent.

Cette action perturbatrice et antipériodique n'est exercée que si les douches froides sont administrées à un moment très rapproché de l'invasion des accès fébriles ou même au début de ceux-ci. Le traitement est rigoureusement formulé.

Cette action perturbatrice, sur laquelle l'âge et le type de la fièvre n'exercent aucune influence appréciable, peut être opposée avec succès à tous les accidents périodiques de quelque nature qu'ils soient. Elle est le traitement de la périodicité morbide.

Les accès fébriles périodiques étant coupés, des accès irréguliers se sont montrés, dans le plus grand nombre des cas, tant que les viscères engorgés n'ont pas été ramenés à leur volume normal. Sous l'influence bi-quotidienne des douches locales, hépatiques et spléniques, le foie et la rate n'ont pas tardé à rentrer dans leurs limites physiologiques, et les phénomènes de résolution ont suivi une marche constante. Cette action résolutive des douches froides peut être appliquée avec succès à toutes les congestions sanguines chroniques, passives.

Enfin, sous l'influence biquotidienne de douches froides générales, l'anémie, l'asthénie générale, la cachexie, les complications ont fini par disparaître, et dès lors la guérison a été complète. Cette action reconstitutive des douches froides générales peut être opposée avec succès aux tempéraments lymphatiques, à la scrofule, à la chlorose, à toutes les variétés de l'anémie, de l'asthénie générale et de la cachexie. (*Comm.:* MM. Serres, Andral et Rayer.)

Des fumigations comme traitement de la bronchite chronique, par M. *L. Mandl.* — Les variétés de bronchite pour lesquelles l'auteur recommande ce traitement sont : le catarrhe sec de Laënnec, la bronchite chronique à râle sous-crépitant unilatéral et la bronchite pleurétique. « Ces trois variétés, dit-il, forment pour moi un groupe, que je désignerai sous le nom de bronchite sèche, caractérisé par la parcimonie et le peu d'étendue des symptômes fournis par l'auscultation et la percussion.

« Le traitement consiste uniquement dans l'emploi de fumigations chaudes, faites à l'aide d'un appareil qui se compose d'un ballon de verre à double tubulure, pourvu d'un tube de caoutchouc et placé sur un pied de cuivre. On verse dans le ballon 60 grammes d'eau et 5 grammes de la composition suivante : acide acétique du verdet 50 grammes, créosote 5 grammes, eau 500 grammes. Puis on chauffe le liquide dont le malade aspire les vapeurs. Progressivement on augmente la force du liquide employé : la susceptibilité du larynx et des bronches, la durée de la maladie, etc., guideront le médecin.

» Le catarrhe muqueux chronique est loin de céder aussi sûrement que la bronchite sèche aux fumigations acides. J'emploie dans ces cas concurremment des vomitifs, répétés toutes les fois que les indique l'abondance des râles. Quant au catarrhe pituiteux proprement dit, si fréquemment combiné avec une affection du cœur et qui, dans tous les cas, surtout lorsqu'il date déjà de plusieurs années, dénote une altération profonde des muqueuses bronchiques, les fumigations acides, si elle sont supportées, peuvent améliorer, mais non guérir, l'état des bronches. » (*Comm.* : MM. Serres, Andral.)

Essai d'un tableau de classification nosologique avec une note explicative, par M. *Beaufils*. — « Le but principal de ce travail, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, est de démontrer que toutes les affections, sauf les névralgies, ont leur siége dans les capillaires; que c'est par un défaut d'innervation de ces capillaires que les liquides s'altèrent, que les divers systèmes de vitalisme, de solidisme et d'humorisme ne peuvent se séparer, ne forment qu'un tout, qu'un seul système unique. » (*Comm.* : MM. Duméril, Andral, J. Cloquet.)

Infusoires intestinaux chez l'homme, par le docteur *P.-H. Halmsteim*, de Stockholm. (Extrait présenté par M. *Rayer*.) — « Un matelot avait conservé à la suite du choléra un trouble dans les fonctions digestives et éprouvé divers accidents propres aux inflammations intestinales. En examinant au microscope du pus recueilli sur une petite ulcération du rectum et du mucus sécrété par cette portion de l'intestin, l'auteur reconnut dans ces humeurs, entre des cellules de pus et des globules de sang, un grand nombre d'infusoires qu'il décrit et figure sous le nom de *paramecium*

(1) Voyez sur les effets de la vératrine un travail de M. Aran (*Gaz. heb.*, t. Ier, p. 160), et un mémoire de MM. Faivre et Le Blanc (*id.*, p. 1137).

coli. Il a depuis observé les mêmes infusoires chez une femme atteinte d'une inflammation chronique du gros intestin. La malade ayant succombé, l'auteur a constaté que les infusoires étaient en plus grand nombre sur les points où la membrane muqueuse était peu altérée, que sur les ulcérations intestinales et dans le pus qu'elles avaient fourni.

Ces infusoires, hors de l'intestin, meurent très vite; les matières qui les contiennent doivent être examinées immédiatement ou peu de temps après avoir été recueillies.

M. *Boinet* adresse une réclamation de priorité à l'occasion d'une communication récente de M. Sédillot sur le *Traitement des épanchements intra-thoraciques purulents.* (Renvoyé à la commission des prix de médecine et chirurgie.)

M. *Legrand* adresse un *Mémoire sur les inconvénients et les dangers de la méthode de la cautérisation linéaire et destructive.* (Commission des prix de médecine et chirurgie.)

ZOOLOGIE MÉDICALE. — M. *Cadet* adresse un *Mémoire sur la nature des acéphalocystes stériles, des corpuscules tuberculeux, des globules du pus, etc.* (*Comm.* : MM. Duméril, Geoffroy Saint-Hilaire, Milne Edwards).

TÉRATOLOGIE. — M. *Puech* adresse un *Mémoire sur quelques faits d'ectromélie uni-thoracique.* (Renvoyé, comme les précédentes communications du même auteur sur des questions de tératologie, à la commission des prix de médecine.)

M. *Viel,* qui avait précédemment soumis au jugement de l'Académie une nouvelle lancette de son invention, adresse aujourd'hui un instrument exécuté conformément à la description donnée dans sa première note. (Renvoyé à l'examen de M. Jobert, de Lamballe, qui avait été chargé de prendre connaissance de la communication de M. Viel.)

M. *Pinel* adresse une analyse de plusieurs travaux relatifs à l'aliénation mentale qu'il avait précédemment présentés au concours pour les prix de médecine et chirurgie. (Renvoyé à la commission de médecine et chirurgie.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1857.—PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. *le Président* annonce que la séance publique annuelle aura lieu le mardi 15 décembre.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Un rapport de M. le médecin en chef de l'hôpital militaire thermal de Bourbonne (Haute-Marne), concernant les maladies au traitement desquelles les eaux minérales de cette localité ont été appliquées pendant l'année 1856. (*Commission des eaux minérales.*) — *b.* Un rapport de M. le docteur *Guéneau*, médecin des épidémies de l'arrondissement de Semur, sur une épidémie de fièvre muqueuse qui a régné dans la commune de Thénissey. — *c.* Un rapport de M. le docteur *Cassan*, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Albi, sur une épidémie de petite vérole qui a régné à Albi dans l'année 1857. (*Commission des épidémies.*)

2° La correspondance non officielle comprend : *a.* Un mémoire de M. le docteur *Michel*, professeur de médecine opératoire à Strasbourg, sur le traitement des névralgies par la section des nerfs. (*Comm.*: MM. Laugier, Huguier et Larrey.) — *b.* Une note de M. le docteur *Abeille*, sur un nouvel appareil destiné à maintenir, au moyen de griffes, dans un rapport exact, les surfaces des fragments osseux dans les fractures de la rotule, de manière que la réunion ait lieu par un cal linéaire. (*Comm.*: M. Malgaigne.) — *c.* Un mémoire de M. *Ch. Tellier*, sur un appareil nouveau destiné à indiquer la quantité d'oxygène contenu dans l'air ambiant. (*Comm* : MM. Bussy, Guérard et Soubeiran.) — *d.* Une note de M. le docteur *Séailles*, sur une modification qu'il propose de faire subir aux pessaires. (*Comm.*: M. Cazeaux.)

Après la lecture de la correspondance, l'Académie se forme en comité secret pendant quelques instants.

Lectures.

M. le docteur *Dupré* lit un *Mémoire sur un nouveau système de contention des hernies.*

Après avoir fait l'examen critique des deux principes sur lesquels a reposé jusqu'ici la construction des variétés nombreuses de bandages herniaires, M. Dupré indique dans les termes suivants le mécanisme de son nouveau moyen de contention.

« Ayez, dit-il, un bâton transversalement appliqué en avant du bassin sur une ou deux pelotes à contention herniaire; tirez les deux bouts de ce bâton en arrière de chaque côté des hanches; n'est-il pas évident que vous avez là un nouveau système de bandage, ayant sa modalité spéciale et dont l'action ne peut être comparée ni à la striction circulaire des ceintures, ni à la pression des ressorts dans le sens antéro-postérieur. »

L'auteur fait passer sous les yeux de l'Académie des bandages, construits d'après ce principe, pour les hernies inguinales; ce système est également applicable aux hernies crurales, ombilicales, et on peut même le faire servir à constituer la ceinture hypogastrique. (*Comm.*: MM. Jobert, Cloquet et Malgaigne, *rapporteur.*)

M. le docteur *Bourdon*, médecin de l'hôpital de La Riboisière, lit une observation ayant pour titre : *Morve farcineuse chronique terminée par la guérison*, avec des considérations sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette maladie.

De ce travail, M. Bourdon tire les conclusions suivantes:

1° Il ne faut pas désespérer de la guérison dans tous les cas de morve chronique, même quand elle est farcineuse.

2° Les moyens qui semblent les plus favorables à la guérison sont les préparations d'iode et en particulier l'iodure de soufre et les bains sulfureux unis aux toniques et à une ventilation très active.

3° Les ouvertures des abcès pratiquées de bonne heure paraissent prévenir leur dégénérescence ultérieure et hâter leur guérison.

Le mémoire de M. Bourdon est renvoyé à une commission composée de MM. Rayer, Hervez de Chégoin, et H. Bouley.

M. *Delafond* lit, en son nom et au nom de M. Bourguignon, la deuxième partie d'un travail sur l'acarus. Ce second mémoire a pour objet des généralités sur l'anatomie et la physiologie des animalcules de la gale de l'homme et des animaux.

A cinq heures moins un quart l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport du trésorier sur sa gestion pendant l'année.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. DENONVILLIERS.

(Suite.)

M. *Leroy* (*d'Étiolles*) *père* a la parole pour une communication relative au traitement des retrécissements de l'urèthre. Il commence par poser en fait que des rétrécissements même très anciens peuvent être guéris radicalement par la dilatation temporaire, sans qu'il soit besoin de maintenir le calibre du canal par des introductions hebdomadaires ni mensuelles des bougies. L'exactitude de ce fait, que beaucoup de chirurgiens révoquent en doute aujourd'hui, résulte, pour M. Leroy (d'Étiolles), de guérisons stables et complètes pendant vingt à vingt-cinq ans. Ces rétrécissements curables par la simple dilatation étaient-ils produits par le seul engorgement des parois de l'urèthre, sans transformation fibreuse des tissus? M. Leroy le pense, mais il ne veut pas examiner la question d'anatomie pathologique, et il se borne à présenter le fait de la curabilité par la dilatation, dont il tire cette conséquence qu'il est rationnel de ne pas employer, de prime abord, des méthodes plus énergiques et d'un effet plus rapide, mais qui font courir un peu plus de risques aux malades. Ces méthodes sont la cautérisation, la déchirure, l'incision et l'excision.

La *cautérisation*, qui pendant plusieurs siècles a été en grand honneur, est presque complétement délaissée aujourd'hui, parce que l'on a vu presque tous les rétrécissements traités par elle se reproduire plus forts qu'auparavant et plus rétractiles. On ne l'emploie plus que comme modificatrice de l'état d'inflammation chronique et de relâchement des parties profondes de l'urèthre, pour supprimer les vieux écoulements et les pertes séminales, mais fréquemment sans succès. M. Leroy (d'Étiolles) applique encore la cautérisation au traitement des rétrécissements que l'on ne peut franchir avec les bougies d'aucune espèce ni d'aucune forme : il pratique alors la cautérisation directe, attaquant l'obstacle d'avant en arrière par une surface presque égale à celle de sa circonférence; les caustiques dont il se sert sont le nitrate d'argent, la potasse caustique et le caustique de Vienne solidifié. Ce dernier supplée à l'insuffisance des deux autres, et surtout du premier, qui produit une eschare molle et peu profonde. Cette cautérisation directe n'est applicable que quand l'urine filtre encore à travers les rétrécissements, car s'il y avait rétention complète il faudrait recourir à d'autres moyens d'un effet plus immédiat, tels que la ponction ou transpercement du rétrécissement avec une sonde à dard, préférable à la sonde conique, à l'incision externe du rétrécissement, ou à l'une des ponctions de la vessie.

Les rétrécissements et angusties qui, donnant encore passage à l'urine, ne peuvent cependant être franchis, sont devenus rares aujourd'hui, grâce aux bougies filiformes, crochues ou tortillées, qui rencontrent les orifices souvent excentriques des rétrécissements, et s'insinuent dans les sinuosités des angusties, modification bien simple, mais utile, apportée à la forme des bougies, quelle que soit, d'ailleurs, la substance qui les compose. M. Leroy (d'Étiolles) s'abstient de rappeler le nom de son auteur, s'en fiant à la mémoire de ses auditeurs.

La *déchirure*, que beaucoup de chirurgiens pratiquent sans s'en douter, lorsque, sondant avec un cathéter volumineux, ils rompent des brides et des valvules, a été érigée en méthode par M. Leroy (d'Étiolles) dans un mémoire lu à l'Académie des sciences le 21 mars 1836; il se servait pour la produire d'un petit brise-pierre d'enfant, dont il écartait les branches engagées dans le rétrécissement. MM. Perrève, Moulin, Rigaud ont depuis employé la déchirure sous le nom de *dilatation brusque*, dénomination inexacte, puisque dans l'application des instruments qu'ils ont imaginés il y a toujours eu du sang répandu.

La déchirure, qu'il faut bien appeler par son nom, produit des résultats que l'on n'obtient pas par la dilatation, et, dans certains cas, le chirurgien peut y avoir recours.

L'incision est la méthode la plus usitée aujourd'hui pour guérir les sténosies ou rétrécissements qui résistent à la dilatation. Elle se pratique de dehors en dedans, en commençant par la peau : c'est la méthode de Solingen, décrite par Stalpart Van der Wiel dans un ouvrage écrit en latin, dont Planque a publié, en 1758, une traduction intitulée : *Observations rares de médecine, d'anatomie et de chirurgie*. Cette incision externe est désignée généralement aujourd'hui par la dénomination de *méthode de Syme*, chirurgien très habile, mais qui n'a mérité de lui donner son nom que par l'abus qu'il en fait. Cette méthode, dit M. Leroy (d'Étiolles), est préférable lorsqu'il y a rétention d'urine complète ou presque complète, parce qu'elle remédie aux dangers de cette rétention, en même temps qu'elle efface le sténosis, au moins pour quelque temps; mais comme elle laisse parfois après elle des fistules urinaires, l'incision intra-uréthrale est préférable lorsque le rétrécissement peut être franchi par une bougie, qui prépare les voies en produisant un commencement de dilatation, ou qui sert de conducteur aux instruments uréthrotomes, mieux nommés sténositomes. L'idée d'introduire des tiges minces et flexibles à travers les obstacles de l'urèthre, qui servent ensuite de conducteurs à des sondes, a pris de l'importance, depuis quelques années, par les nombreuses applications qu'elle a reçues. M. Leroy (d'Étiolles) l'attribue à Nauche, qui l'a consignée page 178 d'un *Traité des maladies de la vessie et du conduit urinaire*, dont la seconde édition a paru en 1819.

Tanchou appliqua ces conducteurs aux porte-caustiques, et Stafford aux sténositomes intra-uréthraux. Ces conducteurs, de même que celui de M. Bonnet (de Lyon), étaient métalliques. La substitution d'une bougie de gomme est revendiquée par plusieurs chirurgiens, par M. Reybard et par M. Leroy (d'Étiolles) lui-même; elle est de trop peu d'importance pour faire l'objet d'une discussion. M. Maisonneuve a donné à cette bougie de gomme une disposition nouvelle en la fixant par un petit pas de vis sur l'extrémité d'un très petit cathéter cannelé, qui pénètre jusqu'au col de la vessie, refoulant dans cette cavité la petite bougie, qui s'y reploie sur elle-même; une lame semi-lenticulaire, guidée par la rainure et glissant à nu dans le canal, divise l'anneau fibreux, et prépare la voie à l'introduction d'un uréthrotome, qui n'est autre que le lithotome caché du frère Côme. La lame du petit uréthrotome préparatoire, introduite à nu depuis l'orifice externe jusqu'à l'obstacle, produit des lésions dans la partie saine du canal; l'uréthrotome, imité du lithotome, a comme grave inconvénient de ne couper que par un mouvement de totalité de l'instrument, et d'inciser non-seulement l'obstacle, mais encore l'urèthre dans une très grande longueur. M. Leroy (d'Étiolles) trouve qu'il y a de bonnes et de mauvaises choses dans ce procédé et ces instruments, et c'est pour séparer l'ivraie du bon grain qu'il a imaginé le sténositome qu'il présente à la Société.

Il adopte la bougie conductrice en gomme, qui, introduite d'abord et séparément, se fixe à l'extrémité d'un petit cathéter courbe, à l'extrémité duquel est adapté un fil d'argent, qui, tendu par une petite vis comme la corde d'un arc, augmente la profondeur de l'incision en dilatant l'urèthre. Le canal est protégé, dans sa partie saine, contre le tranchant de la lame par une petite valve lenticulaire comme elle, qui lui est accolée.

Il est généralement admis, dit M. Leroy, que les rétrécissements rebelles à la dilatation sont formés de tissu fibreux; il semble donc rationnel de les traiter comme des cicatrices vicieuses de la surface du corps; or, pour celles-ci, le meilleur mode de traitement, c'est l'ablation ou l'excision. M. Leroy (d'Étiolles), entré dans cette voie après Arnott et Philips (de Londres), a fait progresser cette méthode, ainsi que l'a reconnu la troisième commission de l'Académie de médecine pour le prix d'Argenteuil; depuis ce rapport adopté, il n'a cessé de poursuivre le perfectionnement des instruments exciseurs; il en met plusieurs sous les yeux de la Société, les uns tranchants, les autres mousses, et produisant l'écrasement linéaire. L'un d'eux ressemble à un petit brise-pierre uréthral à double fenêtre dont les bords sont tranchants : c'est un véritable emporte-pièce qui successivement enlève tout l'anneau fibreux. Un autre est disposé en spirale : sa description a été donnée dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1857, n° 46, p. 811. (*Congrès de Bonn.*)

L'instrument le plus récent, sur lequel M. Leroy (d'Étiolles) compte le plus, est à triple effet; il est, à la volonté du chirurgien, dilatateur, inciseur ou exciseur; il est difficile d'en donner une description sans une figure, pourtant nous l'essayons : Cet instrument est formé de deux tubes découpés à leurs extrémités, et terminés par des bandes coudées dont un des bords est tranchant; les deux tubes sont placés l'un dans l'autre; les deux bandes, appliquées et réunies, ont peu de volume, et s'insinuent dans l'obstacle; ces deux bandes ou lames coudées s'écartent par la rotation des tubes; elles forment un losange qui, dans le maximum d'écartement, a 10 millimètres de diamètre; un mouvement longitudinal en sens inverse des deux tubes, combiné avec le mouvement circulaire, enlève tout l'anneau fibreux.

L'introduction de grosses bougies laissées à demeure, dix minutes, pendant quelques jours, doit ensuite calibrer l'urèthre. Cette précaution, négligée par les prétendus guérisseurs immédiats, expose à un prompt retour.

Discussion.

M. *Hervez de Chégoin :* Les dangers de l'incision m'effrayent, et je préfère m'en tenir à la dilatation.

M. *Leroy (d'Étiolles) père :* M. Hervez n'a-t-il pas rencontré beaucoup de rétrécissements qui résistent à la dilatation, et d'autres

qui, après avoir été dilatés, se reproduisent après quelques jours? C'est à ceux-là que les méthodes décrites sont applicables.

M. *Hervez de Chégoin* : Jusqu'à quelle profondeur peut-on inciser impunément l'urèthre de dedans en dehors?

M. *Leroy* (*d'Étiolles*) : Cela est variable.

La séance est levée à cinq heures.

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1857.—PRÉSIDENCE DE M. DENONVILLIERS.

M. *Guibout* lit une observation sur un cas d'hystérie qui sera imprimé dans un prochain numéro, avec la discussion qui en a été la suite.

On procède aux élections pour le renouvellement des membres du bureau.

M. *Boinet* est élu vice-président.

Dans une courte allocution, vivement sentie, M. Boinet remercie la Société de l'honneur qu'elle vient de lui faire.

M. *Boys de Loury* est réélu secrétaire général.

M. *Gros* est nommé secrétaire particulier.

M. *Denonvilliers*, président sortant, est nommé membre du conseil d'administration.

La séance est levée à cinq heures.

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie, t. II et III de la 2e série. 2 vol gr. in-8, 1856 et 1857. Paris, chez J.-B. Baillière et fils.

Mémoires de la Société médicale d'observation de Paris, t. III, 1856. — **Recueil des travaux de la Société médicale d'observation de Paris,** fascicules 1er et 2e, 1857. Paris, chez J.-B. Baillière et fils.

Bulletins de la Société de chirurgie de Paris pendant l'année 1856-1857. Paris, chez Victor Masson.

(Suite.)

Sous ce titre : *Palpitations artérielles et cardiaques, avec exophthalmie double et tuméfaction de la glande thyroïde*, M. Charcot rapporte un nouvel exemple de cette affection encore mal déterminée que le docteur Basedow a désignée sous le nom de *cachexie exophthalmique*, et qui consiste dans la coexistence habituelle des trois symptômes suivants : exophthalmie double, tuméfaction de la glande thyroïde et battements du cœur et des artères.

L'observation de M. Charcot est trop étendue pour que nous puissions la reproduire *in extenso*, d'autant plus que l'auteur en a fait entrer les éléments essentiels dans un essai d'histoire de la maladie. Nous nous bornerons à en donner un simple résumé :

Obs. — La femme G., âgée de vingt-quatre ans, fleuriste, d'un tempérament nerveux, entre à l'hôpital vers le mois de février 1855. Bien réglée depuis l'âge de treize ans, elle est sujette depuis plusieurs années à des douleurs frontales et à des épistaxis précédant et accompagnant le flux menstruel. Bien portante habituellement, quoique très irritable, elle est devenue grosse, pour la première fois, il y a un an et demi, et accoucha, au terme naturel, d'un enfant bien constitué (qui a succombé depuis à une méningite tuberculeuse).

Quelques mois après l'accouchement, on s'aperçut de la saillie considérable des yeux de la malade ; à la même époque se manifesta un gonflement de la région antérieure du cou, qui prit en quelques semaines des proportions inquiétantes, et qui était le siége de battements parfaitement visibles. Du reste, la malade n'éprouvait aucun malaise, aucune douleur. Aussi n'est-ce que sept mois après l'apparition des premiers symptômes que la malade se décida à entrer à l'hôpital.

Février 1855. — Exophthalmie double très prononcée ; les yeux, également saillants des deux côtés, exécutent avec facilité tous leurs mouvements. Rien ne s'observe dans le globe oculaire lui-même ; la vision n'est nullement troublée : la malade, cependant, se fatigue aisément quand elle travaille à la lumière d'une lampe. Les paupières se meuvent librement, les conjonctives palpébrales sont d'une pâleur très marquée.

Glande thyroïde volumineuse ; le lobe droit surtout est développé : il a acquis le volume d'un œuf de poule environ. La tumeur est ovoïde, sans bosselures, molle, indolente, mobile dans tous les sens. Elle est le siége de battements énergiques parfaitement visibles et paraissant lui être communiqués par l'artère carotide correspondante. On n'y constate point de mouvement d'expansion ; mais la main, appliquée sur la tumeur, perçoit un frémissement cataire très marqué, qui se retrouve sur les côtés du cou, au niveau des carotides. Le stéthoscope fait entendre dans ces mêmes points un souffle très rude, continu, mais dont l'intensité augmente pendant la systole cardiaque.

Les mêmes pulsations, frémissement et souffle rude s'observent sur le trajet des carotides primitives, sur l'aorte, au niveau de l'épigastre. Cœur de volume normal ; impulsion forte, bruits éclatants, surtout le second, qui présente un timbre métallique très marqué. Point de frémissement cataire à la région précordiale. Pouls à 95-100, peu volumineux, régulier. Aucun trouble des fonctions digestives et respiratoires. La malade n'éprouve aucun malaise ; elle n'a pas conscience des palpitations artérielles et cardiaques quand elle est en repos ; mais, lorsqu'elle a marché longtemps ou qu'elle monte un escalier, elle éprouve quelques battements de cœur. Urines sans albumine.

Rien du côté des organes des sens ; peau de la face et muqueuses pâles ; mais rien n'indique une souffrance prolongée. Menstruation aussi régulière que par le passé.

Prescription : 1 granule de digitaline ; sous-carbonate de fer, 0,50 centigrammes ; 3 portions d'aliments.

Ce traitement, continué pendant huit jours, n'ayant produit aucun résultat, la malade sort de l'hôpital. Peu de jours après elle devint enceinte. Au bout de trois mois elle fit une fausse couche. A partir de cette époque l'exophthalmie commença à décroître, en même temps que le volume de la thyroïde.

Février 1856. — Les yeux sont beaucoup moins brillants, la tumeur du cou est réduite de moitié. Palpitations encore prononcées au cou et à la région précordiale. Pouls à 110. La malade n'a suivi aucun traitement et n'a cessé de se bien porter et de vaquer à ses occupations.

1er *avril*. — Exophthalmie comme en février ; la tumeur du cou a complétement disparu. Battements des artères carotides persistants. Impulsion peu énergique du cœur. L'auscultation ne fait percevoir aucun bruit anormal à la région précordiale ; seulement les battements ont un timbre métallique assez prononcé. Pouls à 80. La malade est enceinte de trois mois. Bonne santé générale.

15. — La malade, qui vient de faire une promenade prolongée, éprouve quelques palpitations. Pas de bruit de souffle ; pas de pulsations visibles des carotides ; mais les doigts, appliqués sur leur trajet, sont assez fortement soulevés. Exophthalmie au même degré ; absence de tumeur thyroïdienne. Toutes les fonctions s'exécutent régulièrement.

15 *juin*. — Même état.

Voici quelle est d'ordinaire la marche de la maladie. Les palpitations artérielles et cardiaques ouvrent la scène : la tumeur thyroïdienne apparaît ensuite à une époque qu'on ne saurait préciser ; puis, en dernier lieu, se développe l'exophthalmie. Ces deux dernières affections sont d'ailleurs beaucoup moins essentielles à la maladie que ne le sont les palpitations ; l'exophthalmie, en particulier, peut ne se montrer qu'à une époque très tardive, et il est même des cas où elle fait complétement défaut. Les battements les plus violents et les plus précipités du cœur et des artères peuvent persister sans relâche pendant des mois, des années même : mais, en général, ils présentent une succession d'exacerbations et de rémissions, de durée variable, pendant lesquelles les autres symptômes se modifient dans le même sens. Tous les auteurs ont remarqué, en effet, que, pendant les accès, la tumeur du cou et la saillie des yeux prennent un développement insolite, qu'elles sont moins prononcées, au contraire, dans les moments de calme. Le pouls radial est presque toujours remarquablement accéléré. Ainsi l'on compte habituellement 95, 120, 130 pulsations à la minute (Romberg, Charcot).

Le docteur Stokes fait remarquer que les pulsations caro-

diennes ne correspondent guère aux pulsations radiales que par leur fréquence extrême. Celles-ci sont presque toujours faibles, alors même que celles-là sont très violentes. L'aorte abdominale peut être, comme les artères du cou, affectée de battements énergiques (Charcot). Les artères qui rampent à la surface de la thyroïde paraissent quelquefois nombreuses, volumineuses, et elles battent avec force. Il est des cas où les pulsations artérielles sont tellement fortes, qu'elles semblent prédominer sur les palpitations cardiaques (*Id*). Les principaux troncs artériels sont le siége d'un frémissement cataire : l'auscultation pratiquée sur le trajet de ces vaisseaux y fait constater l'existence d'un souffle rude, continu, avec redoublements (*Id.*).

Parfois, comme chez le sujet de l'observation de M. Charcot, le cœur donne un bruit métallique. La matité cardiaque peut être plus étendue que de coutume, mais cette circonstance est loin d'être constante. Chez la plupart des sujets, une anémie plus ou moins profonde ne tarde pas à paraître ; elle se présente même quelquefois dès le début. Dans un cas observé il y a dix ans par l'auteur de la présente analyse, M. Becquerel, prié d'analyser le sang, y constata une proportion considérable de matière grasse. La jeune femme dont il s'agit est encore aujourd'hui sujette à des palpitations et à de l'étouffement, bien que le gonflement du corps thyroïde et l'exophthalmie aient presque disparu.

Huit ou dix cas (sur une quarantaine) se sont terminés par la mort, en passant par une débilité progressive, l'anasarque et des symptômes de congestion pulmonaire. Par contre, on cite de nombreux cas de guérison, et l'observation de M. Charcot en est un nouvel exemple.

Dans la plupart des autopsies recueillies par M. Charcot (elles sont au nombre de sept), le cœur a été trouvé volumineux, dilaté, avec ou sans hypertrophie des parois. Son tissu musculaire était ordinairement flasque, parfois « étouffé par des accumulations graisseuses » ; le plus souvent le système valvulaire était sain.

M. Charcot donne encore sur les caractères de la tumeur thyroïdienne et de la saillie oculaire quelques indications utiles à reproduire.

La tumeur thyroïdienne, dit-il, est lisse, molle, plus ou moins volumineuse. Elle n'atteint habituellement pas des dimensions excessives; il est des cas où elle est formée presque exclusivement aux dépens d'un des deux lobes, principalement du lobe droit ; on l'a vue alors simuler un anévrysme (Stokes) ; elle est, en effet, le siége de battements plus ou moins énergiques et d'un frémissement souvent fort remarquable ; il est difficile de décider si ces battements, si ce frémissement, si enfin le bruit rude, parfois musical, qu'on y perçoit à l'aide de l'auscultation, lui appartiennent en propre (Stokes), ou s'ils lui sont simplement communiqués par les artères carotides (Romberg). Dans l'observation de M. Charcot, la tumeur présentait à un haut degré tous les caractères qui viennent d'être indiqués ; elle n'était pas douée de mouvements d'expansion, et elle paraissait seulement soulevée par le choc artériel. On y percevait un bruit de souffle continu des plus rudes, mais ce bruit se retrouvait, au moins au même degré, sur toutes les grosses artères accessibles au stéthoscope.

» L'exophthalmie se montre habituellement, comme on l'a vu, pendant les dernières phases de la maladie ; quelquefois, au contraire, elle se prononce pour ainsi dire dès le début. Parfois à peine appréciable, elle peut être, dans certains cas, tellement prononcée, que l'occlusion des paupières devient impossible. Elle affecte généralement les deux yeux à un égal degré. Elle ne s'accompagne le plus souvent d'aucun trouble de la vision, d'aucune modification de la conjonctive, de l'orifice pupillaire, des membranes de l'œil ou de ses humeurs. Elle peut persister pendant des années entières sans provoquer l'ophthalmie (Stokes). Elle ne produit aucune gêne, aucune douleur, du moins dans les cas de moyenne intensité ; et n'était qu'elle leur donne une physionomie très singulière, qui exprime l'anxiété ou la terreur, et qui ne manque pas d'être remarquée bientôt par les personnes qui les entourent, les malades en ignoreraient pendant longtemps l'existence. »

Quant au traitement, voici ce qui ressort des faits jusqu'ici publiés :

« Les préparations martiales, le quinquina, se sont, dit-on, souvent montrés efficaces dans les cas où l'anémie était prononcée ; lorsqu'il n'y avait pas de signes d'appauvrissement du sang, les préparations de digitale, l'acide phosphorique (Romberg), ont quelquefois produit de bons effets. Mais il est important de rappeler ici que la guérison semble pouvoir s'opérer, au moins dans quelques cas, d'elle-même, sans le secours des agents thérapeutiques, ainsi qu'on la vu chez la malade qui fait l'objet du mémoire. »

Voilà donc une affection singulière, pleine encore d'obscurités quant à son origine, son mode de production, l'enchaînement de ses symptômes. Le système circulatoire joue évidemment dans la production du mal un rôle important. Lequel? c'est ce qu'il n'est pas aisé de déterminer. Si la maladie se montre de préférence chez les femmes âgées de vingt à trente ans, nerveuses, irritables, mal réglées, anémiques, dominées par des passions tristes, on l'a vue survenir à la suite d'hémorrhagies abondantes et prolongées ; elle s'est montrée aussi, chez l'homme en particulier, dans des conditions tout opposées, et sans appauvrissement préalable du sang ni troubles nerveux bien manifestes. On ne saurait donc partager l'avis du docteur Begbie, qui ne veut voir là qu'une conséquence naturelle de l'anémie poussée à sa dernière limite. Dire avec le docteur Stokes que cette maladie est une *forme spéciale de névrose cardiaque*, c'est se payer de mots sans rien expliquer. M. Charcot rapproche avec raison de la cachexie exophthalmique ces cas où l'on a observé des battements permanents du cœur et des principales artères, sans qu'il y eût tumeur du cou ni exophthalmie. Tous ces faits demandent de nouvelles recherches.

Un index bibliographique de M. Charcot qui termine le travail permettra à ceux qui voudront faire de nouvelles études sur cette singulière affection de recourir directement aux sources où l'auteur a puisé lui-même.

A. Dechambre.

VI.

VARIÉTÉS.

Mœurs belliqueuses du corps médical. — Tout le monde savait que le comité secret de l'Académie de médecine avait pour but de provoquer une mesure d'ordre public contre un chirurgien spécialiste qui s'était porté à de violentes démonstrations contre la personne de M. le secrétaire perpétuel. L'Académie a décidé que la salle des séances serait désormais interdite à ce chirurgien. — Il n'est bruit aussi que d'une lutte dont l'hôpital Beaujon aurait été le théâtre, et dans laquelle un jeune médecin fort distingué, se croyant insulté par un chef de service, lui aurait infligé une correction à dose non infinitésimale. On dit qu'il sortira de ceci une double action judiciaire : d'abord du chef de service battu contre le jeune athlète, puis d'une réunion d'homœopathes contre une feuille médicale dans laquelle celui-ci a inséré des articles contre l'homœopathie.—Enfin on parle, mais à mots plus couverts, d'une altercation entre deux membres de l'Académie de médecine qui, réunis à Alfort pour suivre des expériences relatives à la glycogénie, se seraient apostrophés en termes qui n'auraient rien de sucré. Nous ne sommes, du reste, que l'écho des *on dit*.

Pour toutes les Variétés, A. Dechambre.

VII.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Journaux.

Annales médico-psychologiques. — Octobre. Oblitération et aberration des fonctions relatives, par *Follet*. — Paralysie *générale* saturnine, par *Desvouges*. — Causes de la folie puerpérale, par *Marcé*.

Archives générales de médecine. — Novembre. Sur la fièvre typhoïde à forme thoracique, par *Behier*.— Injections d'acide carbonique dans le traitement des affections de l'utérus, par *Ch. Bernard*. — Renversement de la muqueuse de l'urèthre et de la muqueuse vésicale, par *Patron*.

Bulletin général de thérapeutique. — 30 octobre. Indications et contre-indications du lait dans les hydropisies, par *Guinier*. — Emploi des lunettes, par *Bonnet*. — Traité des fistules vésico-vaginales pour des opérations non sanglantes, par *Debout*. — Corps étranger extrait de l'urèthre, par *Comandré*.

Gazette médicale de Paris. — N° 43. Études sur l'albuminurie, par *Luton*. — Sur la résection partielle du maxillaire supérieur, par *Demarquay*. — 44. Du bruit skodique (suite). — Sur l'inoculation de la pustule maligne, par *Salmon* et *Maunoury*. — 45. *Idem*. — Production du relief dans la vision binoculaire, par *Giraud-Teulon*.

Recueil de médecine vétérinaire. — Septembre. Péripneumonie et ses préservatifs, par *Willems*. — Suites de la parturition chez les vaches, par *Favereau*. — Parturition contre nature chez la jument, par *Donnarieix*. — Parturition et allaitement chez les chiennes non fécondées au moment du rut, par *Delafond*.

Revue médicale française et étrangère. — 31 octobre. Traité de la fièvre typhoïde, par *Lecler*. — Méthode analytique dans le traitement des maladies, par *Anthoine*.

Gazette médicale de Lyon. — N° 20. Influence des climats sur la phthisie, par *Laure*. — Traité de la paraplégie par la faradisation, par *Passaquay*.

Gazette médicale de Strasbourg. — N° 10. Anthrax, phlébocardite, doctrine de la résorption purulente, par *Biéchy*. — Rapport sur l'asile de Stéphansfeld, par *Dagonet*.

Journal de la section de médecine de la Société académique du département de la Loire-Inférieure. — 33e volume, 17e livraison. — Préparation des gelées d'huile de foie de morue et d'huile de ricin, par *Heibelin*. — Pleurésie terminée par gangrène, par *Malherbe*. — Cas de chorée mortelle, par le même. — Syphilis dans ses rapports avec la prostitution.

Journal de médecine de Bordeaux. — Octobre. Du bubon d'emblée, par *Venot*. — Quelques faits de pratique chirurgicale (plaie d'arme à feu, abcès du pharynx, hémorrhagie à la suite de l'excision d'une amygdale), par *Denucé*. — Clinique de l'hospice des Enfants-Trouvés, par *Sous*.

Journal de médecine de Toulouse. — Octobre. Sur un cas d'imbécillité, par *G. Marchant*. — Sur les hypophosphites alcalins, par *O. Cazac*.

Revue thérapeutique du Midi. — N° 20. Sur l'hydrocéphalie aiguë, et son traitement par le mercure, par *Ronzier-Joly*. — Sur les paralysies dynamiques (appendice), par *Macario*.

Union médicale de la Gironde. — Octobre. Traité des vomissements incoercibles, par *Buisson*. — Fièvre intermittente uréthrale, par *Chassaignac*. — Complications des fractures (suite). — Hydarthrose du genou, par *Dubreuilh*.

Écho médical (Suisse). — 15 octobre. Statistique mortuaire du canton de Genève, par *Marc d'Espine*. — Épidémies de fièvre typhoïde (suite). — Voyage médical en Belgique et en Hollande, par *Cornaz*. — Maladies observées à Levier, par *Rouget*.

Gazette médicale de l'Algérie. — N° 10. De la gale bédouine, par *Hamel*. — Vaccinations chez les adultes, par *Zandyck*. — Eaux minérales de l'Algérie, par *Bertherand*.

Annales médicales de la Flandre occidentale. — 13e livraison. Otite purulente; abcès du cerveau, par *Zandyck*.

Archives belges de médecine militaire. — Juillet et août. Défrichement du camp de Beverloo, par *Scohy*. — Convulsions idiopathiques de la face, par *De Condé*. — Clinique des hôpitaux militaires (teinture d'iode dans l'hydarthrose, phthisie dans l'armée, variole, vaccination, luxations du cubitus, maladies vésicales, maladies du cœur, albuminurie).

Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie (Bruxelles). — Introduction de médicaments au moyen du courant galvanique, par *Pétikan* et *Saverlieff*. — Eau froide en chirurgie, par *Beaupoil*. — Doctrine des esprits, par *Parigot*. — Hernie étranglée, procédé Seutin, par *Demagny*.

Allgemeine Medicinische Central-Zeitung. — Nos 63 à 77. — 66. Sur l'eczéma: extrait de la clinique d'Hebra. — 67. Sur les inflammations des bourses muqueuses rotuliennes, par *Linhart*.

Deutsche Klinik. — Nos 39 à 41. — 39 et 41. Recherches sur les effets du sucre blanc sur les troncs nerveux et sur l'irritabilité des muscles dans l'empoisonnement général, et observations sur l'influence congestive du sucre, par le professeur *Hoppe*. — 41. Sur la présence du sucre dans l'urine des femmes en couches, par *Wiederhold*.

Œsterreichische Zeitschrift. — Nos 38 et 39. — 38. Phimosis congénital, comme cause de la formation de calculs; guérison par l'opération, par *F. Scholz*. — Atrophie jaune aiguë du foie. — 39. Sur l'ostéomyélite chez les amputés, par *J.-F. Heyfelder*. — Maladies des voies respiratoires qui agissent sur l'ouïe, par *Is. Glück*.

Vierteljahrsschrift f. d. gerichtliche und oeffentliche Medicin. — T. XII, 2e cahier. — Le cuivre cessant d'être un poison, et les vases de ce métal devenus inoffensifs, par *Toussaint*. — Docimasie pulmonaire hydrostatique et accouchement dans la position debout, par *Klusemann*.

Wiener Medizinische Wochenschrift. — Nos 39 à 41. — 39. Cas intéressant d'abcès du foie à la suite de dysentérie, par *Urag*. — 40. Sur l'application des caustiques sur la face interne de l'utérus, par le professeur *Sigmund*. — Remarques aphoristiques sur la connaissance du cœur graisseux, par *L. Benjamin*.

Zeitschrift f. die Staatsarzneikunde. — 1857, 4e cahier. — Contribution à la solution de cette question: La pendaison a-t-elle été volontaire ou non? Trois cas observés, par *Westrumb*, *Karl Simeons* et *Klusemann*.

Zeitschrift f. klinische Medizin. — Septembre 1857. Cas rares de maladies observées par le professeur *Magnus Huss*, de Stockholm (suite). — Hémophylie.

British Medical Journal. — N° 43. Traitement du rhumatisme aigu, par *Inman*. — Traitement des plaies du cuir chevelu, par *O'Donovan*. — Traitement du choléra par les purgatifs, par *G. Davey*. — Cas grave d'obstruction intestinale, par *Jennings*. — Difformité de la tête chez le fœtus, par *G. Trend*. — 44. Physiologie, pathologie et thérapeutique des fonctions de l'utérus (suite). — Empoisonnement par le précipité blanc et par la tête de pavot, par *Michael*. — Cas d'hémorrhagie utérine, par *Audland*. — 45. Désordres nerveux par influence de la malaria, par *Jones*. — Cas de coma hystérique, par *J. Williams*. — Statistique des maladies [illegible] *Bedford*. — Oblitération du col de l'utérus chez une femme en travail, par [illegible]. — Plaie de poitrine, par *Thurnall*. — Café dans le traitement de la hernie étranglée, par *Sammut*.

Edinburgh Medical Journal. — Octobre. Fracture des trochanters, par *Syme*. — Sur les types des maladies inflammatoires, par *Alison*. — Pepsine contre la [illegible] suite de maladie aiguë, par *James Ross*. — Ulcère de l'œsophage ayant perforé l'aorte, par *Matthew Combe*. — Tumeur de l'aine simulant une hernie, par *James Alexander*. — Cas d'entérite, par *H. Hamilton*. — Tumeur de la pie-mère comprimant la moelle, par *B. Bell*. — Empyème et pneumothorax; phénomènes stéthoscopiques particuliers, par *Gairdner*. — Notes médicales sur l'Inde, par [illegible].

Medical Times and Gazette. — N° 382. Statistique des maladies du système nerveux (suite). — Invasion d'*Abbeyrow* par le choléra, par *J. Snow*. — Hydropisie de l'amnios, par *G. Evans*. — 383. Identité du choléra britannique et du choléra asiatique, par *Lauder-Lindsay*. — Trois cas d'anévrysme thoracique, par *Soltan*. — 384. Instrument pour faciliter l'opération de la cataracte, par *V. Salomon*. — Mortalité à Londres, par *J. Fox*. — Sur la gastrite, par *F. Moore*. — Effets thérapeutiques du galvanisme, par *Grantham*.

The Lancet. — N° 16. Sur l'anatomie pathologique (suite). — Diagnostic et traitement de certaines maladies du cerveau, par *J. Russell*. — Cas de mort subite chez un enfant de huit ans, suite probable du développement du thymus, par *W. [illegible]*. — Cas d'excision du genou, par *Moullin*. — Cas de convulsion puerpérale, par *H.-S. John Bullen*. — 17. Anatomie pathologique (suite). — Rupture de la rate, par *H. Salter*. — Affections parasitiques influencées par la cuisine (*cooking*), par *B. Daniel*. — 18. Anatomie pathologique, etc. (suite). — Sur l'inflammation et la saignée, par *Marckham*. — Pathologie des cartilages, par *Bryant*. — Choléra à *West-Ham*, par *Elliott*. — Excision des coudes chez un enfant, par *Edwards*. — Cas de transfusion, par *Wheateroft*. — 19. Anatomie pathologique (suite). — Inflammation (suite). — Pathologie des cartilages (suite).

American Medical Monthly. — Octobre. Lésions de l'épiglotte, par *H. Green*. — Double monstruosité, par *Fisher*. — Ulcération et perforation de l'appendice vermiforme; mort, par *Sands*.

The Cincinnati Medical Observer. — Octobre. Sur l'emploi de l'aconit, par *Stevens*. — Constipation opiniâtre, par *Parvin*. — Traitement du pannus, par *E. Williams*. — Cas d'hématémèse, par *Dutcher*.

The North American Medico-Chirurgical Review. — Juillet. Classification et traitement des fistules uréthro-vaginales et vésico-vaginales, par *Bozeman*. — Expériences sur la digestion, par *F.-G. Smith*. — Fièvre puerpérale et érysipèle, par *Levergood*. — Traitement de la pneumonie, par *Pope*. — Cas de cirrhose du foie et peau bronzée, par *C. Fricke*. — Colique de plomb produite par l'emploi du blanc de plomb dans le traitement de la teigne, par *Kunkler*. — Deux cas rares de chirurgie, par *Boling*.

Gazzetta medica italiana (Toscana). — N° 42. De la méthode philosophique des sciences naturelles et du vitalisme hippocratique, par *G. Paccianti*. — Miliaire larvée, par *Sancosciani*. — 43. *Idem*. — Moyen avantageux d'extraire l'iode des iodures alcalins, par *Doveri* et *Stefanelli*. — 44. Accouchement prématuré artificiel par *Balocchi*.

Giornale delle Scienze Mediche della R. Accad. Medico-Chirurgica (Torino). — N° 19 (15 octobre). Effets de l'alimentation malsaine et insuffisante (suite). — N° 20 (31 octobre). Doctrine des contages, par *Rosso*.

El Siglo medico. — N° 196. Choléra des siècles passés, par *J. Seco Baldor*.

Gazeta medica de Lisboa. — N° 115. Culture du riz en Espagne (suite). — Thoracentèse (suite).

La Cronica de los Hospitales. — N° 20. Clinique.

La Iberia Medica. — Nos 39, 40, 41, 42, 43.

O Escholiaste medico. — N° 67.

O Ἀσχληπιός (*l'Esculape*, journal de la Société de médecine d'Athènes). — Cahier de juin. Premières sensations d'un aveugle de naissance opéré et acquérant la vision, par *Anagnostakis*. — Revue trimestrielle du service de santé de l'armée. — Cahier de juillet. Cancer encéphaloïde, mauvais effet de la pâte de Canquoin, tétanos, [illegible] par *Aphendoulis*. — Observation d'un fœtus pseudencéphalien né à Hydra, par *Tetsès*. — Sur les fièvres intermittentes régnant au Pirée.

Ἡ ἐν Ἀθήναις ἰατρικὴ Μέλισσα (*Abeille médicale d'Athènes*). — Cahier de septembre. Histoire abrégée de la lithotripsie, par *Olympios*. — De la dysentérie (suite).

Livres.

Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux, faites à la Faculté des sciences de Paris, par *H. Milne Edwards*. Tome II, deuxième partie, complétant la respiration. Grand in-8, pages 341 à 655 et dernière. Paris, Victor Masson. 4 fr.

Nota. — Le tome III est sous presse; la première partie, comprenant l'histoire de la circulation, paraîtra en février 1858.

Relation médico-chirurgicale de la campagne d'Orient, du 31 mars 1854, occupation de Gallipoli, au 6 juillet 1856, évacuation de la Crimée, par le docteur *G. Scrive*. In-8 de 487 pages. Paris, Victor Masson. 7 fr. 50

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. PARIS, 18 DÉCEMBRE 1857. N° 51.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 17 décembre 1857.

NOUVELLES REMARQUES SUR L'ASSOCIATION GÉNÉRALE (Suite, voir le n° 50). — SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE : ÉLOGE DE M. MAGENDIE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE : AMPUTATION COXO-FÉMORALE SECONDAIRE, SUIVIE DE GUÉRISON.

Le premier tort des promoteurs du projet a été de proposer du même coup à la signature du corps médical un principe, sur lequel on se fût peut-être entendu, et un moyen de réalisation, sur lequel je n'hésite pas à dire que l'immense majorité des médecins est dans l'impossibilité de se prononcer en connaissance de cause. On en a la preuve dans ce qui vient de se passer. La question est soumise à l'examen d'une quarantaine de confrères; elle est pendant trois séances (1) l'objet d'une discussion approfondie entre les hommes les plus versés dans ces sortes de matières, et ce qui en ressort surtout, c'est que cette question, si simple en apparence, est pleine de problèmes, d'incertitudes, de périls, à ce point que le défenseur le plus zélé et le plus habile du projet s'appuyait principalement de cette obscurité pour demander le *statu quo*. Ferions-nous donc injure à nos confrères des départements si nous leur disions qu'ils sont dans une position commode pour prêcher en faveur du projet d'annexion? Ils n'ont qu'à dire oui ou non; ou s'ils motivent leur avis, c'est par quelques-unes de ces considérations générales derrière lesquelles la commission de Paris a découvert les difficultés qui l'ont arrêtée. Toutes ces déclarations équivalent donc à peu près à de simples *vœux ;* elles signifient qu'un certain nombre de confrères désirent relier les associations des provinces à celle de Paris, mais pas du tout que cette adjonction tournerait au bien commun. Les adhérents, en se tenant dans ce rôle, sont, du reste, parfaitement dans leur droit, et il y aurait d'autant plus d'injustice à les en blâmer qu'ils ont pu croire un instant, sur un encouragement émané d'un membre un peu trop pressé du bureau, que l'Association de Paris leur tendait la main. Ils savent maintenant à quel désagrément on les a exposés.

(1) Le débat avait déjà occupé une séance avant les deux auxquelles j'ai assisté et dont j'ai parlé dans les derniers numéros.

Cette manière inconsidérée d'engager une question où s'agitent d'aussi graves intérêts n'aurait pas, toutefois, d'inconvénients bien sérieux si le projet, tel qu'il a été expliqué dans une feuille qu'on doit croire autorisée, était en effet praticable et utile; car l'Association de la Seine, encore que peu flattée de voir ainsi disposer d'elle sans son consentement, se rendrait aisément, on ne peut en douter, à une combinaison qui servirait les intérêts de tous, et particulièrement, comme on le lui assure, les siens propres. Voyons donc ce qu'il en est, et, pour ne pas nous égarer dans les détails, attachons-nous seulement à ces deux points essentiels : 1° La centralisation proposée serait-elle avantageuse? 2° Avantageuse ou non, doit-elle et peut-elle être acceptée par l'Association du département de la Seine?

1° *La centralisation des associations médicales serait-elle avantageuse?* On se rappelle les explications données par l'UNION MÉDICALE sur le mode de fonctionnement de la future association générale : « Une demande de secours est arrivée (à une association de province quelconque). La commission générale (de cette association) procède comme celle de Paris; elle nomme deux commissaires chargés de faire l'enquête et de présenter le rapport. Le rapport est fait; la commission générale accorde ou refuse le secours. Dans le premier cas, elle notifie sa décision à l'Association de Paris, qui envoie immédiatement les fonds demandés. Dans le second cas, elle n'a rien à notifier. » (Voyez *Gazette hebdomadaire*, n° 37, p. 655.) On voit que, dans ce système, les associations locales jouissent d'une indépendance absolue; elles décident souverainement; elles *notifient leur décision*. L'Association centrale garde la caisse, mais toutes les associations locales en ont la clef et y puisent à discrétion. Pas d'autre réplique permise à une demande d'argent qu'un bon sur la poste, et un

bon *immédiat.* Eh bien! je dis qu'il y a là tout ensemble une étrange contradiction et un plus étrange renversement de tous les principes en matière de sociétés de secours. La contradiction saute aux yeux. Le grand motif du projet, quel est-il? C'est que les distances, les compétitions de clientèle, les froissements d'intérêts, permettent malaisément aux associations locales de se constituer. Ce motif reparaît dans presque toutes les adhésions publiées. Et voilà que les mêmes associations sont chargées de toute la besogne! Elles ne peuvent se former, et il faut qu'elles se réunissent, qu'elles votent, qu'elles correspondent avec Paris! Elles sont petites, impuissantes, bonnes à protéger (ce sont nos adversaires qui le disent), et il faudra leur obéir à première réquisition! Elles ne peuvent amasser de cotisations, et elles vont enrichir la caisse centrale! Soyez donc conséquents. Ou les associations de province ont assez de vie pour faire tout ce que vous leur demandez, et, dans ce cas, elles n'ont pas besoin de vous; ou elles sont hors d'état de fonctionner, et alors ne les bercez pas d'indépendance, mais allez jusqu'au bout; demandez, au lieu de leur annexion à l'Association de Paris, leur absorption complète dans une association générale. Mais non, cette indépendance, elle est tout à fait illusoire: elle ne se serait pas exercée un an, moins peut-être, qu'on serait forcé déjà de s'armer contre elle. Conçoit-on une caisse librement ouverte à tout venant, je veux dire à toutes les associations de France, sans concert préalable entre elles, sans qu'aucune soit tenue d'avoir égard aux besoins de toutes les autres? Dans le système d'association vraiment générale dont je parlais à l'instant, — que je ne recommande pas, mais qui aurait le mérite au moins d'être logique, — l'unité du service, la direction centralisée, permettent d'apporter une règle, de l'équité, de la mesure dans la distribution des secours; mais imaginez Bordeaux demandant (je veux dire *exigeant*) des secours cinq fois, dix fois dans le premier trimestre, et Lyon ne pouvant rien obtenir dans le second trimestre parce que le fonds disponible serait épuisé! N'est-ce pas un moyen assuré de jeter la zizanie dans le corps médical au nom de la concorde, et de laisser l'infortune sans secours au nom de la charité?

Je vais plus loin, et je soutiens que le projet méconnaît le caractère fondamental de la bienfaisance. On a comparé l'association projetée à une assurance. Rien n'est moins exact, à un point de vue que je considère comme beaucoup plus important que le point de vue financier. L'âme d'une institution de bienfaisance, c'est l'impulsion locale; l'âme d'une société d'assurance, c'est l'impulsion générale. Et la cause en est simple; c'est que la première est fondée sur la charité, et la seconde sur l'égoïsme. Or, malheureusement l'égoïsme est plus actif que la charité; l'égoïsme est universel et universellement prévoyant, tandis que la charité, beaucoup moins répandue, ne se soucie guère que du malheur présent; et l'on est beaucoup plus pressé en général de s'assurer soi-même contre l'incendie que de préparer des secours pour les autres. Je sais bien que, dans nos associations, les secours sont *mutuels;* mais qui ne sait que cette épithète n'est qu'un déguisement délicat de la bienfaisance? Qui oserait dire que les sociétaires, en donnant vingt francs de cotisation, entendent faire *un placement?*

Je dis donc que la charité, chez la grande majorité des hommes, n'est pas entreprenante. Elle a besoin, pour se traduire en actes, surtout en actes durables, indéfiniment répétés, d'incitations directes, continues, multiples, et ces incitations, on ne les trouve qu'autour de soi, dans le milieu où l'on vit, dans des sympathies individuelles, dans l'exemple, dans l'amour tout particulier dont on se prend pour une institution qu'on a créée ou qu'on aide à soutenir. Et plus l'institution se circonscrit dans son objet, plus elle a de chances de réussite. Consultez les hommes qui passent leur vie à organiser l'assistance et qui s'y entendent le mieux; consultez le clergé: demandez donc aux curés de fondre en une seule masse le produit de toutes les paroisses; ils vous répondront que ce serait tarir de moitié les sources de la charité. Vous ne serez pas mieux venus auprès des présidents ou administrateurs des bureaux de bienfaisance. Le langage même de l'assistance répond à la doctrine bien connue que nous relevons ici: on a *son* œuvre, on a *ses* pauvres. Telle personne qui ne se décide pas aisément à faire l'aumône à un mendiant de la rue, se fait un devoir de jeter son obole dans le tronc de la paroisse ou dans celui de la mairie; non d'une paroisse ou d'une mairie quelconque, mais de la paroisse de son quartier, de la mairie de sa ville ou de son arrondissement. Et, si elle l'oublie, le curé, qui a le souci de son œuvre, le maire, qui place sa gloire à faire aimer son administration, et au besoin le respect humain, les secrets chatouillements de l'amour-propre, sauront bien la rappeler à la charité effective. Cet exemple, d'ailleurs, est donné par les associations médicales, telles qu'elles sont organisées aujourd'hui. Ce sont les membres du bureau, c'est le trésorier surtout, qui, bien plus que le pur esprit de bienfaisance, conquièrent des sociétaires, et chacun sait ce qu'on doit sous ce rapport à l'honorable trésorier de l'Association de Paris. Voyez, au contraire, ce qui vient de se passer à Lyon. La question posée par les médecins de la Gironde est assurément du plus haut intérêt; elle touche au vif les bons sentiments du corps médical. La GAZETTE DE LYON avait, dès l'origine du mouvement actuel, convié les médecins à apporter leur signature au bureau du journal. Combien s'en était-il présenté au 30 novembre? Un seul! Toutes les autres adhésions ont été raccolées, qu'on nous passe le mot, à domicile, à l'hôpital ou dans des rencontres fortuites. Ce zèle serait-il plus fervent sous le régime de l'Association centralisée? Je crois tout le contraire. Qu'on ne dise pas que les associations des départements continueraient leur propagande. Je demanderais encore un coup quel service on prétend leur rendre, si elles font si bien leurs affaires elles-mêmes; et puis je contesterais formellement la justesse de la présomption. A supposer que les dignitaires de l'Association se montrassent aussi zélés que par le passé, j'ai la conviction que leurs confrères le seraient beaucoup moins. Ils le seraient moins par une raison que j'indiquais à l'instant, mais sur laquelle il n'est peut-être pas hors de propos d'insister.

Je l'ai dit dans la commission générale, les maux auxquels on compâtit le plus sont, — suivant l'expression du poëte, — ceux qu'on a soufferts; puis viennent les maux qu'on voit, qu'on touche, qui peuvent vous atteindre un jour, qui affligent vos proches, vos amis, vos compatriotes, vos confrères. L'argent qu'on verse dans une caisse où ira puiser, en cas de traverses, quelqu'un de ceux dont on presse chaque jour la main, on le donne de grand cœur, on ne le mesure pas avec trop de parcimonie. On a devant les yeux (et je ne rappelle en ceci qu'une réalité présente) l'image de médecins qui ont été vos maîtres, qui ont acquis un juste renom, et dont on a le bonheur de soulager la pauvreté. Ce sont des sentiments de cette nature, rappelés par M. Barth devant la commission, qui poussent vers les associations beaucoup de confrères que retiendraient en dehors tantôt le fardeau de leurs propres nécessités,

tantôt l'inertie, l'oubli, le défaut d'occasion, un rien, mais ce rien qui décide souvent des plus grosses affaires. C'est encore de ces sentiments que partent ces inspirations généreuses qui se traduisent en legs, en dons, en cotisations supplémentaires. Enfin, il y a un autre motif; car il faut, en ces sortes de questions, savoir descendre au fond des choses. Dans l'esprit de beaucoup de sociétaires, la participation à une association de secours se définit si bien de la manière dont nous l'entendons ici, que, pour eux, la cotisation est surtout un moyen de mettre fin au dégradant spectacle de ces médecins qui viennent tendre la main à domicile. On est autorisé à renvoyer ces tristes confrères à l'association de secours, quand soi-même on apporte son tribut à cette association. Et, néanmoins, voyez combien, avec de tels stimulants, la caisse a de peine encore à s'enfler! Un tiers seulement des médecins du département de la Seine font partie de l'Association; et ils ne sont pas nombreux les sociétaires qui dépassent le taux réglementaire de la souscription. Mais encore ce supplément a-t-il une certaine importance. Les dons, les legs, en ont davantage, et l'on sait combien ce fonds, tout de bénéfice, ne supportant aucune charge, a contribué à la prospérité de l'Association de la Seine. Supprimez le stimulant local, rendez plus vague et plus éloigné le but de la souscription, et vous verrez cette précieuse veine, non pas se tarir, je ne pousse pas si loin le pessimisme, mais diminuer très sensiblement (il ne faut qu'en causer avec quelques-uns des confrères dont les comptes rendus annuels attestent la générosité, pour être convaincu de la justesse de mes craintes); vous verrez aussi le mouvement des adhésions se ralentir. Au contraire, voulez-vous savoir ce que deviennent des associations générales analogues à celles qu'on voudrait établir parmi nous? Cette Société des Artistes, que les promoteurs du projet nous offraient précisément en exemple, elle ne dispose que d'un fond de secours inférieur de moitié, proportionnellement, à celui de l'Association de la Seine. Ne sortez pas même du cercle de la profession médicale, ouvrez les journaux de médecine espagnols, vous y verrez écrits en lettres capitales, dans presque tous les derniers numéros, ces mots peu encourageants : LIQUIDATION DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE GÉNÉRALE DE SECOURS MUTUELS. Là aussi on a tenté de réunir les provinces dans une grande association, et, à l'heure qu'il est, une commission de liquidation est occupée à répartir entre les districts ce qui reste des fonds de la Société; et le corps médical se trouve pour l'instant tout à fait désagrégé pour avoir aspiré à une unité trop absolue; et le voilà qui cherche un remède à ses maux dans la création d'un *Monte-Pio Facultativo*, qui est une sorte de *tontine* donnant lieu à des pensions calculées sur les chances de vie; c'est-à-dire que, de l'autre côté des Pyrénées, on se réfugie dans le principe de l'intérêt personnel, après avoir trouvé des mécomptes dans l'application exclusive du principe de charité. C'est un judicieux calcul, du moment où l'on veut rester association générale. On a compris que les médecins et autres *facultativos* (ingénieurs, architectes, chimistes, etc.), plus ou moins favorisés de la fortune, se rattacheraient plus volontiers à une assurance, en vue de pensions toujours agréables, même pour les riches, qu'à une société, en vue de secours précaires dont ils ne prévoient pas le besoin. C'est prosaïque, mais c'est sensé.

Les diverses considérations que nous venons d'exposer frappent moins la majorité des esprits que les étalages de chiffres; pour nous, elles sont fondamentales. Ce qui déconcerte souvent le jugement des plus habiles, ce qui renverse les projets les plus artistement combinés ou sert les projets les plus téméraires, ce sont précisément ces conditions cachées qui tiennent à la nature des choses et contre lesquelles les expédients de l'homme sont impuissants. Voyons pourtant une question dont on a fait bruit, la question financière.

Le principal argument de M. Latour, exprimé dans ses premiers articles, reproduit devant la commission générale, renouvelé encore dans sa dernière lettre à M. Paul Dubois et dont il dit que personne n'y a encore répondu, cet argument est le suivant : Si 1,000 sociétaires nouveaux envoyaient leur adhésion à l'Association de la Seine, l'Association s'en réjouirait. Comment donc « ce qui serait bon, avantageux, réalisable et désirable, appliqué au département de la Seine, deviendrait-il nuisible, impraticable et à craindre en dehors de ce département? » Que mon honoré collègue me le pardonne, mais franchement je cherche la portée de cet argument, et, quand il le qualifie lui-même de *simple jusqu'à la naïveté*, je crains un peu qu'il n'ait raison. Evidemment, ici, M. Latour perd tout à fait de vue l'objet de la discussion. Personne n'attend qu'on lui prouve que, dans une association de secours, 1,500 sociétaires valent mieux que 500; mais on voudrait savoir si ces 1,500 sociétaires, avec les avantages et avec les charges qu'ils apportent, offrent plus de chances de secours aux infortunes médicales en réunissant les produits de leurs cotisations dans une seule caisse qu'en les partageant entre plusieurs caisses séparées. Or, il n'en est rien. Le total des fonds de secours et des fonds de réserve sera exactement le même dans les deux cas. Prenons des chiffres ronds. Je suppose 100 associations recueillant chacune 1,000 francs de cotisation. Dans le système du projet, ces 100 associations vont verser 100,000 francs dans la caisse de l'Association, laquelle va distribuer 40,000 francs en secours et placer 60,000 francs au fonds de réserve. Dans l'état de choses actuel, chacune de ces associations distribue 400 francs et place 600 francs. Or, dépenser 400 francs et en capitaliser 600 dans cent localités, et dépenser 40,000 fr. et en capitaliser 60,000 dans une seule localité, c'est absolument la même chose. En vain rappelle-t-on que, conformément à l'article 24 des statuts de l'Association de la Seine, les membres de l'Association ne peuvent obtenir de secours qu'après cinq années consécutives de souscription, il suffit de supposer cette disposition admise par chacune des cent associations pour qu'il n'y ait plus aucune induction à en tirer en faveur du projet. D'ailleurs, ce même article 24 renferme une exception : « Dans le cas où un souscripteur, avant d'avoir les cinq ans de souscription mentionnés plus haut, ferait une demande suffisamment motivée, la commission générale pourra lui allouer un secours qui, toutefois, ne pourra pas excéder pour l'année la somme de 400 francs. »

La centralisation de la caisse ne peut avoir qu'un avantage, c'est de permettre, en certains cas, d'élever la quotité des secours à un chiffre que peut difficilement atteindre une association isolée, et de faire que les associations riches viennent en aide aux associations pauvres. Cet avantage, nous prenons la peine de l'indiquer, bien que nos adversaires n'y insistent pas; mais il n'est pas suffisant pour faire contrepoids aux graves inconvénients signalés plus haut, et il mérite d'autant moins d'emporter la balance qu'on ne possède aucun document sur la répartition des infortunes médicales et sur la richesse respective des associations. D'ailleurs, on verra qu'il ne serait pas difficile d'assister les associations mal pourvues sans recourir au dangereux moyen de la centralisation.

(*La suite au prochain numéro.*)

A. DECHAMBRE.

L'Académie de médecine a tenu sa séance annuelle mardi dernier. Après le rapport sur les prix décernés, où M. Depaul a mis toute la clarté, toute la précision et toute la conscience dont il a déjà fait preuve dans cette sorte de travail, et après que de M. le président eût donné lecture des sujets de prix proposés pour 1858 et 1859, M. Fr. Dubois a prononcé l'*Éloge de Magendie*. Nous avions beaucoup entendu parler de cet éloge, et il nous était resté la crainte que M. le secrétaire perpétuel, à force de vouloir être juste, n'eût poussé la sévérité au delà des termes qu'impose, suivant nous, la circonstance; car, nous l'avons dit plus d'une fois, quand l'histoire veut être sévère, elle doit porter ses jugements ailleurs que devant les parents du défunt et devant ses collègues d'hier. Nos appréhensions étaient, sinon vaines, au moins exagérées. L'orateur a touché avec tact les côtés les moins heureux du caractère et de l'esprit de M. Magendie; il a donné de nobles motifs à des prétentions peu justifiables; il a fait pardonner des travers en les expliquant; il a montré, en les couvrant de tout le respect dû à des opinions consciencieuses, les étranges abus d'un culte aveugle pour l'expérience et d'un divorce à peu près complet avec le raisonnement; il a restitué au passé, sans frôler l'honorabilité de son modèle, ce que le passé peut revendiquer dans les expériences du collége de France; et ainsi toujours sa parole habile et ménagée a pansé les plaies que pouvait faire son appréciation. Du reste, tout en n'accordant pas à Magendie la part que lui voudraient ses admirateurs, M. Dubois n'a pas hésité à lui reconnaître un mérite qui est grand, qui rachète bien des imperfections, c'est d'avoir imprimé à la physiologie de son temps une impulsion qui s'accordait avec la marche générale de la science, avec la tendance des esprits, et de laquelle est né réellement en France le mouvement qui emporte encore aujourd'hui la physiologie. Il nous semble seulement que ce rare mérite n'a pas été prisé assez haut.

Cet *Éloge* de M. Dubois comptera parmi les meilleurs; il est bien ordonné, habilement mêlé d'histoire et de biographie, nuancé d'agréables récits, ferme, net et d'un bon style. Nous le reproduirions si nous ne savions qu'il figurera dans d'autres feuilles avant que ce numéro n'ait vu le jour.

A. D.

Un habile chirurgien de la province, M. Coste, de Marseille, vient de communiquer un cas de succès qu'on n'a pas l'occasion d'enregistrer tous les jours. Il s'agit d'une amputation coxo-fémorale secondaire, suivie de guérison malgré la présence de complications très graves. Voici une analyse de ce fait intéressant qui paraîtra en entier dans les Bulletins de la Société. Un marin de dix-huit ans tomba de la mâture sur le pont et se fractura les deux cuisses à 7 centimètres audessus des rotules. Des deux côtés le fragment supérieur fit une petite plaie au tégument; simple à droite, la fracture était comminutive à gauche. On applique un double appareil amidonné avec fenêtre au niveau des plaies. Tout va bien pendant vingt jours; la consolidation, en bonne voie à droite, est nulle du côté opposé, et bientôt ce dernier foyer devient le siége d'une suppuration énorme et de désordres tels, que, pour sauver la vie du malade, la désarticulation coxo-fémorale est résolue et pratiquée le 15 juin, au quarantième jour de l'accident.

Deux lambeaux, antérieur et postérieur, de longueur égale, urent taillés de dehors en dedans. Le malade fut chloroformé et perdit très peu de sang; les lambeaux, qui s'adaptaient très régulièrement, furent réunis par la suture. Le premier pansement fut fait au bout de six jours. La réunion immédiate réussit dans la plus grande partie de la plaie; point de fièvre; régime tonique. Aucun accident ne se manifesta; les ligatures tombèrent successivement, celle de la crurale au vingt-huitième jour. Deux mois après l'opération, la cicatrisation était presque complète; l'embonpoint était revenu.

Pendant que les choses se passaient ainsi à gauche, les fragments du fémur droit perforaient largement la peau. Heureusement, cet accident si grave n'eut pas de suite; il fut possible d'y remédier. Le 8 septembre, la plaie de l'opération était guérie, la fracture consolidée, et le malade put bientôt s'asseoir dans un fauteuil.

L'observation que nous venons d'analyser fait partie d'un mémoire intéressant que notre collègue a lu à la Société, mémoire dans lequel il se propose surtout de démontrer les propositions suivantes :

1° Dans toute désarticulation, il faut autant que possible faire deux lambeaux;

2° Ces lambeaux devront être taillés de dehors en dedans;

3° Dans les amputations des membres, quelle que soit d'ailleurs la méthode employée, il est extrêmement utile de faire des pansements rares.

La première conclusion de M. Coste, étant essentiellement dominée par l'état organique des parties, ne peut être adoptée qu'avec des réserves.

La seconde nous paraît à l'abri des objections et des reproches. L'opinion des chirurgiens contemporains est à peu près unanime, au moins en France. La troisième proposition soulèvera sans doute une discussion que nous appelons de tous nos vœux.

Pour ce qui regarde spécialement la désarticulation coxofémorale, nous n'avons rien à en dire. Cette question a été discutée l'an dernier dans le sein même de la Société, avec de longs détails. On devra consulter à ce sujet les travaux originaux de MM. Sands-Cox et Legouest, et le rapport très soigné que M. Larrey a fait sur ces mémoires.

Ar. Verneuil.

II.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

DE LA RÉSECTION DES GRANDES ARTICULATIONS.

1. *J.-F. Heyfelder über Resectionen und Amputationen.* Mit vier Steindrucktafeln. — *Breslau und Bonn*, 1855, pp. 269.

2. *Mittheilungen von Resectionen am Fuss.* Von Dr Robert, zu Coblentz. (Vierteljahrsschrift für die Praktische Heilkunde.) xii Jahrgang. Dritter Band. — *Prag*, 1855.

3. *De articuli humeri et cubiti resectione, inauguralis chirurgica dissertatio.* Auctore Panagiostes Georgius Kyriakos. — *Berolini*, 1854, pp. 22.

4. *De articuli cubiti resectione, dissertatio inauguralis chirurgica.* Auctore Albertus Tobold. — *Berolini*, 1855, pp. 24.

5. *On Excision of the Knee-joint.* By R. G. D. Butcher, Esq., M. R. I. A., Surgeon to Mercer's Hospital, etc. (Dublin Quarterly Journal of Medical Science, May, 1855.)

6. *On Excision of Joints.* By the same author. (Dublin Journal, November, 1855.)

7. *Second Memoir on Excision of the Knee-joint.* By the same author. (Dublin Journal, February, 1857.)

8. *Cases of Operation upon Diseased Joints*. By W. A. Green, M. D., *Bengal Medical Service*. (Indian Annals of Medical Science, April, 1855.)

9. *Gun-shot Fractures*, By Dr Stromeyer, and *Resection in Gun-shot Injuries*, by Dr. Esmarch (Slightly abridged). Translated by S. F. Statham. *With some Remarks on Tonic Treatment*, by the translator. — *London*, 1856, pp. 120.

10. *An Essay on the Excision of Diseased Joints*. By Mr. Blackbain. (Guy's Hospital Reports, first series, vol. I, 1836.)

11. *On Excision*. By Surgeon Thornton, 9th Regiment. „Reports of Crimean Medical and Surgical Society. (Medical Times and Gazette, September 13th., 1856, and Sept. 20th., 1856.)

12. *On Excision of the Hip-joint*. By Mr. Hancock, Surgeon to Charing-Cross Hospital, etc. (Lancet, April 18th. and 25th., 1857.)

La question de la résection des extrémités articulaires des os est venue prendre dans la science une place si importante dans ces dernières années; elle a été discutée et soutenue avec tant de talent et de force, pour quelques articulations en particulier, par beaucoup de chirurgiens distingués, que nous avons voulu nous proposer pour but, dans les pages suivantes, de rassembler et d'analyser les documents favorables ou contraires à l'emploi de la résection dans les grandes articulations, et, par la comparaison des résultats de l'opération, de déduire les règles pratiques que l'on peut tirer de tout ce qui a déjà été publié sur ce sujet, et particulièrement des ouvrages énumérés dans la liste précédente.

La pratique de la résection est originaire de ce pays, et elle a été mise en usage, pour la première fois, par M. Filkin, de Northwich, sur l'articulation du genou (le 23 août 1762). Ce cas, quoique entièrement heureux, ne fut publié que quelques années plus tard et seulement après la mort de l'opérateur, de sorte que le bénéfice en fut limité à l'individu sur lequel il fut pratiqué, et ne put fournir d'indications ou de date pour guider le chirurgien qui veut établir en réalité le principe et la pratique de la résection. En 1768, M. Charles White (1), de Manchester, enleva la tête de l'humérus pour une maladie destructive aiguë de l'articulation de l'épaule; quatre mois après, ce malade, à la surprise du chirurgien, avait recouvré dans une grande mesure les mouvements de l'articulation de l'épaule. Vers la même époque (2), M. Wainman enleva avec succès l'extrémité inférieure de l'humérus dans un cas de luxation compliquée. Ces deux dernières guérisons, et un cas remarquable de guérison après une nécrose traumatique des extrémités articulaires du coude, avec dégénérescence de la capsule articulaire, encouragèrent M. Park à mettre en pratique l'excision de l'articulation du genou, opération qu'il avait conçue depuis longtemps, et qui a été depuis l'objet constant de ses méditations. Le 2 juillet 1781, M. Park fit la première résection du genou avec un succès complet. Le malade, un matelot, retourna à ses occupations ordinaires de marin, qu'il continua jusqu'à sa mort, survenue huit années après. Le même chirurgien pratiqua de nouveau cette opération dans un cas moins favorable, le malade ne s'étant jamais rétabli des suites de l'opération.

C'est à M. Park que nous devons vraiment d'avoir fait connaître ce mode de traitement; il ne fut pas seulement le premier à publier le résultat de la résection du genou, mais, dans son mémoire sur ce sujet, il suggéra l'idée d'appliquer la même opération à d'autres articulations. La justesse de ces vues fut démontrée bientôt par M. Moreau, qui excisa une fois l'articulation du genou et deux fois la malléole, chaque fois avec un résultat favorable, en tout ce qui concerne l'opération elle-même (1).

Malgré le succès encourageant qui couronna ces essais de chirurgie conservatrice, la résection ne rencontra généralement que peu d'encouragement, et bien que, sur le continent, Sabatier (2), Roux (3), Fricke, Textor, Müller et autres, eussent appliqué cette opération à différentes articulations avec des résultats variables, cependant dans ce pays, au commencement du siècle, elle était tombée en désuétude, particulièrement dans le traitement des maladies de l'articulation du genou.

En 1829, M. Syme, suivant l'exemple de sir P. Crampton, qui sept ans auparavant avait reséqué l'articulation du genou dans deux circonstances, fit revivre l'usage de cette opération sur l'épaule et le coude, et en établit bientôt la pratique par d'heureuses opérations sur ces articulations, tandis que, à cause du résultat moins satisfaisant qu'il obtint dans un ou deux cas de résection du genou, il condamna cette dernière opération à un oubli immérité. Vingt ans plus tard, M. Fergusson fut assez hardi pour remettre cette opération en pratique. Son exemple fut bientôt suivi par M. Jones (de Jersey), et quelques autres chirurgiens, et depuis lors cette opération a été employée fréquemment et avec succès.

Le résultat général à atteindre dans toutes les résections est le rétablissement des fonctions d'un membre nécessaire au malade. Les fonctions très différentes des extrémités supérieures et inférieures du corps ont conduit à s'efforcer, en opérant sur les premières, de garantir un moyen d'union facile à la place de l'articulation reséquée; tandis qu'en excisant les articulations du membre inférieur, nous nous efforçons, par tous les moyens en notre pouvoir, de provoquer une ankylose osseuse entre les extrémités articulaires divisées. Pour assurer le premier résultat, il n'est nullement nécessaire de reséquer toutes les extrémités osseuses d'une même articulation, ni même de détruire les surfaces cartilagineuses des os; notre conduite, à cet égard, est dictée par la condition dans laquelle se trouvent les parties elles-mêmes; tandis que, d'autre part, pour obtenirune réunion osseuse, il est absolument nécessaire que les surfaces cartilagineuses opposées d'une articulation soient toutes enlevées, et que les surfaces fraîchement coupées d'un os soient mises et maintenues en contact.

On a publié quinze cas d'examen anatomique d'articulations qui avaient été soumises à la résection, et dont la réparation s'était faite entièrement ou s'est montrée en progrès. Ces faits ont été publiés par Syme (4), Textor (cité par Heyfelder), Heyfelder (5), Roux, Thore, docteur Green (6), Reid et Hutchinson (7). Sept se rapportent à des résections du coude, six à des résections de l'épaule, et les deux autres à des résections du genou. Ne sont compris parmi ces cas de résection que ceux dont la réparation s'est faite dans une certaine étendue. Les examens mentionnés plus haut ont été faits après un laps de temps qui varie de trois mois à dix-

(1) *Cases of Surgery*, vol. I.
(2) *M. Park's Letters to Mr Pratt.*

(1) *Observations pratiques relatives à la résection des articulations*. Paris, 1803.
(2) *Mémoires de l'Institut*, t. V, 1805.
(3) *De la résection*. Paris, 1812.
(4) Syme, *On Resection*.
(5) *Ueber Resectionen*.
(6) *Indian Annals of Medicine*. April, 1855.
(7) *Medical Times and Gazette*, 1857.

neuf ans après l'opération. Il ressort de ces faits qu'au membre supérieur, à une exception près, il ne s'est pas formé de fausse articulation ni rien de comparable à une capsule synoviale, mais que plutôt les extrémités des os ont été réunies par un tissu fibreux résistant qui, dans la plupart des cas, et sous l'influence d'un traitement approprié, a permis des mouvements de flexion et d'extension considérables. Ce tissu est non-seulement un moyen d'union entre les os, mais il empêche leurs extrémités de venir en contact, et il est lui-même le siége des mouvements de l'articulation nouvelle. M. Roux a rapporté un cas exceptionnel dans lequel, après la résection du coude, les extrémités de l'os furent trouvées polies et arrondies. Dans un seul cas les extrémités reséquées de l'os s'étaient reproduites. L'examen des deux articulations du genou reséquées a été fait, pour l'une, trois mois après l'opération, et au bout de quatorze ans pour la seconde. Dans le premier cas, un calus considérable s'était formé entre les extrémités divisées de l'os, tandis que dans le second le fémur et le tibia ne formaient plus qu'un, par le fait de la formation d'une production osseuse étendue de l'un à l'autre. Dans tous les cas, aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs, les muscles et les tendons divisés furent trouvés entrelacés au milieu de la cicatrice de l'opération.

Quand un chirurgien, après des tentatives quelquefois longues et anxieuses pour sauver le membre d'un malade, s'est enfin décidé à la nécessité d'une amputation et qu'il a accompli cette opération, il se repose, pour ainsi dire, de ses fatigues, et n'a plus à donner désormais à son malade que la somme de soins et d'attention qui constitue tout ce qu'il peut faire pour amener le rétablissement de l'opéré; le résultat ultime, la vie ou la mort du malade, dépend, dans la plupart des cas, de la force vitale de celui-ci, avec cette différence que du traitement bien entendu ou négligé de la blessure, il ne peut résulter qu'un moignon bon ou mauvais, selon les cas. Mais il en est tout autrement dans une résection; dans les deux cas les erreurs commises dans le traitement constitutionnel peuvent conduire à une issue fâcheuse; mais tandis qu'après une amputation le manque d'habileté amènera l'effet que nous venons de mentionner, la même faute, après une résection, peut occasionner la perte du membre s'il s'agit du membre supérieur, la vie du malade s'il s'agit du membre inférieur.

Comme dans toutes les tentatives de chirurgie conservatrice, la plus grande patience et la plus grande habileté sont nécessaires; dans ces cas, la responsabilité réelle du chirurgien commence lorsque l'opération est achevée et ne se termine qu'à l'entière convalescence du malade. Il ne faut rien moins qu'une surveillance personnelle du traitement local et un prompt recours à tous les expédients que peut requérir chaque cas particulier, et que peuvent suggérer la vigilance attentive et le talent du chirurgien; il ne faut rien moins que ces conditions, sans en rien omettre, pour assurer un résultat favorable.

De ce qu'on sait généralement de la cause du manque de réunion dans les fractures des os, aussi bien que de nos recherches personnelles sur les fractures non consolidées, nous ne craignons pas de conclure que « la fausse articulation » est relativement rare, et ne peut résulter que de l'absence de toute tendance à la réparation progressive; tandis que le résultat de beaucoup le plus fréquent d'une fracture mal soignée est la formation d'un tissu fibreux entre les extrémités de l'os, ainsi qu'on le voit en examinant une fracture trois semaines après qu'elle s'est [illegible] coude convenablement traitée. [illegible] qu'il résulte quelquefois [illegible] trop souvent amené par l'insuffisance [illegible] maintenir les parties dans l'immobilité.

Les considérations qui précèdent [illegible] compte de la nécessité absolue, dans le [illegible] tions du membre inférieur, de maintenir les parties [illegible] repos complet pour amener une [illegible] qu'après la résection de l'épaule et du [illegible] sable d'essayer, en imprimant au membre des [illegible] passifs, ou par d'autres moyens, d'arrêter, autant que possible, la transformation osseuse du tissu de [illegible] tion entre les extrémités divisées de l'os.

Nous nous proposons d'examiner seulement les [illegible] des grandes articulations, et d'abord celles du membre supérieur, l'épaule, le coude et le poignet, et ensuite de [illegible] le mérite de la même opération appliquée aux trois grandes articulations du membre inférieur.

Articulation de l'épaule. — Les résections de l'épaule, contrairement à celles du genou, n'exigent généralement que l'ablation d'une seule des extrémités osseuses qui entrent dans l'articulation; il est très rare qu'il faille enlever quelque chose de plus que la tête de l'humérus, soit pour une maladie, soit pour une blessure, et ceci à cause de la nature même des affections de cette articulation, qui, alors même qu'elles endommagent sérieusement ou détruisent même la tête de l'humérus, attaquent rarement la cavité glénoïde de l'omoplate. De plus, la position découverte de l'humérus, qui rend cet os si particulièrement exposé aux plaies d'armes à feu, devient une protection pour le scapulum. Heureusement, le bénéfice entier de la résection peut être obtenu par l'ablation d'une des extrémités articulaires, puisqu'on ne se propose pas pour but d'obtenir une ankylose osseuse.

La résection de l'articulation de l'épaule a été pratiquée pour la première fois par M. Charles White (1), de Manchester. Ce chirurgien enleva, en 1768, la tête de l'humérus d'un enfant âgé de quatorze ans pour une nécrose aiguë, avec destruction de l'articulation. Il adopta une incision longitudinale s'étendant depuis l'acromion jusqu'au milieu du bras. A travers cette ouverture on fit saillir la tête de l'os, qui était dénudée et nécrosée, et on l'enleva au moyen d'une scie; le bras fut alors maintenu appliqué au côté au moyen d'un bandage; les suites furent heureuses, bien que, pendant la convalescence, un fragment assez considérable d'os nécrosé se fût détaché de l'extrémité humérale qui avait été sciée. Quatre mois après, le malade avait recouvré le *parfait* usage de son bras, et M. White nous apprend que, d'après l'examen des parties, il paraissait probable que la tête et le corps de l'os s'étaient entièrement reproduits; il n'y avait aucune difformité, et le membre était seulement d'un pouce plus court que du côté opposé. M. Bent (2) et M. Orred (3), de Chester, suivirent bientôt l'exemple de M. White, et peu après d'autres chirurgiens, en Angleterre et sur le continent, mirent en pratique cette opération. M. Moreau (4) fut le premier à enlever l'articulation entière, ce qu'il fit avec succès en 1786. Quelque temps après cette opération ne rencontra générale-

(1) *Cases of Surgery in Phil. Transact.*, vol. XIX.
(2) *Phil. Transactions*, vol. LXVI.
(3) *Phil. Transactions*, vol. LXIX.
(4) *Observations pratiques relatives à la résection des articulations.* Pa[illegible] 1823.

ment que peu de faveur, bien que pratiquée de temps à autre par plusieurs chirurgiens avec un succès variable, et bien qu'employée par Larrey dans certaines circonstances; la pratique en était à peu près tombée en désuétude, lorsque M. Syme la reprit en 1829, et, par les résultats heureux qu'il obtint, la plaça au rang des entreprises les plus encourageantes de la chirurgie conservatrice.

Cette opération est applicable aux luxations compliquées, dans les cas où une balle s'est logée dans la tête de l'os, et dans toutes les blessures de l'épaule compliquées d'écrasement ou de fracture d'un des deux os qui constituent l'articulation, à moins que la gravité de la lésion même, par le fait de la division de vaisseaux importants ou le délabrement considérable des parties molles, ne nécessite la désarticulation du membre.

Il ne faut pas que l'extension de la blessure au corps de l'humérus détourne le chirurgien de tenter l'opération. Pendant la guerre du Schleswig-Holstein, dans plus d'une circonstance, on a enlevé jusqu'à quatre ou cinq pouces du corps de l'os, et cela avec le succès le plus complet.

En cas de maladie, on peut enlever une ou les deux extrémités articulaires pour des caries ou pour quelque autre affection incurable de l'articulation, qui non-seulement la rend inutile en tant qu'articulation, mais encore affecte sérieusement la santé générale du malade. Enfin, cette opération peut remplacer la désarticulation dans les cas où des tumeurs qui affectent la tête de l'humérus ne nécessitent pas, par leur extension au corps de l'os, l'ablation de la totalité du membre. Nous pensons que la résection de cette articulation n'est en aucune manière justifiable pour une simple ankylose, pourvu que ce soit là le seul inconvénient dont le malade ait à souffrir. Les mouvements de l'avant-bras et la rotation du scapulum compensent tellement le défaut des mouvements articulaires que nous ne voyons nullement, dans ce cas, la nécessité de cette opération. L'opération est contre-indiquée lorsque, en même temps qu'une fracture compliquée, existe une destruction considérable des parties molles, ou quelque lésion de vaisseaux ou de nerfs importants. Aucun cas de nécrose ou de carie ne doit être soumis à cette opération, à moins que la maladie ne soit bornée à l'extrémité articulaire de l'os ou à une portion de l'os qu'on puisse enlever.

Le but de cette opération est de rendre au malade une articulation forte, non douloureuse et mobile, s'il est possible; et ces résultats seront surtout atteints par un choix attentif des cas auxquels elle est applicable, par une opération bien conçue et un traitement ultérieur approprié.

L'objet de tout procédé opératoire est de mettre suffisamment à découvert l'articulation en lésant le moins possible les parties environnantes. Il paraît, d'après l'histoire des premières opérations faites sur cette articulation, que, malgré l'adoption par Park, White et quelques autres, d'une simple incision longitudinale pour enlever la tête de l'humérus, cependant jusqu'à ce qu'elle ait été pratiquée par le professeur Langenbeck, le long tendon du biceps avait toujours été divisé. Ce chirurgien a fait usage le premier d'un procédé opératoire qui a pour but la préservation de ce tendon. Sa méthode est la suivante : L'incision commence à l'acromion et s'étend en bas sur la région antérieure de l'articulation dans une étendue de trois ou quatre pouces; elle doit tomber juste sur la coulisse bicipitale, qui est alors ouverte, et le tendon est attiré en dedans; les muscles insérés aux tubérosités sont ensuite divisés, et la tête de l'os, portée en dehors de la plaie, est enlevée au moyen d'une scie ordinaire. Cette opération ne présente pas de grandes difficultés dans l'exécution quand la tête de l'os a conservé ses connexions avec le corps, et que les parties molles ne sont ni tendues, ni gonflées. D'un autre côté, il est difficile, avec cette incision, d'enlever la tête de l'humérus lorsqu'elle est séparée du corps de l'os, et particulièrement lorsque les téguments sont gonflés et œdémateux. Pour remédier à cet inconvénient, et pour ménager une issue aux produits de la plaie, Stromeyer a fait usage d'une incision demi-circulaire, commençant au bord postérieur de l'acromion, s'étendant en bas et en dehors dans une étendue de trois pouces et ayant sa concavité tournée en avant; l'articulation est alors franchement ouverte en haut et en arrière, le tendon du biceps peut être ménagé, et une ouverture libre et assurée est laissée pour le pus. Stromeyer constate que les malades guérissent de cette opération beaucoup plus rapidement qu'après celle de Langenbeck, à cause de la beaucoup plus grande facilité qu'elle donne pour nettoyer la plaie. On sait bien qu'une guérison complète peut survenir même après la division du tendon du biceps; Esmarch rapporte trois cas de résection dans lesquels le tendon du biceps avait été lacéré par une balle, et cependant, dans chacun de ces cas, le malade se rétablit avec un usage satisfaisant du bras. On peut inférer aussi d'une pareille observation, que la division transversale des fibres du deltoïde n'a que peu d'influence sur le succès définitif. Quel que soit le mode d'incision adopté, le deltoïde, à peu d'exceptions près, s'atrophie considérablement après l'opération, ce qui est dû probablement à la division de ses nerfs, qui sont, avec l'artère circonflexe postérieure, les seuls nerfs et vaisseaux importants qui peuvent être lésés.

Le traitement consécutif à cette opération est beaucoup plus simple et plus facile qu'après l'incision de quelques autres articulations. Le repos absolu, la propreté de la plaie et un régime général approprié sont les principales précautions à prendre; mais nous nous en référons à la règle adoptée pendant la guerre de Scheswig-Holstein. L'immobilité absolue était obtenue en maintenant le bras sur le côté de la poitrine au moyen d'un bandage. La glace était largement appliquée sur les parties et maintenue jusqu'à ce que la suppuration se fût franchement établie. La saignée générale et locale était employée libéralement pendant la période de réaction, et c'est là un point sur lequel Stromeyer insiste fortement. La plaie n'était jamais dérangée, le nettoyage étant obtenu en versant de l'eau sur la plaie. Le pus, s'il venait à s'en former, était évacué par des incisions et non pas au moyen de pressions exercées sur la plaie. La cicatrisation était provoquée par des pansements et des lotions au nitrate d'argent; un bandage de flanelle maintenait les parties; des mouvements passifs étaient imprimés au membre aussitôt après la formation de la cicatrice, et continués, selon le jugement du chirurgien et la tolérance du malade, jusqu'à ce que celui-ci eût recouvré un mouvement volontaire considérable du membre.

Stromeyer et Esmarch sont d'accord quant au moment le plus favorable pour la résection après les blessures d'armes à feu. Ils divisent en trois périodes le temps qui s'écoule après que la blessure a été produite. La première dure vingt-quatre heures pendant lesquelles il ne s'opère vers le siége du mal qu'un travail comparativement insignifiant ou nul.

La seconde, ou période de réaction, s'étend du second jour au moment où la suppuration s'établit; et la troisième comprend le temps écoulé depuis l'établissement de la suppuration. Nous trouvons cette division d'une grande importance et de beaucoup préférable à la vieille division des opérations en primitives et consécutives (*primary and secondary*); ce qui est une division arbitraire du temps, indépendante des changements qui peuvent survenir dans la blessure. Dans la classe des opérations primitives sont comprises les opérations effectuées, soit avant qu'aucun changement pathologique ait eu lieu au siége de la blessure, soit pendant les premiers moments de la période d'inflammation et de réaction; deux états qui ont une influence très différente sur le résultat définitif, heureux ou malheureux pour le malade.

L'époqne la plus favorable pour la résection est celle des premières vingt-quatre heures, ou lorsque la suppuration est complétement établie. De six résections de l'épaule faites dans la première période, deux furent suivies de mort. Dix malades furent opérés après que la suppuration s'était établie : deux d'entre eux succombèrent. De trois autres, qui subirent l'opération pendant la période d'inflammation, deux moururent. Il y a encore un inconvénient qui survient dans les opérations pratiquées pendant cette période : ce sont les hémorrhagies considérables qui ont lieu pendant l'opération elle-même. La vérité de ces remarques, et les faits qui ressortent de ces résections de l'articulation de l'épaule, sont pleinement confirmés par le résultat des opérations pratiquées sur d'autres articulations, avec lesquelles leur rapprochement sera établi plus loin.

Dix-neuf malades ont subi la résection de l'articulation de l'épaule pendant la guerre du Schleswig-Holstein ; sept ont succombé, et douze ont guéri avec des articulations redevenues utiles et mobiles. On rapporte que, parmi ces derniers, un malade retourna à ses travaux de laboureur de ferme, et, à la date des dernières nouvelles, il était engagé comme batteur en grange. Les autres, au moment où s'arrête leur observation, avaient repris leurs occupations ordinaires ou recouvrèrent rapidement l'usage de leurs membres. On s'est servi de cet argument contre la résection en général, que la convalescence est ennuyeuse au delà de toute tolérance; mais Stromeyer prouve que le temps moyen pour arriver à une bonne cicatrisation est de trois mois environ, quoique naturellement les malades ne puissent reprendre le complet usage de leurs membres dans ce même laps de temps. De sept cas malheureux, deux étaient relatives à des opérations immédiates, deux avaient été pratiquées pendant la période de réaction, et les trois autres pendant la période de suppuration. Les sujets moururent tous de pyoémie, et chez la plupart on trouva des abcès secondaires développés au milieu des viscères. Chez cinq d'entre eux, il y eut, avant la mort, d'abondantes hémorrhagies mêlées de pus, résultat, selon la remarque d'Esmarch, de l'obstruction de la veine axillaire.

La mortalité que nous indiquons ici paraît, à première vue, considérable pour une opération comme celle que nous discutons; mais il est nécessaire de prendre en considération les conditions au milieu desquelles ces opérations furent pratiquées. « Elles furent faites, dit Esmarch, au milieu de circonstances dans lesquelles plus d'un tiers des amputés de l'armée succomba. » De plus, nous rappellerons que les sujets moururent d'infection purulente, maladie qui, dans l'état actuel de nos connaissances, ne paraît pas se rattacher de préférence à une opération importante plutôt qu'à une autre. En fait, les conditions qui peuvent influer, dans la chirurgie militaire, sur le rétablissement des malades après les opérations, sont si variables, que nous pouvons à peine comparer avec quelque vérité les résultats d'une opération, selon qu'ils se présentent après deux batailles différentes. Nous pouvons beaucoup moins encore apprécier l'excellence et juger la valeur relative de deux procédés opératoires, en arguant de leurs résultats respectifs dans deux campagnes différentes. Par exemple, après la bataille de Fredericia, de tous les cas d'amputation de la cuisse un seul opéré guérit; et cependant, de cent vingt-huit amputations de cuisse pratiquées dans toute la guerre, soixante-dix survécurent. Nous ne pouvons comparer les résultats des résections de l'articulation de l'épaule dans cette campagne avec ceux qu'a cités Larrey, qui rapporte dix cas de résections de l'épaule pour des coups de feu, qui furent toutes suivies de guérison. On ne peut comparer davantage ces dernières avec les résultats de la même opération exécutée en Crimée. Mais nous devons accueillir les relevés d'Esmarch et les apprécier, en pesant dans notre esprit, en tant qu'elles nous sont connues, les conditions auxquelles les malades furent exposés après l'opération, circonstances sous l'influence desquelles plus d'un tiers des amputés du bras succombèrent. Et peut-être nous aurons une connaissance plus complète de la valeur comparative mode de traitement, en nous reportant à la relation de huit cas observés et indiqués par Esmarch. C'étaient des blessures auxquelles la résection eût été applicable ; mais ils furent *abandonnés à la nature*, à cause d'une expérience insuffisante de la valeur de l'opération. Cinq des malades moururent, et les trois autres n'étaient pas guéris six mois après, mais semblaient plutôt réclamer le bénéfice d'une intervention chirurgicale.

Les résultats de notre expérience en Crimée, publiés jusqu'ici, donnent une impression plus favorable de la valeur de l'opinion en discussion. Douze résections de l'articulation de l'épaule ont été faites devant Sébastopol, avec deux cas de mort seulement, tandis que les survivants ont plus ou moins recouvré les mouvements du membre. Soixante malades ont subi l'amputation dans la contiguïté, pour des blessures de la même articulation. Dix-neuf sont morts, ce qui donne 15 pour 100 en faveur de la première opération (1).

Nous ne pouvons guère comparer avec exactitude la mortalité après la résection avec celle qui a suivi la désarticulation dans les guerres précédentes; car, dans celles-ci, on paraît avoir adopté l'amputation dans la contiguïté pour presque toutes les fractures par armes à feu siégeant à l'extrémité inférieure de l'humérus. Cela est vrai pour ce qui regarde la pratique de Larrey dans la première partie de sa carrière, et non moins vrai pour Pirogoff, qui, dans un ouvrage publié en 1840, pose cette question, si, dans les cas de fractures de l'humérus par un coup de feu, il est permis de faire une tentative pour sauver le membre (2)? La statistique donnée par Larrey de ses succès dans la désarticulation du membre supérieur, donne une impression plus favorable de cette opération que les chiffres fournis par tous les autres chirurgiens qui l'ont pratiquée. En 1817, Larrey et les médecins sous ses ordres avaient amputé l'articulation de l'épaule plus d'une centaine de fois, et quatre-vingt-dix opérés avaient guéri (3).

(1) *Medical Times and Gazette*, sept. 20th, 1856.
(2) *Rapport médical d'un voyage au Caucase.*
(3) *Cooper's Surgical Dictionary*, article *Amputation.*

La statistique de M. Guthrie, tirée des hôpitaux de la Péninsule, donne une beaucoup plus grande mortalité. De cinquante-six cas de désarticulation de l'épaule, trente-trois guérirent. Nous avons à regretter de n'avoir pas encore en notre possession un nombre de cas suffisant de résection de cette articulation pour nous livrer à une bonne comparaison, sur une large échelle, entre la mortalité relative de la résection et de la désarticulation de l'épaule. Autant qu'on peut le déduire des renseignements qui sont aujourd'hui en notre possession, c'est-à-dire de l'expérience qui a été faite dans les guerres du Schleswig-Holstein et de la Crimée, il est bien évident que la résection est l'opération la moins dangereuse. Il n'y a que peu d'exemples publiés de la résection complète de l'articulation scapulo-humérale. MM. Moreau, Syme, Heyfelder, Larrey et Lauer, ont enlevé l'articulation entière. Ces cinq cas ont été entièrement heureux, excepté celui d'Heyfelder, dont le malade mourut le vingt et unième jour, probablement des suites directes de l'opération. Le cas de Larrey est bien digne de remarque; il démontre clairement la puissance de réparation après la mutilation la plus étendue. L'opération a consisté dans l'ablation de la tête de l'humérus, de l'acromion, de l'extrémité acromiale de la clavicule, de la cavité glénoïde et d'une partie de l'épine de l'omoplate; et cependant le malade guérit avec la faculté d'imprimer des mouvements étendus au membre supérieur, l'extrémité humérale s'étant creusé un lit le long des côtes, dans la profondeur de la région axillaire.

Les résultats de la résection pratiquée pour une maladie de l'articulation scapulo-humérale sont, comme on pouvait le supposer, moins favorables que lorsque l'opération est consécutive à des plaies d'armes à feu, quoique cette opération soit rarement requise en pareil cas, à cause de l'immunité comparative dont cette articulation est l'objet dans la maladie des extrémités articulaires qui la composent et de sa membrane synoviale. Nous avons la preuve incontestable que les effets curatifs de cette opération sont le plus souvent permanents et qu'on ne peut invoquer contre elle cette objection qui a été fréquemment reproduite contre la résection des autres articulations, savoir que les effets n'en sont pas durables. Moreau, Syme, Textor, Larrey et quelques autres encore en ont eu sous leurs yeux des exemples pendant des années. Textor a eu l'occasion d'examiner le corps d'un malade auquel la résection de l'épaule avait été pratiquée dix-neuf ans auparavant, et il a trouvé la nouvelle articulation parfaitement saine. Il y a une grande importance à tâcher de conserver le membre supérieur par tous les moyens en notre pouvoir, à cause de l'insuffisance des appareils pour remplacer l'avant-bras et la main; la simplicité de l'opération en question, la facilité de son exécution et l'absence comparative de danger, la grande puissance de réparation que possèdent les parties environnantes, et avec tout cela la terminaison peu favorable de la plupart des cas abandonnés à la nature, ces considérations et le résultat encourageant des cas où l'opération a été mise en pratique ne nous permettent pas de condamner un membre supérieur à l'amputation avant d'avoir bien examiné la question de la résection.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Inflammation artérielle et gangrène sénile.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai suivi avec un intérêt tout particulier la discussion qui s'est élevée, au sein de la Société de médecine des hôpitaux, entre nos savants confrères MM. Béhier, Legroux, Barth, Gubler et Sée, sur les causes anatomiques de la gangrène sénile. Bien que je croie avoir dit le premier que l'*artérite* est une des causes fréquentes de cette maladie, je ne me serais pas plaint du silence gardé à mon égard, je n'aurais pas réclamé contre ce qui me paraît, à tort peut-être, un déni de justice envers moi. Je sais trop bien, et je trouve même naturel, que le public n'aime pas qu'on l'occupe de vains débats de priorité. Peu lui importe, en effet, que ce soit Pierre ou Paul qui ait découvert une vérité; il en profite, cela lui suffit; le reste n'intéresse que l'amour-propre de l'inventeur.

Mais, dans un des derniers numéros de votre journal, M. Legroux dit, en parlant de la doctrine qui attribue, dans un certain nombre de cas, le développement de la gangrène sénile à l'inflammation artérielle : *Cette doctrine, hautement proclamée par Dupuytren à l'Hôtel-Dieu, revendiquée par M. Roche*, etc. Me voici donc obligé de justifier ma revendication, puisqu'un doute est exprimé sur sa légitimité. Garder le silence, ne serait-ce pas accepter en quelque sorte ma condamnation et reconnaître implicitement le mal-fondé de mes prétentions?

Permettez-moi, monsieur et très honoré confrère, d'entreprendre leur justification dans votre journal, puisque c'est dans ses colonnes qu'elles sont contestées. Pour être court, je me bornerai à un simple exposé de faits et de dates.

En juin 1824, Dupuytren remettait à Marjolin, pour la composition de l'article *Gangrène* du *Dictionnaire de médecine*, édité par Béchet, une note ainsi conçue :

« Une femme, âgée de soixante et quelques années, vint à l'Hôtel-Dieu, il y a près d'un an, pour y être traitée de gangrène sénile qui affectait les orteils du pied gauche. De vives et longues douleurs avaient précédé cette gangrène, et avaient, pendant plusieurs mois, privé la malade de tout sommeil. La maladie avait en outre pour caractères la mortification et, en quelque sorte, la momification du sommet des orteils indiqués, la tuméfaction violacée de la partie voisine des orteils et du pied, et une odeur vive, pénétrante, et très difficile à supporter.

» Pendant les premiers mois de son séjour à l'Hôtel-Dieu, on eut recours successivement, et sans le moindre succès, aux opiacés, et au quinquina administré à l'intérieur et appliqué à l'extérieur. Loin de s'amender, la maladie fit des progrès : le reste des orteils, le dos et la plante du pied, les parties molles et les parties osseuses, furent frappés assez rapidement, d'abord de gonflement violacé très douloureux, ensuite de gangrène sèche, toujours accompagnée d'une odeur très forte. L'état du cœur, des poumons et des principales artères fut étudié, on n'y découvrit aucun signe de lésion. A cette époque, tourmenté par les douleurs de la malade et fatigué que j'étais de l'inutilité que j'avais si souvent éprouvée des remèdes calmants, antispasmodiques, toniques, antiseptiques, etc., conseillés et employés par tous les auteurs et par tous les praticiens, je résolus de tenter d'autres moyens, et, prenant conseil de l'état du pouls qui était plein et dur, de l'état de la face qui était rouge et animée, je fis pratiquer à la malade une saignée de deux palettes. Les douleurs furent calmées, le sommeil fut rappelé, et les progrès de la gangrène furent suspendus à tel point que la malade ne s'était jamais trouvée aussi bien depuis le commencement de son mal. Cette amélioration dura une quinzaine; au bout de ce temps, les symptômes reparurent. Suivant encore la méthode *a juvantibus indicatio*, je fis pratiquer une nouvelle saignée qui eut les mêmes effets que la première. A dater de ce mo-

ment, on y revint chaque fois que la maladie menaça de reparaître, et, à la faveur de ce traitement, les retours de la gangrène sénile ont été prévenus, les parties gangrénées se sont séparées, la cicatrice s'est faite, et la malade est sortie de l'Hôtel-Dieu emportant avec elle le conseil de recourir à la saignée chaque fois que quelques symptômes de son ancien mal pourraient en faire craindre le retour.

» Depuis ce temps, plusieurs individus affectés de gangrène sénile ont été traités par la saignée, et toujours avec le même succès. Ce traitement s'applique-t-il à toutes les espèces de cette maladie? Je pense qu'il peut s'appliquer toutes les fois que la maladie est accompagnée de douleurs vives, de tuméfaction considérable, de plénitude et de dureté dans le pouls, de coloration de la face. »

Ainsi, dans cette note, le mot *artérite* n'est pas une seule fois prononcé; il n'est pas même dans la pensée de Dupuytren. Il saigne *empiriquement*, parce que tous les autres moyens généralement usités contre la gangrène ont été essayés sans succès, et parce que le pouls de la malade est plein et dur et son visage fortement coloré. S'il revient à la saignée, c'est parce que la malade a été soulagée par la première, *a juvantibus indicatio*, comme il le dit lui-même; s'il applique le même traitement à d'autres cas de gangrène sénile, c'est parce que l'expérience lui en a démontré les bons effets; s'il donne enfin le conseil d'imiter sa conduite, c'est uniquement dans les cas de douleurs vives, de tuméfaction considérable, de plénitude et de dureté du pouls, de coloration de la face, et nulle part il ne base son précepte sur la connaissance de la nature de la maladie dont la gangrène sénile est le symptôme.

Dupuytren ne savait donc pas encore et n'enseignait pas en 1824 que la gangrène sénile dépend souvent d'une inflammation de la tunique interne des artères.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 9 août 1827, je défendais publiquement cette doctrine. Les journaux de médecine de l'époque en font foi. On m'accordera sans peine, je l'espère, que je ne l'improvisais pas au moment de la discussion. Témoin, dans les salles de l'Hôtel-Dieu, du fait de Dupuytren, je m'étais en effet livré immédiatement à des recherches cadavériques pour découvrir la cause anatomique de la gangrène sénile, et, plusieurs mois avant la séance académique du 9 octobre 1827, je l'avais signalée au sein de la Société de l'athénée de médecine. Il ne m'a pas été possible de retrouver la date de cette séance.

Par conséquent, pour établir que Dupuytren avait émis avant moi l'idée que *la gangrène sénile est l'effet de l'artérite*, comme l'a imprimé tout récemment M. Legroux dans votre journal, il faudrait prouver qu'il l'avait proclamée, puisque proclamée il y a, dans les années 1825 et 1826.

Je ne crois pas que l'on puisse fournir cette preuve, et voici sur quoi je me fonde pour en douter.

Dès la première édition de nos *Eléments de pathologie médico-chirurgicale*, au quatrième volume, publié en 1828, la doctrine de l'artérite est indiquée à l'article des *oblitérations artérielles* et formellement exprimée à l'article *gangrène sénile*. Sanson, mon collaborateur, Sanson, dont la franchise et la loyauté étaient proverbiales, élève aimé de Dupuytren, n'eût pas manqué de m'avertir que l'idée appartenait à son maître, et Dupuytren, à qui notre ouvrage était dédié, qui le lisait et avait la bonté de nous encourager de son approbation, Dupuytren aurait réclamé auprès de moi, et je me fusse empressé de faire droit à sa réclamation.

En 1829, M. le professeur Bouillaud, dans l'article *Artérite* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, déclare qu'il me croit l'auteur de la nouvelle théorie de la gangrène sénile. Dupuytren, qui écrivait dans le même ouvrage, n'a pas réclamé.

Enfin, en 1833, M. Bégin, collaborateur de Dupuytren pour plusieurs articles de ce même dictionnaire, traçant l'histoire de la gangrène, n'hésite pas à m'attribuer le faible mérite de la découverte. Dupuytren ne réclame pas davantage.

A ces faits, à ces dates, qu'oppose-t-on? On dit vaguement que la doctrine de l'artérite était de notoriété publique à l'Hôtel-Dieu (Dezeimeris), qu'elle y était hautement proclamée par Dupuytren (M. Legroux). J'ai prouvé que ce ne pouvait pas être en 1824, j'ai prouvé en outre que je l'avais défendue publiquement en 1827, et j'en ai conclu que, pour m'enlever la priorité, il fallait établir que le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu avait enseigné les mêmes idées en 1825 ou 1826. C'est cette preuve que j'attends avant de renoncer à mes prétentions.

Et maintenant, mon très honoré confrère, je vous demanderai si vous croiriez avoir perdu vos droits à la priorité d'une de vos découvertes par cela seul que quelqu'un affirmerait, sans le prouver, qu'un autre l'avait proclamée avant vous. J'adresse la même question à M. Legroux lui-même. Vous répondriez l'un et l'autre, je n'en doute pas, qu'en matière scientifique les écrits et les dates certaines font seuls loi pour établir les droits de chacun. Je revendique en ma faveur le bénéfice de cette jurisprudence.

On ne prête qu'aux riches, je le sais; mais j'ignorais qu'à leur profit il fût loisible de dépouiller les pauvres.

Toutefois, très honoré confrère, si vous pensez que la doctrine de l'*artérite* doive faire plus sûrement son chemin sous l'autorité du grand nom de Dupuytren que sous le nom obscur de votre serviteur, dans l'intérêt de la doctrine elle-même, dont je me borne désormais à désirer le progrès, je renoncerai désormais à m'en dire l'auteur (1).

Recevez, etc. L.-Ch. Roche, D. M. P.

Membre de l'Académie impériale de médecine, etc.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1857.

Morve farcineuse chronique terminée par la guérison. Considérations sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette maladie, par *M. Hip. Bourdon*. — Dans cette observation, il s'agit d'un jeune homme de vingt-cinq ans, déménageur, demeurant rue Notre-Dame-de-Lorette, 9, n'ayant jamais eu d'affections scrofuleuses ni de syphilis.

Avant de tomber malade, il avait pansé, et cela sans aucun soin de propreté, un cheval morveux pendant vingt ou vingt-cinq jours. Le 15 février, il est pris tout à coup de frisson, suivi de chaleur, de céphalalgie, de malaise général; la fièvre s'établit, elle est continue, et s'accompagne de nausées, de toux, d'expectoration muqueuse, de signes stéthoscopiques de bronchite, et, comme phénomène saillant, de douleurs excessivement vives dans les membres inférieurs, et surtout dans les cuisses, souffrances intolérables qui le privent de sommeil. Elles occupent la continuité des membres plutôt que les articulations, et paraissent avoir pour siége les masses musculaires, sans aucune tuméfaction, aucun changement de couleur ou de calorification de la peau. Après dix jours survinrent des sueurs extrêmement abondantes et continuelles. Cet état fébrile dura dix-sept jours, et fut suivi d'une autre phase, qu'on pourrait appeler période de suppuration et d'ulcération.

D'abord un abcès se forma à la partie antérieure de chacune des cuisses presque en même temps; ensuite une vaste collection purulente se montra à chaque fesse, un cinquième abcès près de la marge de l'anus, un sixième enfin sur le côté du thorax. Le pus, se formant toujours avec la plus grande rapidité en vingt ou vingt-quatre heures, était assez lié, jaune verdâtre, souvent mélangé de sang. Ces collections furent ouvertes à l'aide du bistouri aussitôt que la fluctuation devint évidente. L'écoulement des deux premiers abcès ne fut pas très abondant, mais il se prolongea fort longtemps; ceux des fesses fournirent une quantité énorme de pus: du côté droit, particulièrement, il s'écoula plus d'un litre de ce liquide le jour de l'incision.

Sous l'influence de ces graves accidents, le sieur B... s'affaiblit peu à peu, dépérit considérablement, et finit par tomber dans un état voisin du marasme.

Il en était là lorsqu'un nouveau genre de lésion se montra, lequel, jointe aux symptômes précédents, acheva de nous éclairer sur la nature de la maladie, malgré le résultat négatif de l'inoculation tentée à l'École d'Alfort.

(1) Nous publierons prochainement une lettre de M. Fritz sur les oblitérations artérielles.

Le malade ayant présenté de l'enchifrènement avec crachats sanguinolents provenant des fosses nasales, on examina celles-ci avec attention, et l'on finit par découvrir du côté droit, sur la cloison, une petite ulcération superficielle, arrondie, à fond grisâtre; il n'y avait pas de fétidité de l'haleine nasale. C'est alors qu'on ajouta l'iodure de soufre aux moyens toniques, tels que quinquina, vin de Bordeaux, alimentation analeptique, auxquels le malade était déjà soumis depuis vingt jours.

Sous l'influence de ce traitement et des conditions hygiéniques très favorables et tout à fait exceptionnelles, on vit bientôt la fréquence du pouls diminuer, les sueurs cesser, et l'état général s'améliorer d'une manière notable; l'ulcération, après s'être étendue peu à peu en largeur et en profondeur, de telle sorte que son fond était formé par le cartilage dénudé et desséché, prit un meilleur aspect, se couvrit de bourgeons charnus, et marcha vers la cicatrisation. Celle-ci cependant dut être excitée à la fin par quelques légères cautérisations, faites d'abord à l'aide de la teinture d'iode, ensuite avec le crayon de nitrate d'argent.

En même temps les forces augmentaient chaque jour, et le sieur B... revenait à la santé, si bien que le 13 juin, quatre mois après le début de son affection, il sortait de l'hôpital, parfaitement rétabli, portant sur la cloison des fosses nasales une cicatrice caractéristique composée de fibres blanchâtres, comme nacrées, et résistantes.

Depuis lors, c'est-à-dire depuis près de dix-huit mois, la guérison s'est parfaitement maintenue; j'ai suivi le sieur B..., je l'ai encore revu il y a quelques jours, et j'ai pu constater qu'il se portait très bien, ne se ressentait nullement des suites de sa grave et longue maladie; bien plus, il a pris de l'embonpoint, du teint, et une apparence de force qu'il n'avait pas antérieurement.

SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1857.—PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Ordre des lectures. — 1° Rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1857, par M. Depaul, secrétaire annuel. 2° Sujets des prix proposés pour 1858 et 1859. 3° Éloge de M. Magendie, par M. Fréd. Dubois, secrétaire perpétuel.

PRIX DE 1857. — Prix de l'Académie. — L'Académie avait mis au concours la question suivante : « Déterminer par des faits cliniques le degré d'utilité des exutoires permanents dans le traitement des maladies chroniques. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. L'Académie accorde, à titre de *récompense*, une somme de 600 francs à l'auteur du mémoire n° 1, M. le docteur Zurcowski, médecin à Pont-à-Mousson. Elle accorde en outre, à titre d'*encouragement*, une somme de 400 francs à M. Le Tertre-Vallier, médecin militaire à Amiens (Somme), auteur du mémoire n° 5. — 3° Elle accorde, en outre, une *première mention honorable* à M. le docteur Payen de la Garanderie, médecin à Coutances (Manche), auteur du mémoire n° 2. — 4° Une *deuxième mention honorable* à M. le docteur Revillout, de Besançon (Doubs), auteur du mémoire n° 6.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie avait proposé pour sujet de prix : « Exposer les altérations organiques produites par l'affection rhumatismale, et déterminer les caractères à l'aide desquels elles peuvent être distinguées des altérations dues à d'autres causes. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Aucun mémoire n'ayant été envoyé à l'Académie, la question ne sera pas remise au concours.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — La question mise au concours était : « Du vertige nerveux. » Tracer avec soin le diagnostic différentiel du vertige nerveux, signaler les caractères qui le distinguent des vertiges produits par la pléthore, par l'anémie, et par une lésion organique cérébrale, et indiquer le traitement particulier qu'il réclame. Ce prix était de la valeur de 1,500 francs. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Max-Simon, médecin à Aumale (Seine-Inférieure), auteur du mémoire n° 5. — Elle accorde une *première mention honorable* à M. le docteur Étienne-Louis-Constant Trastour, de Nantes (Loire-Inférieure), auteur du mémoire n° 2; et une *deuxième mention honorable* à l'auteur du mémoire n° 1, M. le docteur F. Neucourt, de Verdun (Meuse).

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — « De la mélancolie. » Ce prix, qui est triennal, était de la valeur de 1,800 francs. L'Académie ne décerne point de prix; elle accorde, à titre d'*encouragement* : 1° Une somme de 800 francs à M. le docteur Chabrier, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, auteur du mémoire n° 2. — 2° Une somme de 400 francs à M. Le Tertre-Vallier, médecin militaire à Amiens (Somme), auteur du mémoire n° 3. — 3° Une somme de 400 francs à M. Giuseppe Rotta, médecin à Varallo (États-Sardes), auteur du mémoire n° 1.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — 1° *Question relative à l'art des accouchements*. La question des *morts subites dans l'état puerpéral*, proposée pour 1855, était remise au concours pour l'année 1857. L'Académie fera remarquer aux concurrents que depuis longtemps on a observé des cas de mort subite chez les femmes enceintes, en travail ou accouchées, sans que ces cas de mort aient pu s'expliquer par les causes ordinaires et appréciables des morts subites. Ce sont ces cas encore inexpliqués que l'Académie avait en vue quand elle a proposé la question des *morts subites dans l'état puerpéral*, et c'est dans ce sens exclusivement qu'elle désire que la question soit traitée. Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. L'Académie décerne le *prix* à M. le docteur Ambroise-Eusèbe Mordret, du Mans (Sarthe), auteur du mémoire n° 2. — Elle accorde une *première mention honorable* à M. le docteur Achille Dehous, de Valenciennes (Nord), auteur du mémoire n° 1 ; et une *deuxième mention honorable* à l'auteur du mémoire n° 4, M. le docteur Eugène Moynier, de Paris.

2° *Question relative aux eaux minérales*. Caractériser les eaux minérales *salines*, indiquer les sources qui peuvent être rangées dans cette classe; déterminer par l'observation médicale leurs effets physiologiques et thérapeutiques, et préciser les cas de leur application dans les maladies chroniques. Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. L'Académie accorde le *prix* à MM. E. Pétrequin, professeur à l'École de médecine de Lyon, et Socquet, médecin de l'Hôtel-Dieu de la même ville, auteurs du mémoire n° 2. — Elle accorde, en outre : Une *première mention honorable* à M. le docteur Herpin (de Metz), auteur du mémoire n° 3 ; et une *deuxième mention honorable* à M. le docteur Rotureau, de Paris, auteur du mémoire n° 1.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Ce prix, qui est annuel et qui était de la valeur de 3,000 francs, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (*Extrait du testament*.) L'Académie déclare qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, devait être décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre pendant la période de 1850 à 1856, ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six années au traitement des autres maladies des voies urinaires. La valeur de ce prix est de 12,000 francs. Vingt-deux mémoires ont été envoyés à l'Académie ; la commission chargée d'en faire l'examen n'a pu encore en prendre une connaissance suffisante pour établir son jugement ; en conséquence, le prix ne pourra être décerné qu'en 1858.

Prix et médailles accordés a MM. les médecins vaccinateurs. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder (pour le service de 1855):

1° Un prix de 1,500 francs partagé entre : M. le docteur Diech, à Saint-Sulpice-la-Pointe (Tarn), pour plusieurs communications importantes, et en particulier pour son mémoire sur l'analogie de la vaccine avec la petite vérole. — M. le docteur Duffis, à Morlaas (Basses-Pyrénées), pour une pratique de plus de quarante ans. Déjà récompensé par six médailles d'argent et une médaille d'or. — M. le docteur Reydellet, chirurgien de première classe de la marine impériale, pour le zèle sans exemple avec lequel, depuis 1825, il a propagé la vaccine dans l'île de la Réunion, et pour les 79,546 vaccinations qu'il a pratiquées depuis cette époque.

2° Des médailles d'or à : M. Verdier, docteur en médecine à Barre (Lozère), pour son zèle longtemps signalé d'une manière spéciale par M. le préfet du département, et pour un rapport très important. — Madame Limousin-Chalmet, sage-femme à Romorantin (Loir-et-Cher), pour ses nombreuses vaccinations, qui lui ont déjà mérité neuf médailles d'argent, et pour un zèle, un dévouement et une exactitude qui lui ont valu une mention toute spéciale de M. le préfet. — M. Riquier, docteur en médecine à Amiens (Somme). La pratique de ce confrère remonte à plus de vingt ans. La Société de médecine d'Amiens, qui a pu apprécier ses services, le recommandait d'une manière toute spéciale. — M. Boissat, docteur-médecin à Périgueux (Dordogne), déjà plusieurs fois récompensé par l'Académie, et que M. le préfet place toujours en tête des vaccinateurs qui rendent les plus grands services à son département.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles accordées a MM. les médecins des épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des

travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1856 :

1° Des médailles d'argent à : M. Gestin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Quimper. Rapport sur une épidémie de dysentérie qui a régné dans le canton de Pont-Aven. — M. Brouillet, médecin de la colonie d'Ostwald (Bas-Rhin). Mémoire sur l'épidémie de diarrhée qui a sévi dans cette colonie. — M. Perrochaud, médecin des épidémies de l'arrondissement de Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais). Mémoire sur l'épidémie d'angine diphthéritique qui a régné dans cette ville. — M. Raimbert, médecin des épidémies à Châteaudun. Rapport sur la constitution médicale de cet arrondissement (Eure-et-Loir) pendant l'année 1856, et Monographie de la pustule maligne et des affections charbonneuses. — M. Ragaine, médecin à Mortagne (Orne). Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans plusieurs communes de ce département.

2° Des médailles de bronze à : M. Martin-Duclaux, médecin à Villefranche (Haute-Garonne). Rapport sur la constitution médicale de cette ville en 1856. — M. Jobert, médecin des épidémies du canton de la Ferté-sur-Amance (Haute-Marne). Compte rendu des diverses affections qu'il a observées dans ce canton, et rapport sur une épidémie d'angine grave. — M. Lemoine, médecin des épidémies de l'arrondissement de Château-Chinon (Nièvre). Observations sur une épidémie d'angine maligne qui a sévi dans cet arrondissement. — M. Gauné, médecin en chef de l'hôpital de Niort (Deux-Sèvres). Rapport sur une épidémie de congestion rachidienne qui a régné chez les jeunes filles de l'hospice des Enfants trouvés, à Niort, en 1856.

3° Des mentions honorables à : M. Yvonneau, médecin des épidémies, à Blois. — M. Philbert, officier de santé à Bulgoréville (Vosges). — M. Poussié fils, médecin des épidémies, à Marvejols (Lozère). — M. Colson, docteur-médecin à Commercy (Meuse).

Médailles accordées a MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales en 1855 :

1° Rappel de médailles d'argent avec mention honorable à : M. Le Bret, médecin inspecteur à Balaruc (Hérault). Observations relatives aux militaires appartenant à l'armée d'Orient. — M. Lefort, pharmacien à Paris. Recherches sur les eaux minérales et thermales de Royat et de Chamalières. — M. Buissard, médecin inspecteur à Lamotte-les-Bains (Isère). Rapport renfermant 235 observations détaillées avec tableau récapitulatif.

2° Des médailles d'argent à : M. Aulagnier, médecin principal d'armée (à Paris), pour son travail sur la glairine, la barégine et la viridine. — M. Caillat, médecin inspecteur adjoint à Bourbon-l'Archambault (Allier), pour ses observations au sujet de traitements antérieurs à 1855, et sur l'instabilité de certaines améliorations, sous l'influence de conditions hygiéniques défavorables. — M. Barrié père, médecin inspecteur à Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne). Rapport contenant 398 observations ou relevés cliniques recueillis avec le plus grand soin. — M. Chapelain, médecin inspecteur à Luxeuil (Haute-Saône). 85 relevés cliniques détaillés avec un tableau récapitulatif. — M. Revillout, médecin inspecteur aux bains de mer du Croisic. Relevés cliniques et observations détaillées et fort intéressantes relatives aux douches des bains de mer pris dans certaines conditions.

3° Des médailles de bronze à : M. Barthez, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vichy. Rapport contenant des relevés cliniques faits avec le plus grand soin, relatifs à 221 malades. — M. Bailly, médecin inspecteur à Bains (Vosges). Pour les judicieuses indications qui ont conduit à exécuter des travaux importants, et par suite desquels le débit des eaux a été plus que doublé. — M. Nivet, médecin inspecteur à Royat (Puy-de-Dôme). Mémoire sur les eaux de Royat, sous le rapport physico-chimique des sources, et étude géologique du sol. — M. Renard (Athanase), médecin inspecteur des eaux de Bourbonne (Haute-Marne). Travail spécial contenant 547 observations détaillées. — M. Peironnel, médecin inspecteur à La Bourboule. Pour les nombreuses observations insérées dans son tableau récapitulatif.

4° Des mentions honorables à : M. Campmas, médecin en chef de l'hôpital militaire de Baréges. Relevés cliniques recueillis avec une grande exactitude et un véritable talent d'observation. — M. Pénissat, médecin inspecteur à Châteauneuf-les-Bains. Rapport contenant 170 observations. — M. Bach, médecin inspecteur à Soultzmatt. Notes cliniques sur 123 malades, résumées dans un tableau récapitulatif.

PRIX PROPOSÉS POUR 1858. — Prix de l'Académie. — La question déjà proposée pour 1856 est de nouveau mise au concours ; elle est conçue en ces termes : Faire l'histoire des applications du microscope à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies, signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — De l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire et de ses conséquences pour le diagnostic et le traitement de ces affections. Ce prix sera de la valeur de 600 francs.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — L'Académie met de nouveau au concours la question suivante : Établir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite ; mais elle recommande aux concurrents, non-seulement de s'enquérir de tous les faits déjà observés, mais encore de s'aider des expériences qui pourraient être tentées en ce qui concerne l'inflammation des nerfs, afin de faire mieux connaître les caractères différentiels de la névrite. Ce prix sera de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — De la mort de l'enfant pendant le travail de l'accouchement. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (Voir plus haut les conditions posées par le testateur.)

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — (Voir plus haut les conditions requises.)

PRIX PROPOSÉS POUR 1859. — Prix de l'Académie. — « De l'action thérapeutique du perchlorure de fer. En formulant cette question, l'Académie s'est proposé d'appeler l'attention des concurrents : 1° *Sur l'action locale ou directe* du perchlorure de fer, soit à la surface des plaies et des membranes muqueuses, soit dans le traitement des maladies de l'appareil vasculaire, telles que les anévrysmes, les varices, les tumeurs érectiles, etc., etc. 2° *Sur l'action générale ou indirecte* de ce médicament dans le traitement de certaines pyrexies, des diathèses hémorrhagiques, etc., etc. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Anatomie pathologique des étranglements internes et conséquences pratiques qui en découlent, c'est-à-dire étude comparative des diverses espèces d'altérations anatomiques (hernies exceptées) qui mettent obstacle au cours des matières alvines, symptômes et signes qui permettent de les distinguer entre elles et de leur appliquer le traitement le plus convenable. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — Des affections nerveuses dues à une diathèse syphilitique. Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (Voir plus haut les conditions du concours.) Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1858 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision de l'Académie* du 1er septembre 1838). Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil et Barbier, sont seuls exceptés de ces dispositions.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. DENONVILLIERS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. *Fauconneau-Dufresne* répond en ces termes aux objections faites à son mémoire sur le diabète par M. Bourguignon :

Notre savant collègue a pris, corps à corps, toutes les raisons que j'avais invoquées pour établir que le siége du diabète devait être dans le foie, et, je dois l'avouer, tous ses arguments sont venus porter sur le côté faible de la question. « Les faits physiologiques et pathologiques, a-t-il dit, n'ont pas encore assez de

certitude pour qu'on se fasse une idée bien précise du siége et de la nature du diabète. Les *causes* de cette maladie n'indiquent pas que le siége en est dans le foie ; elles occasionnent un trouble général, mais ne portent pas leur action sur un organe déterminé. C'est ainsi que de fâcheuses conditions hygiéniques, une mauvaise alimentation, agissent principalement sur l'assimilation et la nutrition et non sur le foie en particulier ; c'est encore ainsi que les lésions du cerveau et les affections cérébrales amènent à leur suite un trouble ou un affaiblissement dans toutes les fonctions sans qu'on remarque que celles relatives au système hépatique en souffrent davantage. Dans les attaques d'épilepsie, les poumons paraissent plus agités que le foie. Les influences réflexes dont il a été question, pas plus que l'action du *curare* qui anéantit la vie de relation, ne démontrent que, dans la glycosurie, le foie soit affecté. Quant aux *symptômes*, on en trouve bien peu qui puissent se rapporter au foie. Il n'y a pas généralement de douleur dans la région de cet organe, et l'on sait que ce signe est presque toujours l'indice du siége d'une maladie. Les diabètes *alternants*, où l'on voit une attaque de goutte ou de rhumatisme succéder à une hypersécrétion de sucre, ne viennent pas à l'appui d'une localisation morbide. L'*anatomie pathologique*, qui est la plus sûre base de nos classifications, fournirait-elle une preuve péremptoire de la lésion du foie? On trouve fréquemment, il est vrai, dans cette glande, de l'hypertrophie, et M. le professeur Andral y a constaté une hypérémie d'un aspect toujours le même. Mais peut-on affirmer que ces altérations soient primitives ? Si, par une cause quelconque, le sucre normal n'est pas combiné dans les poumons, ne peut-il pas en résulter dans le foie un trouble circulatoire et une augmentation de volume? L'utilité des alcalins dans le traitement du diabète ne prouve rien concernant le siége de cette maladie. Sans la découverte de la glycogénie hépatique, personne ne se serait avisé de placer le siége du diabète dans le foie. » En résumé, d'après M. Bourguignon, le diabète serait une maladie générale dans laquelle le foie ne serait affecté que subsidiairement.

Vous voyez, messieurs, combien ces arguments sont serrés et quels motifs je devais avoir de préparer ma réponse.

Assurément, sans la découverte de la fonction du foie qui consiste dans une sécrétion de sucre, on n'aurait pas pensé à placer le siége du diabète dans cette glande. Mais ce fait est si capital qu'il est impossible qu'on n'en tienne pas un grand compte. Voici un organe qui sécrète un sucre tout spécial ; cette sécrétion varie en quantité, suivant des circonstances physiologiques déterminées ; mais une excitation directe, portée sur un point de la moelle allongée ou sur les nerfs qui en émanent, fait augmenter cette sécrétion au point que son produit, saturant le sang, s'échappe par la sécrétion urinaire ; enfin, le sucre qui sort par cette voie est de la même nature que le sucre du foie. De telles circonstances, encore si récemment connues, ne sont-elles pas de nature à bouleverser toutes les théories, toutes les idées qui avaient cours dans la science ?

On dit : si le sucre normal n'est pas détruit dans les poumons, il peut en résulter dans le foie un trouble circulatoire et une hypertrophie de cet organe ; ces lésions, d'après cela, ne seraient que secondaires. Mais pourquoi le sucre normal cesse-t-il d'être détruit ? C'est évidemment qu'il se produit en trop grande quantité ! Dans l'état physiologique, on constate des oscillations dans la sécrétion ; celle-ci, peu considérable pendant l'abstinence, augmente beaucoup dans le cours de la digestion, et alors le sucre, ne pouvant être détruit complétement dans les poumons, se répand dans le sang. Dans cet état physiologique, on ne voit pas survenir de trouble dans la circulation du foie ni d'hypertrophie de cet organe parce que le sucre n'est pas détruit dans les poumons. Mais si le sucre vient à être produit en quantité pathologique, soit expérimentalement, soit par des causes diverses, il s'échappe en quantités quelquefois énormes au milieu de l'urine ; les poumons ne peuvent suffire à le détruire. Peut-on dire que c'est en raison de cette insuffisance de leur part que l'on constate des lésions dans l'organe hépatique. Évidemment, ces lésions sont primitives. C'est alors que doit s'y former cette congestion d'aspect tout spécial que M. Andral a toujours constatée, et quand cette congestion dure longtemps, elle amène à sa suite une hypertrophie plus ou moins considérable. Les altérations des poumons qu'on rencontre dans les périodes ultimes du diabète, ne peuvent être que le résultat de la fatigue qu'éprouvent ces organes délicats. Doit-on s'étonner de la nature des lésions du foie ? Non assurément, car elles sont en harmonie avec celles des symptômes : un foie hypérémié et hypertrophié doit sécréter davantage ; il ne pourrait pas en être de même d'un foie dégénéré.

Il est bien vrai que la plupart des causes sous l'influence desquelles le diabète paraît se produire, devraient, d'après les idées reçues, occasionner un trouble général et non une action particulière sur le foie ; cependant, qu'on veuille bien le remarquer, ce trouble général porte sur l'assimilation et la nutrition, et l'on sait aujourd'hui qu'à cet égard le foie joue un rôle essentiellement actif. Tous les sucs digestifs, en effet, sont absorbés par les veines mésaraïques et éprouvent, au milieu des cellules hépatiques qu'ils traversent, des modifications importantes avant de se verser dans le torrent circulatoire. Quelques-unes de ces causes agissent sur le système nerveux, quand elles consistent en blessures ou en affections cérébrales, et, dans ces cas, quoiqu'il soit difficile d'expliquer leur relation avec le foie, on ne peut s'empêcher de se rappeler que la sécrétion sucrée est sous l'influence nerveuse et qu'on produit artificiellement le diabète par des lésions aux éminences olivaires et aux nerfs qui en partent.

Je ne passerai pas complétement condamnation sur les influences réflexes. Elles ne démontrent pas sans doute que dans la glycosurie le foie soit affecté, mais elles font voir au moins comment le viscère peut en ressentir l'action. Pourquoi, en effet, trouve-t-on du sucre dans l'urine après de violentes attaques d'épilepsie? N'est-ce pas parce que l'excitation qu'éprouve la respiration se transmet au foie par suite de ces influences réflexes? Je m'abstiendrai de parler de la glycosurie des femmes en couche, car M. Bourguignon a réservé cette question. Quant au *curare* qui anéantit les fonctions de relation, son action ne porte pas sur le foie ; mais, par suite de l'affaissement du système nerveux animal, les fonctions glandulaires dont fait partie le système hépatique semblent alors s'exagérer.

Quelques autres objections ont été présentées par M. Bourguignon. Tout en y répondant quelques mots, je serai loin de nier leur valeur. Il n'y a point, a-t-il dit, de douleurs dans la région du foie. Ce signe, il est vrai, est caractéristique d'une phlegmasie ; il l'est habituellement aussi d'une dégénération de tissu ; mais dans le diabète, il ne s'agit que d'une exagération dans la sécrétion du foie, qui ne doit pas plus produire de douleur que la polyurie ou la salivation. Le symptôme local qui correspond à cette production exagérée de sucre est l'augmentation de la soif et de l'appétit. Il faut bien, en effet, que le sang récupère les éléments qui sont employés à cette énorme fabrication. Les diabètes *alternants*, ceux qui, dans quelques cas rares, sont remplacés par une attaque de gravelle ou de goutte, ne viennent pas assurément à l'appui d'une localisation de l'affection glycosurique ; mais ne remarque-t-on pas que, dans quelques autres maladies dont le siége est très caractérisé, cette transportation de la maladie sur un autre organe peut également avoir lieu. Pour ce qui concerne le traitement par les alcalins et par d'autres moyens, après avoir présenté quelques considérations sur les résultats variés qu'on observe, j'ai cru devoir en déduire qu'on ne pouvait attribuer une spécificité à aucun remède, sans toutefois les confondre dans leur utilité, que par cela même on pouvait supposer que leur action était simplement perturbatrice, et qu'une telle supposition s'adaptait à une modification qui pouvait survenir dans la sécrétion sucrée du foie. Je répondrai enfin à la conclusion de M. Bourguignon, qui considère le diabète comme une affection générale dans laquelle le foie n'est atteint que d'une manière accessoire, qu'un grand nombre de maladies commencent par être générales, et qu'enfin le principe morbide, de quelque nature qu'il soit, finit par se fixer sur un organe.

Discussion.

M. *Bourguignon :* Je ne prolongerai pas davantage cette discussion, je veux seulement répondre à M. Fauconneau qu'il me reste des doutes sur l'existence du siége de la maladie; il a discuté mes objections, mais il n'a rien avancé de péremptoire; il ne nous a pas donné de preuves irrécusables. Je rappellerai que des gens bien portants du reste sont diabétiques. Certaines affections du cerveau et de la moelle sont suivies de diabète; il y a loin du cerveau au foie, je ne puis donc me décider à croire que la maladie a son siége dans le foie.

M. *Camus :* Il me semble avoir entendu dire à M. Fauconneau-Dufresne que certaines hypérémies du foie augmentent la sécrétion du sucre : dans les reins, c'est le phénomène inverse qui se passe, l'urine n'est plus sécrétée ; on a considéré avec raison la congestion des vaisseaux comme un empêchement des fonctions sécrétoires du rein plutôt que comme un *adjuvant*, et je conclus du rein au foie.

M. *Fauconneau-Dufresne :* Je conviens que toutes ces questions sont encore *sub judice*, mais l'hypérémie paraît être une cause de supersécrétion ; l'hypersécrétion accompagne encore un certain degré d'hypertrophie ; avec les progrès de celle-ci, l'hypersécrétion diminue, et la sécrétion elle-même finit par disparaître.

M. *Leroy (d'Étiolles) père :* Il ne me semble pas juste d'avancer que l'hypérémie et l'hypertrophie des reins entraîne toujours la diminution de la sécrétion urinaire : des reins énormes sont journellement trouvés chez des individus qui, de leur vivant, avaient de la polyurie. Je demanderai si le foie est généralement hypérémié et hypertrophié quand le sucre augmente.

M. *Fauconneau-Dufresne :* Oui, quand la proportion du sucre augmente le foie est généralement hypertrophié. Il ne faut pas confondre l'hypérémie spéciale habituelle chez les diabétiques avec l'hypertrophie. Physiologiquement, quand le foie fonctionne pendant la digestion, il se congestionne et se gonfle. C'est un degré de plus, c'est une hypérémie spéciale et habituelle qui paraît constituer la lésion pathologique.

A la longue, l'hypertrophie s'ensuit ; avec elle il peut y avoir encore sécrétion même abondante de sucre, mais cette lésion, poussée très loin, gêne la sécrétion, finit par l'anéantir; aussi beaucoup de diabétiques, lorsque leur maladie est arrivée au dernier degré, meurent-ils sans sucre dans les urines. C'est une réflexion que me faisait M. Gendrin, sans bien se rendre compte des faits, car il était très loin d'admettre que la nature du diabète consistât dans une sécrétion exagérée du foie, et que son siége fût dans cet organe. M. Bouchardat lui-même cite des faits de mort après la disparition du sucre dans l'urine. Ces faits le désespéraient : ils s'expliquent de la même manière.

Diverses circonstances concordent avec ces explications. C'est à tort qu'on a donné comme symptôme du diabète le dépérissement. Ce symptôme n'a lieu qu'aux périodes ultimes de la maladie. La plupart des diabétiques que j'ai observés avaient de l'embonpoint. Cela se conçoit. La sécrétion exagérée de sucre que produit leur foie exige des matériaux; pour les fournir, la nature leur donne un appétit et une soif extrêmes. A ce moment de leur maladie, l'assimilation se fait encore très bien; ils peuvent donc prendre même de l'embonpoint. Mais s'ils ne succombent pas à des accidents, tels que anthrax, gangrène, congestions pulmonaires ou cérébrales, etc., leur foie, organe essentiel à l'élaboration des matériaux nutritifs, finissant par s'hypertrophier, devenant impropre à remplir ses fonctions, ils maigrissent, dépérissent et succombent, n'ayant plus de sucre dans les urines.

Ce symptôme de dépérissement, donné autrefois comme caractéristique du diabète, tenait à ce qu'on ne savait reconnaître la maladie qu'à son dernier terme.

M. *Baillarger :* Je désire appeler l'attention de la Société sur un délire spécial que j'ai observé quinze ou vingt fois déjà dans le cours de la paralysie générale, et qui, dans quelques cas, paraît pouvoir servir au diagnostic de cette maladie : je veux parler d'un délire hypochondriaque spécial. Les malades atteints de ce délire répètent qu'ils n'ont plus de bouche, plus de langue, plus d'estomac; leurs intestins sont obstrués, leur anus bouché. Ils prétendent ne plus pouvoir manger, ni aller à la selle, ni uriner. Quelques-uns disent qu'ils sont pourris, enfin il en est qui se croient morts, etc. Ce délire peut durer plusieurs semaines, plusieurs mois. Il a souvent des conséquences fâcheuses : on a parfois beaucoup de peine à nourrir les malades, et dans quelques cas il faut recourir à la sonde œsophagienne. Une chose curieuse et grave, c'est que la diathèse gangréneuse semble, chez ces malades, se développer très rapidement.

Je citerai, entre autres, l'observation d'une femme chez laquelle la paralysie générale n'avait fait depuis dix-huit mois aucun progrès, et qui, prise tout à coup de ce délire hypochondriaque, offrit, quinze jours après, une gangrène des orteils, et bientôt de larges eschares dans diverses parties du corps. Elle succomba en moins de six semaines.

Ce délire paraît se rencontrer presque exclusivement dans la paralysie générale et peut, dans quelques cas, comme je l'ai dit, venir en aide au diagnostic. On doit s'étonner que ce délire ait jusqu'à présent passé inaperçu. M. Moreau, de Tours, qui a dans ses salles de Bicêtre un si grand nombre d'aliénés paralytiques, ne l'avait jamais observé. M. Lesseré, ancien interne de Charenton, n'en a rencontré aucun exemple pendant les trois années qu'il a passées dans le service de M. Calmeil, et il ne l'avait jamais entendu signaler. MM. Bayle, Calmeil, Parchappe, dans les savants travaux qu'ils ont publiés sur la paralysie générale, n'en ont fait aucune mention. M. Falret fils, dans son excellente thèse, a seul indiqué, parmi les conceptions délirantes très variées qu'on observe dans la paralysie générale, quelques-unes de celles qui caractérisent le délire hypochondriaque dont il s'agit. Il est bien entendu, d'ailleurs, qu'en parlant de ce délire hypochondriaque spécial, je le sépare complétement de l'hypochondrie ordinaire, dont M. Bayle, entre autres, a fait mention, l'un des symptômes qui marquent parfois le début de la paralysie générale; je le sépare surtout du délire mélancolique rencontré fréquemment chez les paralytiques, et que tous les auteurs ont observé.

M. *Bourguignon* demande si l'on doit appeler délire ce symptôme cité par M. Baillarger.

M. *Baillarger :* Ce terme *délire* a cours dans la science pour les malades qui ont une conception délirante ; par délire nous n'entendons pas une maladie comme une fièvre aiguë, mais un signe.

M. *Guibout :* J'ai observé un malade dément qui a présenté le délire hypochondriaque analogue à celui que M. Baillarger vient de signaler. Le père de ce malade est mort paralytique général et ne croyant pas pouvoir uriner. Le malade se tenait toujours triste à l'écart, obsédé par la crainte de ne plus pouvoir accomplir l'acte du coït avec sa femme; celle-ci, pour le consoler et calmer sa tristesse, combattait cette crainte chimérique. Le rapprochement sexuel avait lieu, et le malade croyait toujours qu'il l'accomplissait pour la dernière fois.

M. *Baillarger :* Je remercie M. Guibout de cette communication intéressante, qui rentre complétement dans le sujet que je traitais tout à l'heure. Au point de vue de l'anatomie pathologique, j'ai fait neuf autopsies, et j'ai trouvé des altérations des intestins et des lésions de la plèvre, des poumons, du cœur.

M. *Brierre de Boismont* demande si les vaisseaux ont été examinés, car la gangrène tient souvent à l'artérite.

M. *Delasiauve :* Ce délire hypochondriaque n'existe pas seulement dans la paralysie générale, comme l'avance M. Baillarger. J'ai dans mon service un épileptique qui prétend ne pas avoir de ventre. Chez M. Voisin, un dément non paralytique n'a pas de gosier; mais cette forme de délire cesse, elle est périodique, l'intelligence revient. Bayle reconnaît le délire ambitieux comme signe de la paralysie générale, mais il ne l'a trouvé que dans la moitié des cas.

M. *Baillarger* : La congestion qui existe dans l'épilepsie comme dans la paralysie permet d'établir une analogie, car ce délire paraît après l'accès.

La séance est levée à cinq heures.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 18 DÉCEMBRE 1857.

Discussion sur un cas complexe d'hystérie, à propos de l'observation communiquée par M. *Guibout*.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Comment comprendre l'introduction des différents médicaments dans l'organisme au moyen du courant galvanique? par les professeurs E. PÉLIKAN et A. SAVELIEFF, de Saint-Pétersbourg.

L'idée d'introduire des substances médicamenteuses dans l'organisme vivant, au moyen de l'électricité, remonte aux premières années de ce siècle. En 1802 et 1803, Rossi tentait de faire pénétrer les préparations mercurielles dans le corps à l'aide de courants électriques, dans le but d'éviter les dangers qu'on attribuait à ces substances ingérées dans l'estomac, et surtout pour limiter leur action à certaines régions déterminées. Pour atteindre ce résultat, s'il s'agissait de produire la résolution d'une tumeur, il appliquait les conducteurs d'une pile voltaïque sur la partie malade, préalablement humectée avec le liquide, de manière que le galvanisme agissait directement sur la tumeur.

Fabré-Palaprat suivit Rossi dans cette voie, introduisit de l'iode dans les scrofules, et les guérit de cette manière lorsqu'elles avaient résisté à tous les moyens. Rognetta et Bergmann tentèrent d'introduire, par le galvanisme, la strychnine, dans des cas de paralysie faciale et d'amaurose. Ils dépouillaient les places de l'épiderme, et y plaçaient le pôle zinc trempé dans une solution de strychnine, pendant que le pôle négatif était appliqué sur la langue. Klenke introduisit de l'iode dans des ganglions, dans certaines tumeurs osseuses, dans des tumeurs de nature goutteuse, strumeuse, etc. Il mouille le pôle cuivre avec le médicament en solution, et l'applique sur la peau intacte ; à la partie opposée, on applique le pôle cuivre, et la substance pénètre ainsi dans la tumeur. On prouve ce transport en plaçant au pôle cuivre une compresse imbibée de colle d'amidon, si la substance à introduire est l'iode. La coloration bleue vient témoigner de la réalité du transport d'un pôle à l'autre au travers du corps. Heidenreich, qui rapporte ces faits, assure qu'il a lui-même répété ces expériences, et qu'il a obtenu les mêmes résultats. Klenke alla plus loin ; il fit passer le tartre stibié à travers le corps, et excita des vomissements : en mettant du cinabre dans le creux de la main et une plaque de fer sur le dos de la main, il obtint du sulfure de fer; en mettant un amalgame de mercure dans le creux de la main et du soufre sur le dos de la main, il produisit du cinabre; il introduisit enfin ainsi la strychnine, la morphine, etc.

On conçoit l'intérêt qu'offrent ces faits, non-seulement pour le physicien, mais encore et principalement pour le médecin. Qui ne comprend combien il serait avantageux de pouvoir ainsi à volonté faire passer les médicaments les plus puissants au travers des parties sur lesquelles on veut les faire agir. Il est bien entendu, toutefois, que ce serait un moins grand avantage aux yeux de ceux qui pensent, à juste raison probablement, que certains médicaments, la strychnine, par exemple, ne peuvent agir sur les affections (paralysies) auxquelles on les oppose que par l'intermédiaire des centres nerveux du système spinal.

MM. Pélikan et Savelieff, professeurs à Saint-Pétersbourg, ont voulu chercher jusqu'à quel point les faits allégués par les précédents auteurs sont exacts, et, pour cela, ils se sont livrés à une série d'expériences très intéressantes. Ils nous montrent par quel enchaînement d'observations on en est venu à cette idée de l'introduction de substances médicamenteuses au travers du corps par le moyen du galvanisme. Les faits qui ont servi de point de départ sont les expériences célèbres à l'aide desquelles H. Davy d'abord, puis MM. Faraday, Connel, Daniell, Becquerel, de la Rive et autres ont prouvé le transport des parties constituantes d'un sel d'un pôle à l'autre d'une pile. M. Becquerel fit avant Klenke l'expérience qui paraissait démontrer le passage de l'iode d'un pôle à l'autre au travers du corps, en plongeant une main dans une solution d'iodure de potassium en rapport avec le pôle négatif de la pile, et en s'enfonçant dans le bras une aiguille en communication avec le pôle positif de la pile; il constata bientôt, au moyen de réactifs convenables, la présence de l'iode à l'extrémité de la pointe. M. Pirogoff, M. Dubois-Reymond lui-même, croient parfaitement à la réalité de ce transport galvanique. MM. Pélikan et Savelieff ont repris ces expériences : à l'exemple de Klenke et des autres observateurs, ils placèrent au pôle positif une compresse imbibée de colle d'amidon, et au pôle négatif une compresse imbibée d'une dissolution d'iodure de potassium. Les deux électrodes étaient en communication avec 6 ou 12 éléments de Grove ou de Daniell. Leurs essais furent faits sur différentes parties du corps, et les sujets des expériences furent des hommes vivants (application de pôles pendant dix, trente, quarante-cinq et même soixante minutes); des chiens (trois à six heures); des cadavres (douze, vingt-quatre ou quarante-huit heures). On remarqua, dans quelques cas seulement, la réaction de l'iode sur la compresse amidonnée : or, une recherche attentive fit voir que cette réaction était due à la présence accidentelle de l'iodure de potassium sur la compresse amidonnée, ainsi qu'on pouvait s'en assurer en versant sur la même compresse une goutte d'acide azotique. Toutes les fois qu'on employa un autre procédé, consistant à plonger une main dans un vase de porcelaine contenant la dissolution iodurée, et l'autre main dans un vase semblable contenant la colle d'amidon, les deux vases étant mis en communication avec 12 éléments de Grove, on ne constata pas la moindre réaction. L'expérience de M. Becquerel ne donna non plus que des résultats négatifs. MM. Pélikan et Savelieff ont de même essayé d'introduire d'autres substances, l'acétate de plomb, le chlorure ferrique, le ferrocyanure et le sulfocyanure de potassium, l'iodure de nicotine, l'acétate de strychnine. Ces essais, faits sur des chiens, ne produisirent de légers accidents (strychnine, nicotine) que dans les cas où la peau avait été gercée par le courant galvanique. M. Pélikan et un de ses élèves ont fait l'expérience sur eux-mêmes en plongeant les mains dans deux vases, dont l'un contenait une solution concentrée d'acétate de strychnine, et qui était en communication avec 6 éléments de Grove. Au bout de vingt minutes, il ne s'était manifesté aucun effet. Enfin le tartre stibié ne put pas être non plus introduit dans le corps. Les autres expériences de Klenke ne méritent pas une réfutation sérieuse.

La seconde partie du mémoire de MM. Pélikan et Savelieff touche moins directement aux sciences physiologiques et médicales; ils cherchent à y établir la véritable théorie du transport galvanique admis par les physiciens d'après les expériences de Davy, Faraday, etc.

En résumé, il paraît bien prouvé que les faits avancés jusqu'ici pour démontrer le transport d'une substance au travers du corps, à l'aide de l'électricité, n'ont point de valeur, et MM. Pélikan et Savelieff sont fondés à dire que les expérimentateurs qu'ils réfutent « ont pris le défaut d'exactitude et de pureté, dans leurs expériences, pour des résultats infaillibles de leurs expériences. » Une autre question bien digne de tenter l'ardeur de ces savants est celle de l'extraction des substances métalliques du corps par le moyen du galvanisme. Or, MM. Pélikan et Savelieff semblent annoncer qu'ils soumettent à une vérification complète les faits relatifs à cette question, publiés par Vogel, par MM. Morice, Vergnès et Poey. (*Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Bruxelles*, 25ᵉ vol., novembre 1857.)

Sur l'excrétion de l'acide phosphorique par les reins, par W. A. HAMMOND, M.-D.

Après avoir cité les travaux de Breed, Winter, Mosler, Bercke et Böcker sur le sujet dont il va s'occuper, l'auteur rapporte ses propres observations. Il a fait ses expériences sur lui-même et a eu surtout pour but de déterminer la quantité normale d'acide phosphorique excrété, soit dans les conditions physiologiques ordinaires, soit sous l'influence d'un violent exercice physique, soit enfin après l'administration du phosphate de soude. Ces expériences lui ont permis de déterminer aussi le poids du corps et la densité de l'urine dans ces diverses conditions. Pour obtenir la quantité d'acide phosphorique, M. Hammond s'est servi du procédé proposé par Liebig et employé par Breed, procédé qui consiste simplement dans l'addition à l'urine d'une solution titrée de perchlorure de fer, jusqu'à ce que quelques gouttes filtrées du mélange donnent une coloration bleue avec le ferrocyanure de potassium. Ce procédé est fondé sur ce que tout liquide neutre ou acidifié par l'acide acétique donne un précipité insoluble avec un fluide contenant du peroxyde de fer.

Lorsque l'urine est alcaline, il est nécessaire d'ajouter quelques gouttes d'acide nitrique pour dissoudre le précipité de phosphate de chaux ou de magnésie qui peut s'être produit. On agite l'urine, on en prend une quantité déterminée, 100 centimètres cubes par exemple; on la met dans un vase de verre, et l'on y ajoute une solution d'acétate de soude (en plus grande quantité si l'on a versé quelques gouttes d'acide nitrique) et d'acide acétique. On ajoute alors peu à peu le perchlorure de fer, et l'on essaye souvent l'urine pour s'arrêter au moment où elle donne la teinte bleue caractéristique par son action sur le ferrocyanure de potassium. Rien n'est plus facile alors que d'évaluer par ce procédé la quantité d'acide phosphorique contenu dans l'urine employée, et par suite dans la totalité de l'urine.

L'auteur indique le régime de vie qu'il a suivi pendant la durée de ses expériences. Il a divisé, pour établir ses résultats, la journée en trois périodes. La première, ou matinée, commence à sept heures et finit à une heure de l'après-midi; la seconde, ou soirée, s'étend de une heure à dix heures du soir; et la troisième, ou nuit, de dix heures du soir à sept heures du matin.

Les résultats sont consignés dans des tables. Dans la première, on voit que l'urine de la soirée contient la quantité la plus considérable d'acide phosphorique; vient ensuite l'urine du matin; en dernier lieu celle de la nuit. Nous laissons de côté les autres données relatives au poids du corps et à la densité de l'urine.

Dans la table dont nous venons de parler, la soirée et la nuit constituent deux périodes chacune de neuf heures, tandis que la matinée n'est formée que de six heures. Une seconde table, qui donne les résultats heure par heure, montre que, pendant la période du matin, il est rendu plus d'urine et plus d'acide phosphorique par heure que dans la soirée et dans la nuit.

Une troisième table contient les résultats obtenus en examinant l'urine rendue sous l'influence d'un violent exercice. Le résultat général pour les vingt-quatre heures a été un accroissement de la quantité d'urine, une légère diminution de sa pesanteur spécifique, et une très considérable augmentation de la quantité d'acide phosphorique. Pendant la durée même des exercices qui n'avaient été faits que le matin, le poids spécifique de l'urine s'était accru.

Enfin, une quatrième table représente les résultats sous l'influence du phosphate de soude pris à l'intérieur en trois doses de 100 grains chaque, l'une à neuf heures du matin, la seconde à trois heures de l'après-midi, et la dernière à dix heures du soir, en tout 300 grains de phosphate, ou 60 grains d'acide phosphorique par jour. Il est bien entendu que, pour cette expérience, toutes les conditions de régime demeuraient exactement les mêmes que dans les autres séries expérimentales. Il y a eu accroissement considérable dans la quantité d'urine pour la période du matin, ainsi que dans sa pesanteur spécifique et la somme d'acide phosphorique : pour la soirée, légère diminution de la quantité d'urine; augmentation du poids spécifique et de l'acide phosphorique. Pour la nuit, la quantité d'urine restant à peu près la même, augmentation de sa densité et de l'acide phosphorique. La quantité d'acide phosphorique ingéré joint à la quantité excrétée dans les vingt-quatre heures dans les conditions physiologiques donne un total de 119 grains 104 millièmes; et comme dans la dernière série le total de l'acide phosphorique excrété ne donne que 104 grains 910 millièmes, il y a un déficit de 14 grains 94 millièmes qui sont probablement restés dans le corps.

Ces résultats obtenus par M. Hammond sont, d'après lui-même, établis sur un trop petit nombre de faits pour avoir une valeur absolue. Cependant ils ont le mérite d'appeler de nouveau l'attention sur le dosage de l'acide phosphorique contenu dans l'urine sous forme de phosphates, dosage qu'il serait important de faire sur les différents animaux qui prennent pour nourriture des aliments renfermant de l'acide phosphorique en proportions très variées, et qui offrirait certainement beaucoup d'intérêt pour la médecine si on l'opérait dans diverses conditions chez l'homme, en particulier dans les affections des os, telles que le rachitisme, l'ostéomalacie, etc., pendant le travail de réparation des fractures, et dans les diathèses qui modifient profondément l'organisme. (*The North American Medico-Chirurgical Review*, septembre 1857.)

VI.

VARIÉTÉS.

Nous avons la douleur d'annoncer que M. le professeur Bérard vient d'être atteint d'une nouvelle attaque d'apoplexie. Dimanche matin, au moment où il déjeunait, il se sentit pris de symptômes alarmants, et dit aux personnes qui se trouvaient près de lui qu'il se sentait sous le coup d'un accident grave. M. Nélaton et M. Rostan arrivèrent bientôt auprès du malade, et le trouvèrent complétement paralysé du côté droit; la parole était tout à fait impossible. Cet état a peu changé depuis. L'intelligence est entière.

— L'épidémie de fièvre jaune à Lisbonne a été en augmentant jusqu'au 24 octobre (298 cas par jour), puis a décliné jusqu'à la fin du mois (185 cas), puis a pris une nouvelle intensité jusqu'au 4 novembre, et enfin a décliné de nouveau, avec quelques oscillations, jusqu'au 15 novembre. Le nombre des cas jusqu'à ce jour est de 10,258 et celui des morts de 3,040. La GAZETTE MÉDICALE DE LISBONNE émet cette opinion inattendue que *tous ceux qui vivent dans des habitations éclairées au gaz sont préservés.*

A. D.

VII.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Livres.

AERZTLICHER BERICHT AUS DEM K. K. ALLGEMEINEN KRANKENHAUSE ZU WIEN... JAHRE 1856 (Rapport médical sur l'hôpital général impérial à Vienne en 1856). In-8. Vienne, Braumüller. 6 fr.

HANDBUCH DER CHIRURGIE (Traité de chirurgie), par le professeur *Chelius*. 2... grand in-8. 4...

A MANUAL OF DOMESTIC MEDICINE AND SURGERY (Manuel de médecine et de chirurgie domestiques, avec un dictionnaire des termes qui y sont employés), par *J.-H.* W... In-12 de 721 pages. Londres, Routledge. 15 fr.

A TREATISE ON RHEUMATIC GOUT, OR CHRONIC ARTHRITIS OF ALL THE JOINTS, par le docteur *R. Adams*. In-8 avec planches in-folio. Londres, Churchill. 29 fr.

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la *Gazette hebdomadaire* expire le 31 décembre 1857, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, reçu avant le 10 janvier prochain, il sera fait sur eux, pour prix de renouvellement, un mandat payable le 31 janvier 1858.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société médicale allemande de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de la Société anatomique.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. | PARIS, A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME IV. | PARIS, 25 DÉCEMBRE 1857. | N° 52.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté en date du 18 décembre 1857, M. BERTHERAND, médecin en chef de l'hôpital militaire du Dey, est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 24 décembre 1857.

NOUVELLES REMARQUES SUR L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS.

(Suite. — Voir les numéros 50 et 51.)

Mais passons, avec M. Latour, à côté de la question, et supposons démontrés les avantages d'une caisse centrale. Il s'agit de savoir à quelles conditions cette caisse sera en mesure de répondre aux besoins du service. Personne ne peut le dire au juste, ni les partisans du projet ni ses adversaires, parce que personne, comme je le disais dans le précédent article, ne possède de documents sur la proportion des bénéfices et des charges qu'on peut attendre de tel ou tel département, ou de tous les départements réunis. C'est donc affaire d'estimation plus ou moins approximative. A cet égard, je le dis sans détour, l'expérience consommée de l'honorable trésorier de l'Association de la Seine, son bon sens, sa droiture incontestée, son zèle aussi infatigable que modeste pour tout ce qui touche les intérêts du corps médical, m'inspirent une confiance que sont loin de contre-balancer les verbeuses dissertations et les récents procédés de ses adversaires. M. Vosseur a établi au sein de la commission générale que, si la moyenne des secours annuels pour chaque département était d'un *sixième* seulement de la somme dont dispose actuellement l'Association de la Seine, et qui est loin d'être suffisante, il faudrait lever tous les ans sur le corps médical (dans la province seulement) une contribution de 300,000 francs environ. Or, étant admise cette grande invraisemblance, que l'Association générale, plus heureuse que la plus prospère de toutes les associations locales, réunirait la moitié à peu près des médecins conviés à en faire partie, soit 5,000 docteurs sur 11,000, elle ne toucherait encore, au taux réglementaire de la cotisation, que 100,000 francs par an. A ce calcul, qu'oppose-t-on? L'UNION MÉDICALE, s'empressant d'adopter cette base impossible de 5,000 adhérents, additionne d'une part 160,000 fr. pour la première année (à raison de 32 fr. par personne), d'autre part 100,000 francs pour chacune des quatre années suivantes, le tout formant un total de 560,000 francs accumulé pendant ces cinq ans, aux termes de l'article 24 des statuts. C'est là un compte de joueur à la bourse. J'ai déjà dit que ce même article 24 permet d'allouer des secours, *sur une demande suffisamment motivée*, à des sociétaires dont la souscription ne remonterait pas à cinq ans, et M. Barth a fait remarquer que l'Association de la Seine n'était jamais restée sourde à de semblables appels, qu'il en serait de même des associations locales, et que c'était là une éventualité rendue périlleuse par l'entière latitude laissée à ces associations.

Mais là n'est pas le nœud de la difficulté. A dire vrai, le chiffre présumé des adhésions n'a pas ici une très grande importance; car aucune société médicale de secours rigoureusement enfermée dans les conditions des statuts de l'Association de la Seine, de ces statuts *qu'on trouve excellents et qu'on déclare vouloir maintenir*, aucune société, dis-je, ne pourrait prospérer. La totalité des docteurs de France ne fournirait après tout que 220,000 francs par an ; 220,000 francs pour desservir les infortunes offertes par une masse de 11,000 personnes, quand l'Association de Paris, avec 35,000 francs de recettes, ne suffit pas à un service qui ne porte que sur 500 sociétaires! Sur cette base, ce serait 22 fois 35,000 francs, soit près de 800,000 francs, qu'il faudrait à l'Association générale. D'où vient cette situation?

De ce que l'Association de Paris, bénéficiant de cet esprit local dont j'ai parlé, a recueilli et reçoit tous les jours, en legs, dons, cotisations élevées, un supplément de recettes considérable. De ses 35,000 fr. de recettes pour 1856 (1), 13,000 seulement proviennent de la cotisation réglementaire. Donc le projet de l'Association générale, s'il était réalisé, ne pourrait avoir d'effets sérieux qu'à l'une de ces deux conditions : ou d'élever, de tripler, de quadrupler le taux de la cotisation, ou de réaliser de toute autre manière une augmentation équivalente de ses recettes. On dira que dons et legs tomberont avec autant de largesse dans la caisse de l'Association générale que dans celle de l'Association de la Seine. Je ne crains pas de le nier de la manière la plus formelle : j'ai déjà dit pourquoi ; mais, provisoirement, il n'en est pas moins établi que les espérances du projet ne reposent que sur la plus incertaine des éventualités, et non, comme on voudrait le faire croire, sur des calculs positifs; non même sur des calculs vraisemblables, non même sur des calculs possibles. Et l'on peut voir maintenant si j'avais raison de dire que, dans de semblables entreprises, la nature des choses est plus à consulter que l'arithmétique.

Enfin, il est une considération dont on ne s'est en aucune manière préoccupé, qu'on a même tout l'air de craindre beaucoup, tant on met d'insistance à retenir les préoccupations du corps médical dans le cercle de la question de secours. Cette considération est pourtant d'une très grande importance, on ne peut l'ignorer, et je la signale pour la seconde fois (voir *Gazette hebdom.*, n° 36, au *Feuilleton*) à l'attention du lecteur.

Dans l'état actuel des choses, chaque association locale est libre de porter son action, soit du côté de l'assistance confraternelle, soit du côté des intérêts moraux et professionnels, soit des deux côtés à la fois, suivant les besoins de la localité. J'ai raconté dans ce journal comment l'Association des médecins du département du Rhône avait résolu de poursuivre directement, à titre de *partie civile*, l'exercice illégal de la médecine. J'ai dit qu'un certain nombre d'associations de province, sur une provocation de leur sœur lyonnaise, avaient adhéré à ce principe et se proposaient d'en poursuivre l'application. J'ai exprimé la crainte que ces associations n'éprouvassent certains mécomptes, parce que, à mes yeux, l'entreprise n'a pas été conçue avec toute la sagesse désirable ; j'ai dit néanmoins que cette entreprise valait la peine d'être tentée, et que, du moment où quelques confrères zélés voulaient bien s'y dévouer, il ne fallait songer qu'à les encourager et, s'il le fallait, à les soutenir. D'ailleurs, dans cet ordre d'intérêts, personne ne conteste que, sous certaines formes, dans de certaines proportions, l'intervention des sociétés de secours ne puisse être, comme elle a été déjà, d'une grande utilité. Mais voici le point délicat. Pour intervenir efficacement dans un procès d'honoraires, dans un débat judiciaire sur la question du secret ou de la réquisition des médecins, la première condition est de pouvoir disposer de fonds assez considérables. L'affaire de M. le docteur Andreux (de Bar-le-Duc), récemment terminée, a coûté, à l'Association de la Seine, 1,100 francs en argent et 150 francs environ pour un mémoire à consulter. Eh bien ! vous connaissez le projet. Toutes les associations de province devront verser le produit — tout le produit — de leurs cotisations dans la caisse centrale. De là la nécessité pour elles de faire appel à cette caisse toutes les fois qu'il leur conviendra, ou de poursuivre, ou d'assister un confrère devant la justice. Et, dans cette occasion comme dans les autres, la caisse centrale sera tenue de s'exécuter. Qu'on juge de cette perspective ! J'avais déjà peur des *mandats à vue* de la bienfaisance ; j'ai peur maintenant des *mandats à vue* de ce qu'on pourrait appeler le patriotisme professionnel. Je crains de plus en plus que les sociétés des départements, fort soucieuses sans doute de l'intérêt commun, mais plus soucieuses encore des besoins qu'elles connaissent, qui sont sous leurs yeux, qui les invoquent, qui les pressent, ne pouvant d'ailleurs apprécier à tout instant la situation générale des affaires de l'association, ne soumettent la caisse à de rudes épreuves. Et qu'on ne dise pas que toutes les affaires professionnelles pourront être dévolues à l'association centrale. S'il en était ainsi, l'Association centrale devrait être juge de l'opportunité des interventions, pour rester juge de la dépense, et alors adieu cette indépendance des associations locales qu'on proclame si haut ! En matière de secours comme en matière d'intérêts professionnels, le projet, si l'on veut qu'il n'aboutisse pas à ce désastre, *c'est le despotisme central.*

II. *La centralisation proposée doit-elle et peut-elle être acceptée par l'Association de la Seine?* — Les considérations précédentes répondent déjà sous le rapport financier. Ce qui serait en question pour une association générale est jugé pour l'Association de la Seine. Elle a réalisé, au prix de quels efforts ! après un quart de siècle d'existence (sa fondation est de l'année 1833), elle a réalisé les conditions du succès. Elle est assurée de faire du bien, elle en fait tous les jours; et ce grand résultat, on veut qu'elle le sacrifie... à quoi ? à des chimères, à des vues superficielles, *à je ne sais* quelle manie d'agitation qui égare les uns, qui plaît aux autres, dont il semble que le corps médical devrait être las, après tous les leurres dont il a été le jouet, et qu'il écoute pourtant encore avec trop de complaisance ! Espérons que l'Association de la Seine saura donner à cette occasion un bon exemple !

Mais elle a un autre motif de ne pas se livrer, et celui-là est plus décisif encore, car il n'est plus tiré de son propre intérêt, mais de son droit, et, ce qui vaut mieux encore, d'un sentiment impérieux de gratitude. Ces rentes perpétuelles de 100, 200, 400 francs, qui assurent son avenir comme son présent, dont les fondateurs sont morts pour la plupart, elles ont été attribuées nominativement à l'*Association des médecins du département de la Seine.* Ce sont des confrères de ce département qu'Orfila, Dupuytren, Mérat, Villeneuve, Amussat et d'autres ont entendu secourir. Devant la conscience publique, l'Association manquerait à son devoir, manquerait à la mémoire de ses bienfaiteurs, si elle portait cette atteinte à l'exécution de leurs dernières volontés. Répandre ailleurs ce pieux héritage, lui donner une autre destination, fût-elle excellente, vous n'en avez pas le droit. La loi elle-même vous le défend. Elle vous le défend deux fois : d'abord, en principe et par les mêmes raisons que la conscience, puis par une disposition spéciale, qui n'est qu'une déduction pratique du principe. Aux termes de l'article 910 du Code civil, les donations entre-vifs *ou par testament* au profit d'un *établissement d'utilité publique*, comme est l'Association de la Seine, doivent être autorisées par un décret. Or, ce décret constate, par sa nécessité même, et spécifie d'ailleurs en termes exprès, la destination formelle, invariable, de la donation. En outre, les legs que vous avez reçus étant des legs sous conditions, tout à fait as-

(1) 25,000 francs, en ne comptant pas la rente de 10,000 francs due à la munificence de S. M. l'Empereur.

similables à ceux qui ont pour objet la fondation d'un prix sur un sujet de science, d'histoire, de littérature, ou la création d'un établissement déterminé, tombent sous la disposition de l'article 1046, relative à la *révocation pour cause d'inexécution des conditions.* Ces motifs ont été exposés avec une grande clarté devant la commission générale par M. Perdrix, et je n'y insiste pas.

Je n'ajoute plus que peu de mots touchant une considération que la GAZETTE HEBDOMADAIRE a déjà fait valoir (nº 36, p. 619). L'Association de la Seine est reconnue établissement d'utilité publique; comme tel, elle ne peut disposer d'elle-même; il ne lui est permis, ni de prêter sa caisse, ni de se charger de celle des autres. On peut, il est vrai, l'y autoriser par décret spécial, soit; mais tout ne sera pas dit, et ici se présente encore une question de la plus haute gravité à laquelle on ne semble pas même songer. Ce n'est pas seulement l'Association de la Seine qu'il importe de voir rangée parmi les *établissements d'utilité publique*; ce sont, s'il est possible, toutes les associations locales; car c'est en cette qualité seulement ou en qualité d'*établissements publics* (1) qu'elles peuvent être constituées en personnes civiles, devenir propriétaires et acquérir par dons et legs. J'ai dit de quelle importance était cette source supplémentaire des recettes. J'ai vu, il est vrai, affirmer quelque part que des associations avaient pu hériter en l'absence de cette condition administrative. Je ne sais. Je ne connais que l'article 902 du Code civil et l'article 910, tempéré d'abord par un arrêté consulaire du 4 pluviôse an XII, puis par un décret du 12 août 1807, puis enfin par un décret du 25 mars 1852. Les dispositions testamentaires ne sont licites qu'au profit des *personnes civiles*, et, parmi les établissements, ceux qui sont *publics* ou d'*utilité publique* ont seuls la qualité de personnes civiles. Pour que ces dispositions aient leur effet, il n'est plus besoin aujourd'hui d'un décret souverain, mais seulement d'un arrêté du préfet. Or, à cette heure, toutes les associations de province peuvent prétendre à ces avantages; plusieurs ont déjà franchi un degré et sont devenus *établissements publics*; croit-on que l'autorité se montrerait aussi facile le jour où l'association viendrait à se centraliser? Je n'en crois rien. Écartons le point de vue politique. L'État a dans la question un autre intérêt, un intérêt social et administratif, qui lui est presque personnel. Quand il confère à une société un privilége consacrant son caractère d'utilité, il lui retire une partie de sa liberté, il lui impose des statuts, il se réserve à lui-même un droit de contrôle. Pourquoi? Parce qu'une institution qui fonctionne sous l'œil de l'État doit fonctionner régulièrement, parce que l'État ne veut et ne peut patronner que ce qu'il connaît bien et ce qui a chance de réussir. Il pourra donc refuser à l'inconnu ce qu'il accorde aujourd'hui au connu; refuser, dis-je, d'engager son nom dans une entreprise édifiée sur des bases aussi mouvantes et aussi mal définies. Certes, je n'affirme rien, mais je dis qu'il y a encore de ce côté un motif très légitime d'inquiétude auquel il ne serait plus temps de songer quand la centralisation serait accomplie.

Telles sont les considérations que j'ai cru devoir soumettre à l'appréciation du corps médical sur les deux questions que je me suis posées en commençant. Je sais que, en les émettant publiquement, je heurte des convictions sincères, je chagrine des confrères que j'aime et respecte, je m'attire les animosités de ceux qui ne savent pas supporter la contradiction ou ne supposent pas aisément des intentions honnêtes (1): mais j'ai l'assurance d'avoir répondu au désir et aux sentiments d'un très grand nombre de confrères, en maintenant d'une main ferme la liberté de la discussion, et en ouvrant une tribune à des opinions beaucoup plus répandues qu'on ne le croit, mais dont tout le monde n'aime pas à se faire l'écho.

Il me reste maintenant à dire comment et dans quelles limites je comprends les rapports réciproques des diverses associations de France.

(*La suite au prochain numéro.*)

A. DECHAMBRE.

(1) On sait que les *établissements d'utilité publique* et les *établissements publics* constituent en administration deux ordres distincts.

(1) J'avais conjuré l'UNION MÉDICALE de ne pas rechercher les intentions des adversaires du projet, et l'UNION, supposant que ses lecteurs ne prendront pas connaissance de mon article, répond qu'elle ne veut pas me suivre dans les *questions personnelles.* D'où il suit que mon confrère me reproche de m'être baissé pour le relever. L'UNION, ayant évalué à 13 le chiffre des opposants dans la commission générale, j'ai fait remarquer que le nombre des opposants était de 26 environ; et l'on trouve que c'est abaisser le débat à de tristes proportions; ce qui veut dire que l'UNION fait bien de donner un chiffre inexact et la GAZETTE HEBDOMADAIRE fait mal d'en donner un vrai. Enfin, la REVUE MÉDICALE parle de *rédacteurs de journaux* qui font aujourd'hui de l'opposition et qui auraient *suivi* M. Latour s'il avait *réussi*. Ce pieux journal oublie que notre opposition date d'une époque antérieure à la DÉCLARATION des médecins de Bordeaux. C'est donc une calomnie manquée, ce qui doit être bien désagréable. Je m'empresse moi-même de signaler ces attaques, afin que les confrères impartiaux puissent juger eux-mêmes du caractère de l'agitation et des agitateurs. A. D.

II.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

DE QUELQUES MODIFICATIONS NOUVELLES APPORTÉES A L'OPÉRATION DE LA RHINOPLASTIE.

DEUXIÈME ARTICLE.

Méthode indienne et méthode mixte ou par inclinaison. — Difficultés de la nomenclature des méthodes et nécessité de sa révision. — Rhinoplastie frontale. — Modifications ayant pour but de supprimer la torsion du pédicule et d'en éviter la section ultérieure.

Pax et scientia, sed veritas sine timore.

A l'époque où l'autoplastie paraissait consister uniquement dans la restauration du nez au moyen des téguments du bras, du front ou des parties latérales du nez lui même, il était facile de n'admettre que trois méthodes, l'italienne, l'indienne et la française; mais, depuis que les procédés anaplastiques se sont multipliés à l'infini, non-seulement pour les mêmes régions et les mêmes lésions, mais encore pour les régions et les lésions les plus diverses, il devient impossible de faire rentrer toutes les opérations connues dans la précédente trinité, et à chaque instant on se sent à l'étroit dans ce cadre insuffisant. C'est ce qu'a très bien compris mon excellent ami le professeur Denucé, de Bordeaux, qui a résolûment rompu ces entraves dans un article extrêmement remarquable qui devra désormais servir d'introduction à tout travail d'ensemble sur la matière (2).

Un certain jour, on abandonnera les dénominations de méthode française, italienne, indienne, qui ont été la source de discussions patriotiques, il est vrai, mais très aigres et très inutiles. Ces noms, d'ailleurs, consacrent des erreurs

(2) *Considérations sur l'autoplastie, et sur les méthodes et les procédés opératoires qui la constituent* (*Archives générales de médecine*, 5ᵉ série, t. VI, 1855, p. 402).

historiques flagrantes : ainsi la méthode française devrait en toute justice s'appeler ancienne ou romaine, puisque les principes en sont dans Celse. Si la chose en valait la peine, le nom conviendrait plutôt à un simple procédé de la méthode italienne, nommée pompeusement, et fort à tort, *méthode allemande*, puisque, bien avant Graefe, Reneaulme de la Garanne avait conseillé d'appliquer immédiatement le lambeau frontal saignant sur le nez avivé (1). On pourrait multiplier encore ces titres vaniteux et élever au rang de *méthode anglaise* l'opération d'ailleurs très importante qu'Earle pratiqua à la fin de 1819 pour combler une large perte de substance de la portion périnéale de l'urèthre (2). Je m'expliquerai quelque jour sur toutes ces dissidences historiques dont la partialité des écrivains a fait les principaux frais, au grand détriment de la justice et de la vérité scientifiques. L'embarras de la nomenclature est surtout très grand quand il s'agit de distinguer entre eux les procédés de la méthode indienne et ceux de la méthode française.

Ce n'est pas, à la vérité, à l'égard des procédés primitifs que la confusion est possible. Ainsi, la méthode indienne pure est facile à reconnaître aux deux caractères suivants :

1° Pédicule étroit et distant de la partie qu'on veut restaurer;

2° Rotation de l'axe du lambeau dans laquelle l'extrémité adhérente tordue sur elle-même reste fixe, tandis que l'extrémité libre décrit un demi-cercle. Exemple : *Rhinoplastie par le procédé dit des Koomas.*

La méthode française, à son tour, présente deux caractères fondamentaux :

1° Point de pédicule, mais bien une base aussi large, sinon plus large, que le lambeau lui-même, rapprochée, sinon confondue, avec le pourtour de la brèche que l'on veut combler;

2° Point de rotation, mais une traction exercée sur l'axe du lambeau parallèlement aux bords latéraux, traction ayant pour but et pour effet d'allonger cet axe. Exemple : *Chéiloplastie par le procédé de Chopart.*

Mais ces différences, si tranchées dans les deux exemples que je viens de choisir, s'effacent peu à peu dans une foule de procédés intermédiaires qui se sont glissés entre les deux types et qui menacent de les remplacer au moins dans un grand nombre de cas.

Pour bien comprendre en quoi consistent les modifications nouvelles et leur degré d'utilité, il est bon d'examiner les imperfections des procédés primitifs. J'en compte trois principales et d'autres accessoires. Le premier vice de la méthode indienne consiste dans la torsion du pédicule, cette manœuvre exposant à la gangrène du lambeau. Le deuxième réside dans la nécessité de faire ultérieurement la section du pédicule. Si l'on fait la section pure et simple, on s'expose encore au sphacèle ou à l'abaissement consécutif du lambeau ; si on ne la fait pas, on laisse persister une difformité choquante vers la racine du nez.

Enfin la plaie frontale est la source d'accidents primitifs et consécutifs assez sérieux pour appeler l'attention. La cicatrice qu'elle laisse peut être douloureuse et difforme.

On remédierait bien à la plupart de ces inconvénients en employant les méthodes française et italienne; mais pendant longtemps on a cru, et quelques chirurgiens croient encore, que la première ne convient que pour des restaurations très limitées. La seconde fait acheter ses avantages au prix d'une attitude insupportable et de chances d'insuccès d'ailleurs très nombreuses. Par des raisons différentes, la gangrène et l'inflammation sont fort à redouter à la suite de l'une ou l'autre de ces méthodes.

Tout procédé méritera le titre de perfectionnement qui, tout en conservant les conditions favorables de la méthode indienne, atténuera ou fera disparaître l'un des défauts susénoncés.

La première modification importante a eu pour but de diminuer et même de supprimer la torsion du pédicule, moyen efficace d'assurer la vie du lambeau. Elle remonte à une époque déjà éloignée, et l'honneur me paraît en revenir tout entier aux chirurgiens français. Lallemand, de Montpellier, l'imagina en 1823 pour la chéiloplastie, après avoir été précisément témoin de deux cas de gangrène du lambeau arrivés de suite à Delpech. Lisfranc, dans la première opération de rhinoplastie pratiquée à Paris (1826), suivit cet exemple. Tout le monde connaît son procédé, qui consiste, après avoir taillé le lambeau frontal de la manière ordinaire, à prolonger de quelques lignes plus bas que l'autre l'une des incisions latérales limitant le pédicule.

Dès lors, la ligne d'adhérence du pédicule, au lieu d'être horizontale, devient oblique de haut en bas et de droite à gauche. Cette modification si simple, si minime en apparence, produit des résultats tout à fait nouveaux et change complétement l'un des caractères de la méthode indienne.

Dans le procédé des Koomas, en effet, lorsque le lambeau est détaché du front, il retombe par son propre poids et couvre le nez, mais de telle façon que sa surface saignante est tournée vers l'extérieur. Pour intervertir cette position, on tord le pédicule jusqu'à ce que cette surface saignante puisse s'appliquer sur les parties avivées de l'organe mutilé. Le lambeau subit donc un double mouvement depuis le moment où il abandonne sa position première jusqu'à sa fixation définitive, et son axe subit conséquemment deux changements : la *torsion* le rend spiroïde, de rectiligne qu'il était, et l'*abaissement*, qui porte vers la pointe du nez l'extrémité qui correspondait au sinciput, le fléchit d'arrière en avant et de haut en bas au voisinage de son extrémité adhérente.

Notons bien ceci : si la torsion et la flexion combinées de l'axe portaient sur toute la longueur du lambeau, la spire serait longue et la courbure à long rayon, ce qui ne gênerait pas beaucoup la circulation; mais, comme ces deux déviations sont confinées dans le pédicule, c'est-à-dire dans l'étendue de 2 centimètres à peine, la direction des vaisseaux est fortement changée et la circulation s'en ressent.

Dans le procédé de Lisfranc, il en est tout autrement (1) : le pédicule n'est plus fléchi d'arrière en avant, mais bien de droite à gauche. Qu'on me permette de faire une comparaison grossière, *l'axe du lambeau se meut autour de son extrémité adhérente comme l'aiguille d'une horloge sur un cadran, c'est-à-dire latéralement et toujours dans le même plan.* Dans la rhinoplastie, l'aiguille, c'est-à-dire l'axe du

(1) *Histoire de l'Académie des sciences*, 1719, p. 29.

(2) *On the Restablishment of a Canal in the Place of a Portion of the Urethra which had been destroyed* (*In Philosoph. Transactions*, 12 avril 1821, p. 300).

(1) Voici comment le procédé de Lisfranc est caractérisé d'après Blandin : « F[illegible] » *mation d'un lambeau dont la racine est tangente en un point à la circonf[illegible] » de la solution de continuité, par le prolongement de l'une des incisions des[illegible] » à circonscrire le lambeau jusqu'à cette solution, l'autre en demeurant [illegible] » de toute l'épaisseur du pédicule; par la rotation du lambeau autour d'un a[illegible] » traverserait son pédicule suivant son épaisseur, et enfin par l'absence du pé[illegible] » cule collé d'emblée aux parties sous-jacentes.* » (Blandin, *Autoplastie*, 18[illegible], p. 127.)

lambeau, marquait midi avant la dissection; elle marque six heures quand l'opération est achevée. La torsion a disparu, elle est remplacée par une inclinaison latérale. Nous tenons à cette comparaison entre l'axe du lambeau et l'aiguille de l'horloge, parce que nous verrons plus tard que, si la déviation dans le procédé de Lisfranc égale 190 degrés, elle est beaucoup moins forte et d'ailleurs infiniment variée dans d'autres procédés. On voudra bien me pardonner cette démonstration mathématique d'un fait vulgaire; j'ai cru devoir reprendre les choses de haut, parce que les opérations de Lallemand et de Lisfranc sont l'origine d'une foule d'autres procédés postérieurs ou nouveaux dont la réunion constitue entre les méthodes indienne et française une *méthode nouvelle* dans le sens rigoureux du mot, et qui mériterait le nom d'*autoplastie par inclinaison*. Si notre amour-propre national tenait beaucoup à cette petite satisfaction, nous pourrions dire que cette méthode est véritablement française.

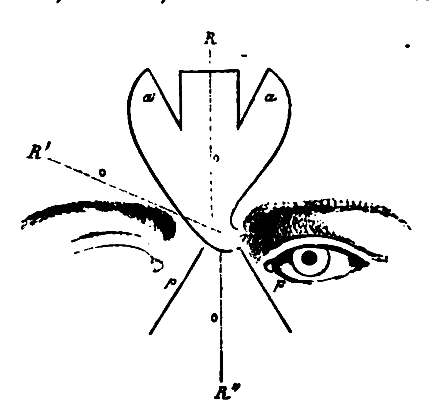
J'ai dit plus haut que la torsion disparaissait à l'insertion du pédicule; cela n'est pas tout à fait exact. Si ce pédicule était linéaire comme un axe géométrique, la proposition resterait vraie; mais, comme il a plus d'un centimètre de largeur en travers, un des bords sera toujours relâché, froncé, l'autre relativement tendu. Il en résulte un godet, un pli, une saillie à la racine du pédicule, saillie d'autant plus considérable que ce pédicule est plus large et que la déviation du lambeau parcourt un plus grand nombre de degrés. On est arrivé à atténuer cet inconvénient par des procédés très ingénieux. Il eût été possible d'atteindre ce résultat en diminuant la largeur du pédicule; mais la gangrène serait devenue menaçante. On a fait autre chose : 1° on a changé la position du pédicule; 2° on a pris le lambeau frontal ailleurs que sur la ligne médiane, et ceci va nous conduire aux procédés récents dont l'examen fait le but de cet article.

1° *Procédé à pédicule excentrique.* — Le professeur Langenbeck, de Berlin, l'a vulgarisé et s'en est servi avec avantage. Voici comment il est indiqué dans une brochure écrite par un de ses élèves (1) : « Si un lambeau est destiné à être transplanté dans un point diamétralement opposé à celui d'où il est pris, par exemple dans la rhinoplastie, au moyen d'un lambeau frontal, le pédicule est nécessairement exposé à un pivotement qui peut avoir pour conséquence un obstacle sérieux au retour du sang veineux. »

Pour éviter cet accident, M. Langenbeck donne au pédicule une direction oblique : c'est ainsi que, dans la rhinoplastie, il place le point d'insertion du pédicule dans le voisinage du grand angle de l'œil, de manière que l'incision qui le limite supérieurement se termine au sourcil ou bien un peu au-dessous, tandis que l'inférieure finit immédiatement au-dessous du ligament palpébral interne. Le point d'insertion du pédicule prend ainsi une direction oblique, et le lambeau tombe presque de lui-même au-devant de la face. Le pivotement qu'il subit est fort restreint et ne peut avoir aucun effet nuisible sur le retour du sang veineux. Ces précautions ont suffi pour que M. Langenbeck n'ait jamais rencontré ni la stase sanguine ni la gangrène du lambeau dans les nombreuses rhinoplasties qu'il a pratiquées.

En général, un pédicule large de 5 à 6 lignes est suffisant.

On voit que le chirurgien de Berlin, en reportant sur le côté de la ligne médiane l'insertion du pédicule, cherche à diminuer le pivotement ou l'inclinaison latérale que devra décrire l'axe de son lambeau. Lorsque le lambeau commencera à pivoter, cet axe, courbe avant la dissection, sera



aa, le lambeau frontal; *m*, son pédicule excentrique; *pp*, les bords avivés du moignon nasal; *mo*R, l'axe du lambeau coudé à son extrémité inférieure avant l'isolement du lambeau; *mo*R'', l'axe coudé à son extrémité supérieure après l'application du lambeau sur le nez; l'axe devient rectiligne, c'est-à-dire sans déviation, quand il répond à la ligne *mo*R'.

J'ai pris cette figure dans la brochure de M. Verhaeghe. Celle qu'on trouve dans la *Deutsche Klinik*, et qui accompagne la description du procédé de M. Langenbeck, en diffère assez notablement, si j'en crois la thèse de M. Pierre ; Paris, 1855 : je n'ai pu consulter l'original. En serait-il des planches comme des textes? ne pourrait-on pas les reproduire sans les modifier?

d'abord redressé, puis courbé de nouveau en sens inverse. Si nous le comparons à l'aiguille de l'horloge, il ne décrira guère que 100° de R' en R'', au lieu des 190° du procédé des Koomas.

Voici donc un premier moyen de remédier à l'inconvénient signalé plus haut. Nous ne voulons pas consacrer ici beaucoup d'espace à la polémique et aux questions de priorité; mais en fait d'autoplastie, quelques chirurgiens allemands et M. Langenbeck en particulier sont d'un patriotisme si singulier (1) que nous devons sans passion, mais dans l'intérêt de la vérité, réclamer en faveur de M. Labat l'invention de la modification que nous venons de décrire. Ce qu'on appelle procédé de Langenbeck ressemble fort à l'opération pratiquée en 1827 sur le sieur Lanelongue, et si l'on jette les yeux sur les figures 2 et 9 de la planche VII, on verra que le



Portrait de Lanelongue après l'opération.

(1) *Essais de chirurgie plastique d'après les préceptes du professeur B. Langenbeck*, par le docteur Verhaeghe. Bruxelles, 1856.

(1) Voir, dans la brochure de M. Verhaeghe (p. 19 et 20), la part que M. Langenbeck accorde aux chirurgiens français dans l'autoplastie en général. C'est presque la négation pure et simple de tous les progrès qui ont été réalisés par d'autres mains que celles de Dieffenbach. Cette manière de voir suppose une bien grande préoccupation de la part de l'auteur. M. Verhaeghe a eu tort de se faire l'écho de cette injustice.

pédicule du lambeau correspond précisément à la racine du sourcil droit (1).

Cette figure, comme la plupart de celles qui représentent les autoplasties réussies, me paraît beaucoup trop parfaite. La photographie à l'avenir nous fournira des résultats plus véridiques.

Dans les dessins de cet article, l'artiste a omis de renverser les images; ainsi on trouve sur cette figure le pédicule du lambeau à gauche, c'est à droite qu'il devrait se trouver. Le lecteur fera facilement cette rectification.

2° *Pédicule médian, lambeau latéral oblique ou horizontal* (MM. Auvert, Alquié, Heylen). — La seule différence importante que je remarque entre le procédé de M. Labat et celui de M. Langenbeck, c'est que la torsion du pédicule, quoique atténuée, existe cependant encore dans le premier tandis qu'elle est supprimée dans le second. Cette même différence va se retrouver entre le procédé de M. Auvert et celui de MM. Alquié (de Montpellier) et Heylen (d'Hérenthals).

Il est facile néanmoins de saisir le caractère de ces procédés; en effet, le lambeau indien ordinaire étant vertical et ascendant devra décrire 190° pour devenir vertical et descendant; mais s'il est taillé obliquement ou horizontalement, il n'aura que les trois quarts ou la moitié de cette distance à parcourir pour s'appliquer dans sa position définitive. Cela est trop simple pour exiger une démonstration en règle.

Procédé de M. Auvert (de Moscou). — Ce chirurgien pratiqua la rhinoplastie à une paysanne de cinquante ans, et prit sur le front un lambeau triangulaire à pédicule long et étroit dont l'axe faisait avec la ligne médiane un angle aigu à sinus supérieur mesurant environ 45 degrés. Il ne donne pas les raisons qui l'ont engagé à adopter cette modification, et la preuve qu'il conserve à son opération le caractère de la méthode indienne, c'est qu'il dit avoir suivi pour le pédicule la conduite préconisée par Blandin. L'observation de M. Auvert est sans date; mais d'après les renseignements qui nous ont été donnés par l'éditeur, nous pouvons affirmer qu'elle a été pratiquée longtemps avant 1850 (2).

A la fin d'un ouvrage publié en 1850, M. le professeur Alquié, de Montpellier (3), donne une planche comme spécimen d'un procédé de rhinoplastie indienne. Il n'y a pas de description détaillée, mais simplement une explication de la figure ainsi conçue : *Nouveau procédé de rhinoplastie proposé par l'auteur dans le but de diminuer la torsion du lambeau pris sur le front et pour cacher une partie de la cicatrice dans le sourcil.*

Cette mention est à la vérité très suffisante pour rendre claire l'idée de M. Alquié; mais on trouve plus de détails dans une thèse soutenue récemment à Montpellier (4).

Procédé de M. Alquié. — « Un lambeau transversal est emprunté au front; les incisions pratiquées sont parallèles au sourcil, qui sert à cacher l'incision inférieure. Ce lambeau est terminé par un pédicule en crochet recourbé vers la racine des cheveux. Toute torsion du pédicule est ainsi évitée, ainsi que la cicatrice verticale, toujours plus désagréable que la cicatrice transversale. Celle-ci se fond, pour l'incision supérieure, dans les rides que présentent à un certain âge les téguments du front. » Une figure est annexée à cette description; elle

(1) *De la rhinoplastie.* Paris, 1834, p 69, *et passim.*

(2) Alexandre Auvert, *Selecta praxis medico-chirurgicæ*, t. I, obs. 25, planches XXXI et XXXII, grand in-folio, seconde édition, 1856, édité par Victor Masson. Cet ouvrage, imprimé avec un luxe extraordinaire et illustré de planches splendides, est peu répandu. Il renferme des faits remarquables recueillis avec beaucoup de soin.

(3) *Chirurgie conservatrice.* Montpellier, 1850, p. 369, et pl. I, fig. 4.

(4) *De la rhinoplastie*, par Jos. Léotard, thèse de Montpellier, n° 45. 1857, p. 56.

diffère de la première par la direction curviligne donnée aux incisions au niveau de la racine du lambeau. Cette petite modification fait disparaître presque complétement l'incli-



naison latérale de l'axe ; elle réalise donc à un haut degré l'amélioration dont nous recherchons en ce moment les origines, et que déjà nous avons constatée dans les procédés de MM. Labat et Langenbeck. Il y a là, suivant nous, une idée qui a un certain avenir.

En 1852, M. Heylen, d'Hérenthals, a mis en pratique sur le vivant un procédé analogue. Je suppose qu'il ne connaissait pas le court passage de la *Chirurgie conservatrice*, et M. Léotard me paraît, à ce propos, discuter la question de priorité avec une animation un peu trop vive; d'ailleurs, pour convaincre le lecteur, il eût été bon de rapporter en entier le fait original de M. Heylen, ou d'indiquer au moins le recueil dans lequel il a été publié. Tout ce que nous savons, c'est que l'opération a été pratiquée sur un enfant de cinq mois, et que M. le docteur S., rédacteur du *Journal de médecine* (1), semble considérer comme nouvelle la modification du chirurgien étranger. Ne sachant pas comment M. Heylen a procédé, nous ne pouvons juger la question de priorité à laquelle M. S. Léotard paraît tenir beaucoup pour son maître, et nous demandons des preuves plus explicites. D'ailleurs, il ne faut pas oublier que Dieffenbach ayant à opérer un jeune homme de dix-huit ans, dont la scrofule avait détruit tout le nez et altéré les téguments de la partie moyenne du front, tailla un lambeau sur la partie latérale gauche. C'était, dira-t-on, un procédé de nécessité, et nullement une modification conçue dans un but particulier : nous l'accordons. Mais les opérations insolites deviennent souvent la souche de procédés plus réguliers. (*Chirurgische Erfahrungen*, 3e et 4e Abtheilung. Berlin, 1834, p. 8.)

Jetons un coup d'œil sur le second procédé de M. Alquié. Nous y trouvons deux buts principaux :

1° Éviter la torsion du pédicule; 2° amoindrir la difformité résultant de la cicatrice frontale. Il est évident que la première indication est complétement remplie par la forme recourbée qu'on donne au pédicule. Cependant, comme jusqu'à ce jour il ne s'agit, que je sache, que d'un procédé d'amphithéâtre privé du contrôle clinique, il est permis d'objecter que les incisions privent complétement le lambeau des branches artérielles ascendantes qui le pénètrent dans les procédés ordinaires. De là la violation de ce principe général auquel Blandin attachait tant d'importance, et en vertu

(1) M. Léotard renvoie au *Journal de médecine*, 13e année, vol. XX, p. 163. Je pense qu'il s'agit du *Journal de médecine de Montpellier*; mais je n'ai pu me procurer ce recueil. J'aurais d'ailleurs préféré remonter directement à la source.

duquel le pédicule doit toujours être placé de manière que des artères suffisantes le pénètrent. On pourrait répondre, à la vérité, que l'absence complète de torsion fait regagner à la circulation ce que lui fait perdre le sacrifice des vaisseaux.

Le procédé que nous examinons a encore pour but de diminuer la difformité causée par la cicatrice frontale. Depuis longtemps déjà cette idée est sur le métier; car c'est pour éviter la cicatrice frontale que Dieffenbach, au dire de M. Labat (1), a parfois emprunté son lambeau à la peau des tempes. Cet inconvénient paraissait minime aux premiers chirurgiens qui, après la rhinoplastie, réunissaient en totalité ou en partie la plaie frontale. Mais, aujourd'hui que tout le monde est à peu près d'accord sur les grands dangers de cette réunion, il est naturel de chercher un moyen d'éviter le stigmate fâcheux de la rhinoplastie frontale. Nous verrons plus loin quels expédients les chirurgiens ont imaginés pour résoudre ce problème.

Le lecteur trouvera bien long, peut-être ce conflit d'arguments théoriques; mais il comprendra qu'en l'absence de faits il faut opposer le raisonnement au raisonnement, et que, lorsque la science possède de bons procédés qui ont déjà fait leurs preuves, elle doit soumettre les nouveaux venus à un examen sévère. M. Alquié lui-même ne verra dans notre critique que le désir réel d'arriver au bien.

S'il nous fallait choisir entre les deux procédés de M. Alquié, peut-être nous adopterions le premier. Nous avons connaissance d'une opération de rhinoplastie pratiquée vers la fin de 1856, d'une manière très analogue, par notre savant ami M. le docteur Follin, qui, à la manière des vrais érudits, fait profiter la pratique de ses connaissances étendues.

Un vaste cancroïde avait détruit la presque totalité des parties molles du nez; il restait seulement sur le sillon naso-génial une bordure de tissus sains; afin de favoriser la rotation et d'éviter la torsion, le lambeau fut taillé au-dessus du sourcil gauche. Le pédicule était situé sur la ligne médiane, un peu au-dessus de l'espace inter-surcilier; l'axe faisait avec la verticale un angle presque droit ouvert en haut, c'est-à-dire qu'il était à peu près horizontal ou parallèle au sourcil. Un appendice destiné à réparer la sous-cloison surmontait le bord libre du lambeau, dont la forme pouvait être comparée à celle de la paroi d'un soufflet de cheminée.

Le lambeau tourna très facilement et s'adapta sans efforts sur les surfaces nasales; la réunion réussit très bien. Dans la suite, le nouveau nez s'est un peu affaissé à sa partie inférieure, mais la sous-cloison et les narines ont été rétablies. La guérison a été seulement retardée par l'apparition, sur la plaie frontale, de la pourriture d'hôpital, qui heureusement ne s'est point propagée à la ligne de réunion du lambeau, ni à la face profonde de ce dernier.

Déjà, vers la fin de 1854, M. Nathaniel Ward, chirurgien de London's Hospital, avait agi d'une manière fort analogue (*Medic. Times and Gazette*, 1856, tome I, page 385). Les dessins qui sont ajoutés à son texte montrent que le lambeau, assez semblable pour la forme à un as de pique tronqué à son sommet, fut taillé sur la partie latérale droite du front, assez obliquement pour que son axe fît avec la ligne médiane un angle ouvert en haut de 45 degrés environ, d'où il résulta, suivant l'auteur, que la rotation *s'effectua sans la plus legère apparence d'étranglement.*

Le but principal de M. Alquié est d'éviter la cicatrice frontale. L'observation de M. Ward nous révèle à ce propos un fait très intéressant; je veux parler de l'ascension du sourcil correspondant tiré en haut par la cicatrice. Dieffenbach avait déjà fait à ce qu'il paraît cette objection au procédé latéral; théoriquement la chose se comprend sans peine: toujours est-il que l'opéré avait trouvé un moyen ingénieux de pallier cet inconvénient, et de mettre les deux sourcils de niveau, en rasant la partie supérieure du sourcil droit et la partie inférieure du gauche.

Ces tentatives nouvelles peuvent se résumer brièvement: elles consistent à diminuer l'inclinaison du lambeau, soit en déplaçant son pédicule, soit en donnant à son axe une direction oblique. M. Langenbeck a généralisé ce principe dans beaucoup d'autres cas, et il en a tiré des avantages sérieux.

(*La suite prochainement.*)

AR. VERNEUIL.

(1) L'indication bibliographique précise n'étant pas donnée, nous n'avons pas trouvé dans le texte de Dieffenbach le passage auquel M. Labat fait allusion. (Voir dans l'ouvrage de ce dernier, p. 141.)

III.

CORRESPONDANCE.

Ramollissement cérébral par oblitération artérielle.

LETTRE A M. LE PROFESSEUR FORGET, DE STRASBOURG.

Dans votre lettre sur les concrétions sanguines des artères (GAZETTE HEBDOMADAIRE, n° 47), vous discutez, cher et très honoré maître, la question, d'ailleurs assez ancienne, du ramollissement cérébral par oblitération artérielle. Si j'ai bien compris votre pensée, vous ne doutez pas que de pareils ramollissements existent; pourtant vous n'en trouvez nulle part une démonstration satisfaisante, et pour dire oui ou non vous requérez un complément de preuves.

Permettez à l'un de vos plus zélés élèves et sectateurs de répondre à ce vœu, autant que ses faibles forces le lui permettent. Vous savez que c'est dans vos leçons que j'ai puisé les principes de la logique médicale, et si je réussis dans cette ébauche, c'est à vous que j'en serai redevable.

Je prends la question dans ses termes les plus généraux; je laisse de côté le problème de l'embolie, celui de la nature du ramollissement, et bien d'autres. Je me borne à rechercher si certains ramollissements cérébraux reconnaissent pour cause un obstacle plus ou moins complet à la circulation artérielle.

Quelle qu'ait été la cause de l'oblitération, il faut, dites-vous, « que ce soient les artérioles, celles qui avoisinent le plus le ramollissement, qui soient le siége de l'oblitération; car si l'artère est volumineuse, éloignée, les rapports de cause à effet deviennent assez douteux. » Je ne discute pas en ce moment cette proposition. Il me suffira de fournir des faits qui satisfassent à la condition que vous énoncez.

Voici d'abord un passage de Carswell (*Pathological Anatomy*, art. SOFTENING), qui, en tant que résumé d'observations multipliées, me paraît avoir quelque valeur: « Il arrive, dit-il, que c'est au milieu même de la substance cérébrale ramollie que l'on rencontre les artères oblitérées et leurs ramifications; en enlevant la substance cérébrale au moyen d'un filet d'eau, les artères indurées restent en place, donnant quelquefois au toucher la sensation de petits fils résistants. » C'est presque une paraphrase du passage de votre savante lettre que je citais tout à l'heure.

Mais j'ai hâte d'arriver à des faits dont les détails sont accessibles à notre critique. Je commencerai par le résumé de six cas rapportés par Hasse (*Zeitschrift für rationnelle Medicin*, t. IV, p. 93). J'en élimine tout ce qui est étranger au sujet de cette enquête:

OBS. I. — Femme de quatre-vingt-cinq ans. — Dans le lobe postérieur *droit*, autour de la corne postérieure du ventricule, la substance cérébrale est ramollie, pulpeuse, gris jaunâtre ou jaune rougeâtre. — Toutes les artères cérébrales épaissies et ossifiées, mais, *à droite*, l'artère profonde du cerveau et plusieurs de ses branches sont *presque entièrement oblitérées* par des masses athéromateuses.

OBS II. — Femme de soixante-neuf ans. — Ramollissement de l'hémisphère *droit*, qui est affaissé, d'un jaune pâle, surtout en dehors et en bas, où il est presque liquide. — Toutes les artères cérébrales sont plus ou moins ossifiées. Les artères profonde et moyenne *droites* et plusieurs de leurs branches sont *presque entièrement oblitérées* par des dépôts athéromateux.

OBS. III. — Femme de soixante-dix ans. — Le corps calleux et la voûte, surtout *à droite*, sont très ramollis, en partie réduits en bouillie jaunâtre demi-liquide ; le ramollissement s'étend, quoique à un moindre degré, jusqu'à la surface du cerveau et à la moitié postérieure et inférieure du ventricule droit. — Ossification commençante de toutes les artères, *surtout de celle du corps calleux* et de la sylvienne *droites*.

OBS. IV. — Homme de soixante-quatorze ans. — Foyer de ramollissement dans l'hémisphère *gauche*, autour de la corne postérieure du ventricule latéral. — Les troncs artériels de la base du crâne ne présentent que des traces de dépôts jaunâtres ; *à gauche*, la cérébrale profonde est fortement rétrécie et *complétement oblitérée* dans plusieurs points.

OBS. V. — Femme de soixante-treize ans. — Foyer de ramollissement *très étendu* dans l'hémisphère *gauche*, un autre *beaucoup moindre à droite*. Les artères présentent de nombreuses obstructions par la matière athéromateuse, *surtout à gauche*, où quelques branches sont *tout à fait oblitérées*.

OBS. VI. — Femme de quatre-vingt-six ans. — Dans l'hémisphère *droit*, au-dessus du ventricule latéral, foyer de ramollissement qui s'étend jusqu'à la voûte, et, dans les environs de la scissure de Sylvius, jusqu'à la surface du cerveau; à gauche, un peu plus en arrière, un foyer semblable, mais moins étendu. — Ossifications multiples des artères, *surtout à droite* ; elles sont rétrécies ou oblitérées *jusque dans leurs dernières divisions* par des masses athéromateuses et des bouchons fibrineux.

Je suis convaincu que vous êtes frappé, comme moi, de la coïncidence constante du siége du ramollissement et de celui du maximum de l'altération vasculaire. J'ajoute un cas analogue qui ne me paraît pas moins saisissant.

OBS. VII. — Sur une pièce représentée par Carswell (*l. c.*, pl. IV, fig. 1-3), la partie supérieure du corps strié *droit* était convertie en une pulpe molle, de couleur jaune brunâtre, *dans laquelle* on voyait les ramifications de deux petites artères. Elles étaient *complétement oblitérées*, et donnaient au toucher la sensation de petits fils résistants, durs. — A gauche, ramollissement d'une couleur orangée, limité à la substance grise du corps strié, et de quelques circonvolutions. Plusieurs branches assez volumineuses du tronc artériel *qui se rend à ces parties* sont oblitérées, d'autres obstruées par des dépôts osseux ou fibreux. Deux ou trois seulement des petites branches qui en naissent sont perméables.

Voici maintenant un fait où la lésion porte tout à fait sur les dernières ramifications artérielles.

OBS. VIII. — Homme de quatre-vingt et un ans. — Corps striés des deux côtés ramollis, profondément désorganisés; leur substance est d'un gris jaunâtre ; leur tissu est comme déchiré en certains points par une petite masse osseuse à surface hérissée d'aspérités. Les mêmes aspérités se rencontrent, sous forme d'aiguilles, dans la substance environnante. « Nous avons suivi avec attention plusieurs des petites aspérités dont le centre ovale est comme hérissé, et nous avons pu nous convaincre qu'elles étaient toutes formées par des vaisseaux très fins entièrement ossifiés. Chacune d'elles, en effet, faisait suite à un vaisseau dont on retrouvait, au bout d'un certain trajet, les parois souples et la cavité entièrement libre ; c'étaient de petites artérioles dont les extrémités capillaires se convertissaient en autant de petites tiges dures et cassantes. » (Delacour, *Gazette des hôpitaux*, 1850, n° 27.)

Il n'est pas douteux que les masses ossiformes des corps striés étaient formées par l'agglomération des capillaires ossifiés. Nous savons, en effet, que les corps striés sont bien plus vasculaires que les parties circonvoisines.

Je poursuis par l'énumération des cas où l'oblitération est produite par des concrétions fibrineuses. Ici « il faudra que le caillot soit consistant, décoloré, purement fibrineux, adhérent ! » Dans la sixième observation il existait des oblitérations présentant tous ces caractères réunis. Dans celles qui suivent, vous en trouverez toujours deux au moins, et je pense qu'ils vous paraîtront suffisants. Nous savons en effet que ces trois caractères ne sont pas nécessairement corrélatifs.

OBS. IX. — Femme de quatre-vingt-deux ans. — Ramollissement du lobe cérébral *moyen* et de la partie centrale du lobe *occipital*, du corps strié et des circonvolutions voisines *à droite*. — Carotide interne *droite* oblitérée par un caillot dense, adhérent, décoloré ; à son origine elle est élargie, athéromateuse, à parois épaisses de près de 2 millimètres « Le » tronc et les divisions de l'artère *sylvienne* correspondant aux parties » ramollies du cerveau sont oblitérés par un caillot rougeâtre, adhérent. » Artère communicante *postérieure* droite oblitérée jusqu'à sa bifurcation. Les autres artères cérébrales présentent par places une couleur jaune due à la dégénérescence athéromateuse. (Bierck, *Du ramollissement cérébral*, etc., Thèses de Strasbourg, 2ᵉ série, n° 281, p. 32.)

OBS. X. — Femme de cinquante et un ans. — Au-dessus de la partie antérieure du ventricule latéral *droit* existe un foyer ramolli du volume d'une petite noix ; en l'incisant, la substance cérébrale s'affaisse, de manière à laisser un enfoncement très marqué. — L'artère sylvienne *droite* est oblitérée par une petite masse irrégulière, blanche, d'apparence fibrineuse, assez ferme, au point où l'artère se divise en trois branches, dont le bouchon oblitère l'origine. A l'extrémité centrale de cette masse vient s'ajouter un petit caillot filiforme qui s'étend jusqu'à l'origine de l'artère communicante antérieure. — Les autres artères cérébrales sont saines. (Sibley, *Medical Times and Gazette*, 23 octobre 1852.)

OBS. XI. — Homme de quarante-deux ans. — Dans le lobe antérieur *droit* existe un foyer de ramollissement du volume d'une noix ; la substance cérébrale y a une couleur blanche mate particulière, et un filet d'eau l'enlève facilement. — Artère sylvienne *droite* oblitérée par un corps blanchâtre peu adhérent. — Les autres artères cérébrales sont saines. (Sibley, *ibid.*)

OBS. XII. — Femme de soixante-cinq ans. — Circonvolutions postérieures et latérales *droites* ramollies dans toute leur profondeur, à tel point qu'elles forment une bouillie épaisse qu'on ne peut couper par tranches. Le corps strié droit a la consistance de la bouillie. — La *surface supérieure du cervelet*, à droite, présente un ramollissement à consistance pulpeuse, d'un pouce et demi de longueur sur 6 lignes de largeur. Cette lésion s'étend jusqu'à la substance blanche centrale. De l'autre côté le cervelet est sain. — L'artère vertébrale *droite*, à son entrée dans le crâne, contient un caillot dur, résistant, qui la bouche entièrement : ce caillot est formé par une substance pseudo-membraneuse, analogue à la couenne du sang. Il existe un fragment de cette substance jusque dans le *tronc basilaire* ; mais il est beaucoup plus petit. L'*artère cérébelleuse supérieure droite est entièrement oblitérée* par un caillot semblable ; elle plonge dans le tissu ramolli. Carotides et vertébrale gauche saines. (Piorry, *Bulletin clinique*, 1835, p. 104.)

OBS. XIII. — Femme. — Corps strié *gauche* réduit en pulpe diffluente — La branche de l'artère sylvienne *qui se rend à ce point* du cerveau est oblitérée par une petite masse fibrineuse implantée dans son origine. Au delà, l'artère ressemblait à un filet blanchâtre et tout à fait imperméable. (Simpson, *Obstetric. Memoirs*, t. II, p. 42.)

OBS. XIV. — Garçon de onze ans. — Le corps strié *droit* et les parties voisines de la partie inférieure du lobe moyen sont beaucoup plus mous que le reste du cerveau, s'affaissant, quand on les comprime, en une espèce de pulpe qui laisse écouler un liquide crémeux. Artère sylvienne *droite* oblitérée, à 1,5 centimètre de son origine, par une masse fibrineuse dont la partie centrale est ferme, blanche, tout à fait crétifiée, assez adhérente aux parois. (Burrows, *Med. Times and Gaz.*, 5 février 1853.)

OBS. XV. — Femme, cinquante ans. — Oblitération du tronc brachio-céphalique, dans l'étendue d'un centimètre, par un caillot solide. Origine de la carotide gauche rétrécie par un épaississement fibroïde de ses parois, au point de ne plus avoir que le quart de son diamètre normal. Carotide interne *gauche*, au point où elle quitte la selle turcique, oblitérée par un caillot solide qui se prolonge à quelque distance dans l'artère sylvienne. — Les parties du cerveau *où se rend cette artère* sont très ramollies, pulpeuses. — Les autres artères cérébrales sont saines. (Markham, *Med. Times and Gaz.*, 14 mars 1857.)

Obs. XVI. — Femme, trente-cinq ans. — Ramollissement des *lobes postérieurs droits*. Artère basilaire et *cérébrale postérieure droite* oblitérées par une substance fibrineuse. (Harrison, *Union méd.*, 30 oct. 1856.)

Obs. XVII. — Femme, trente-quatre ans. — Corps strié *à droite* très ramolli, réduit à une sorte de bouillie gris sale. Portion considérable du lobe postérieur droit très ramollie. — Artère sylvienne *droite* obstruée par un noyau d'une substance blanchâtre d'un aspect fibrineux. Les autres artères cérébrales saines, sauf quelques dépôts jaunâtres dans leurs parois. (Kirkes, *Med.-Chir. Transact.*, vol. XXXV.)

Obs. XVIII. — Homme, vingt-quatre ans. — Corps strié *gauche* et la portion d'hémisphère qui l'entoure réduits à l'état d'une pulpe grisâtre. — Artère sylvienne *gauche*, immédiatement au delà de son origine, complétement oblitérée par une masse fibrineuse blanchâtre, adhérant lâchement aux parois. Les branches de l'artère, immédiatement au delà du point oblitéré, étaient réduites à l'état de cordons minces, durs et jaunes, et plongeaient dans la substance cérébrale ramollie. (Kirkes, *ibid.*)

Mais ici j'éprouve un scrupule; dans quelques-uns de ces cas, l'oblitération siége un peu plus loin du point ramolli que dans les sept premiers. Je ne crois pas cependant que vous les récusiez ; il suffit que la coïncidence du ramollissement avec l'oblitération de l'artère qui y aboutit se reproduise souvent pour qu'il nous soit impossible de n'y voir qu'un jeu du hasard.

Multiplions donc les observations, et nous n'aurons pas plus de peine à comprendre que le ramollissement ne s'étende pas « à tous les points où se distribuent les ramifications d'une artère » qu'à nous expliquer comment une oblitération de l'artère poplitée peut n'entraîner que la gangrène d'un orteil.

Obs. XIX. — Homme, vingt-neuf ans. — Ramollissement du corps strié *gauche* et de la partie inférieure de l'hémisphère du même côté. — Artère sylvienne *gauche* oblitérée à son origine par un corps blanc jaunâtre, adhérent ; caillots rougeâtres en deçà et au delà. Les autres artères cérébrales saines. (Schutzenberger, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1857, n° 2.)

Obs. XX. — Femme, soixante-sept ans. — Dans le lobe *antérieur droit*, au centre de la substance blanche, trois foyers de ramollissement où le parenchyme est pulpeux, diffluent. — Artère cérébrale moyenne *droite*, vers le milieu de la scissure de Sylvius, au niveau de la naissance d'une branche *antérieure*, oblitérée par un corps blanchâtre, dur, assez adhérent, coiffé d'un caillot rouge. (Schutzenberger, *ibid.*)

Obs. XXI. — Ramollissement de la substance blanche et grise au centre du *pont de Varole*. — Artères *vertébrale* et *communiquante postérieure* droites oblitérées par une substance fibrineuse contenue dans leur intérieur. Une matière semblable se trouve dans deux points de l'artère *basilaire* sans l'oblitérer tout à fait. (Carswell, *l. c.*)

Une analyse un peu exacte de la lésion suffit pour nous convaincre qu'ici c'est surtout la quantité de sang reçue par le tronc basilaire qui était diminuée.

Obs. XXII. — Femme de trente-neuf ans. — Au milieu de l'hémisphère *droit*, ramollissement des circonvolutions et de la substance blanche sous-jacente, ainsi que des corps striés. — Carotide cérébrale *droite* remplie d'un caillot noir très adhérent, se prolongeant dans les ramifications *qui vont aux parties ramollies*. (Hasse, *l. c*, p. 96)

Obs. XXIII. — Femme, quarante ans. — Hémisphère droit, cervelet, moelle allongée et lobe postérieur de l'hémisphère gauche du cerveau normaux, très consistants. Les autres parties de l'hémisphère cérébral *gauche* remarquablement ramollies. La carotide cérébrale, l'origine de l'artère du corps calleux, l'artère sylvienne et la plupart de ses ramifications, du côté *gauche*, contiennent un caillot en partie brun, stratifié, en partie rouge foncé, très adhérent. (Hasse, *l. c.*, p. 99)

Obs. XXIV. — Femme, vingt-neuf ans. — Ramollissement sur le côté externe du corps strié *gauche*. — Artère vertébrale *gauche* oblitérée par un caillot jaune. Artère sylvienne *gauche* oblitérée par un caillot qui commence à la partie interne de la scissure et qui est décoloré dans l'étendue de 3 millimètres. Le reste est noir. L'extrémité interne de l'artère contourne la scissure et se prolonge vers le corps strié malade. (Bierck, *l. c.*, p. 23.)

Obs. XXV. — Homme, vingt-sept ans. — Ramollissement du volume d'une grosse pomme au niveau de l'opercule et de l'insula *à droite*. — Carotide cérébrale *droite* oblitérée au delà de sa seconde courbure par un bouchon fibrineux, blanc-rouge, assez adhérent. (Virchow, *Gesammelte Abhandlungen*, p. 423.)

Obs. XXVI. — Femme de quarante-quatre ans. — Au côté externe de l'hémisphère droit on trouve une des petites branches de l'artère sylvienne oblitérée par une masse solide, blanc jaunâtre, et *tout près de là*, à la surface d'une circonvolution, un foyer de ramollissement jaune, du volume d'un grain de chènevis environ. — A la partie supérieure du même hémisphère, près de la grande scissure, une autre artériole est oblitérée, changée en un cordon blanc jaunâtre, et, *au niveau de l'artère oblitérée*, un foyer de ramollissement semblable au premier. Carotides cérébrales un peu athéromateuses ; les autres artères cérébrales normales. (Virchow, *l. c.*, p. 435.)

Obs. XXVII. — Femme, quarante-cinq ans. — La plus grande partie du lobe moyen gauche a l'apparence d'une poche flasque ; la substance cérébrale y est réduite en pulpe crémeuse. — L'artère sylvienne, *à peu de distance de ce foyer*, est oblitérée par un grumeau calcaire et fibrineux, fortement adhérent, se prolongeant dans deux branches qui naissent du point oblitéré. — Au côté externe et supérieur du lobe antérieur du même côté, plusieurs circonvolutions sont ramollies. A 7 millimètres de ce ramollissement, l'*artère afférente* est oblitérée par un grumeau calcaire entouré de caillots. — Dégénérescence graisseuse éparse des autres artères. (Virchow, *l. c.*, p. 433.)

Obs. XXVIII. — Homme de soixante ans. — Vaste ramollissement de l'hémisphère droit, s'étendant de la partie moyenne de sa face convexe jusqu'auprès du ventricule latéral, et à la base, dans le lobe moyen, près de la scissure de Sylvius. — L'artère sylvienne *du même côté* est dilatée en anévrysme ; poche remplie par un caillot rouge foncé, *ainsi que les vaisseaux qui en naissent*. (Guéneau de Mussy, *Arch. gén. de médecine*, 1re série, t. XXVI, p. 559.)

Obs. XXIX. — Homme, dix-neuf ans. — Presque tout le corps strié *gauche*, ainsi que la substance blanche environnante en dehors et en bas, est réduit en une bouillie d'une coloration jaunâtre. — Artère sylvienne *gauche* oblitérée à sa première division par un corpuscule dur, calcaire, entouré d'un dépôt fibrineux décoloré. De ce point jusqu'à la première collatérale, caillot de sang remplissant le vaisseau, qui plus loin est vide. — Artères cérébrales saines ailleurs. (Ruehle, *Arch. für Path. Anat.*, t. V, p. 189.)

Obs. XXX. — Femme de vingt-six ans. — Ramollissement de la partie moyenne de l'hémisphère *gauche*. — Carotide cérébrale *gauche* oblitérée par un caillot blanc, élastique, depuis son origine jusqu'à la naissance de l'artère ophthalmique. — Artères cérébrales saines ailleurs. (Ruehle, *l. c.*)

Obs. XXXI. — Homme de quarante-six ans. — Artère sylvienne *droite* presque oblitérée par l'épaississement de ses parois ; à 2 millimètres de son origine se trouve un caillot presque entièrement décoloré. — Près de là, jusqu'au niveau de la corne antérieure du ventricule latéral *droit*, ramollissement jaune. — A gauche, artères athéromateuses à un degré bien moins avancé. (Virchow, *l. c.*, p. 414.)

J'aurais désiré accumuler plus de faits. Je n'ai pu le faire, parce que les observations publiées sont insuffisantes, les autopsies incomplètes. En voici un exemple :

Sur 121 observations de ramollissement cérébral rapportées dans l'ouvrage de Durand-Fardel, 98 fois l'état des artères n'est pas mentionné ; 7 fois les artères sont rapportées saines, ce qui prouve qu'il y a des ramollissements non *anémiques*, fait admis par tout le monde. Dans 14 cas, enfin, les artères sont malades ; sur ces 14 faits, 12 fois le ramollissement siégeait d'un seul côté, et *deux fois seulement* l'observation tient compte du plus ou moins d'altération du canal artériel d'un côté ou de l'autre. Or, voici ces deux observations :

Obs. XXXII. — Homme, trente ans. — Ramollissement de la substance grise des circonvolutions du lobe antérieur et du corps strié, se prolongeant jusqu'à la scissure de Sylvius, *du côté gauche*. — Artères très dures, cartilagineuses, *surtout à gauche*. (Obs. XC.)

J'ajoute que cette observation est empruntée à Bright, qui, nous le savons, observait consciencieusement.

Obs. XXXIII. — Homme, cinquante-trois ans. — Ramollissement du lobe antérieur du corps strié, de la moitié de la couche optique *gauches*.

— *Carotide interne gauche et ses principales branches oblitérées* par des caillots rougeâtres, solides. Les autres artères saines. (Obs. XXXI.)

Ici c'est une des observations propres à l'auteur, et son opinion, dans la question qui nous occupe, est trop connue pour qu'il soit nécessaire de la rappeler.

Et voici donc, dans tout l'ouvrage de Durand-Fardel, deux seuls faits accessibles à notre analyse, et ces deux faits ne sont certes pas de nature à infirmer les déductions que nous tirions implicitement des observations précédentes.

En résumé, nous voici en possession d'une trentaine de cas où les deux éléments de la question, le ramollissement cérébral et la lésion artérielle, se rencontrent constamment l'un à côté de l'autre, tous deux à droite ou à gauche, tous deux en avant ou en arrière, tous deux dans le corps strié, les hémisphères, la moelle allongée ou le cervelet. Donc, dans une certaine classe de faits, il y a entre ces deux éléments un rapport étroit, intime.

Mais, — et je soulève à dessein cette difficulté, à laquelle on semble ne pas avoir songé, — l'oblitération artérielle ne pourrait-elle pas être l'effet aussi bien que la cause du ramollissement? Cette objection, vous le voyez de suite, n'existe pas pour les cas où l'oblitération est le résultat des dégénérescences calcaires ou autres des parois artérielles (obs. 1 à 8). Si, au contraire, les artères sont oblitérées par des caillots, on concevrait très bien que la lésion de la pulpe cérébrale eût entraîné la coagulation du sang dans les artères qui s'y ramifient, à peu près comme cela arrive quand les tissus sont désorganisés par les caustiques ou par une contusion violente. Les choses se passent peut-être quelquefois de cette façon, et l'observation que voici semble le prouver.

Obs. XXXIV. — Un homme de cinquante-cinq ans reçoit, le 7 février, un coup sur le crâne. Quelques semaines plus tard, affaiblissement de la vue, des mouvements du bras gauche, assoupissement. Les accidents disparaissent à la suite d'une saignée et reparaissent le 15 mai. Le 21, hémiplégie gauche, délire, etc. Quinze jours plus tard, paralysie faciale à gauche, et, *quelques jours après*, œdème considérable de la conjonctive du même côté. Mort le 8 juin. — *Autopsie*. Ramollissement d'une grande partie de l'hémisphère droit. Oblitération des artères carotide interne et sylvienne droites par des caillots rouges adhérents, et qui, dans quelques points, sont ramollis, crémeux, couleur lie de vin. L'artère sylvienne plonge au milieu des parties ramollies. (Gély, *Arch. gén. de médecine*, nov. 1837.)

Ici l'œdème de la conjonctive ne peut guère être attribué qu'à la coagulation du sang dans la carotide et à la gêne consécutive de la circulation dans le sinus caverneux où se jette la veine ophthalmique. Il suffit de comprendre la date d'apparition des symptômes de la lésion cérébrale et de cet œdème, signe de l'oblitération, pour se convaincre que celle ci devait être le fait secondaire. Encore, dans ce cas, l'oblitération des branches pourrait-elle très bien avoir précédé celle du tronc.

Admettons donc que l'oblitération artérielle peut être cause en effet du ramollissement. Trouvons-nous dans les observations que j'ai citées des éléments suffisants pour faire un choix légitime entre ces deux possibilités? Je le crois.

La question ne peut être douteuse dans l'observation XXVII où l'oblitération était le résultat de la coagulation du sang dans un anévrysme.

Dans les observations VI, IX et XXXI, la coagulation du sang était évidemment la suite des altérations des parois artérielles. Dans les autres, l'oblitération siégeait toujours *à quelque distance* du foyer de ramollissement; or, dans l'hypothèse d'une coagulation secondaire, celle-ci devrait nécessairement commencer dans les dernières radicules artérielles.

J'ajouterai que dans les observations XI, XII, XIV, XVI à XIX, XXIII à XXVI, il y avait dans d'autres points de l'économie des oblitérations artérielles évidemment primitives, pouvant être rapportées à une cause unique, raison de plus pour conclure que l'oblitération des artères cérébrales était de même nature.

Si maintenant nous pouvions à notre gré produire l'oblitération artérielle et en observer les suites, la démonstration gagnerait en rigueur.

J'ai essayé, pour mon compte, de produire des oblitérations partielles des artères cérébrales; mais j'ai constamment échoué; les injections oblitéraient à la fois presque toutes les artères et les animaux mouraient avant qu'aucune lésion du parenchyme eût pu se produire. Mais voici une expérience de M. Panum qui a été plus heureux en opérant sur la moelle épinière; et je pense que vous admettrez, comme moi, que l'on peut en toute sécurité conclure de là au cerveau. M. Panum injecte une émulsion de cire par une sonde flexible introduite à travers l'artère crurale d'un chien dans l'aorte, jusque vers son milieu. L'animal meurt vingt-huit heures après. On trouve à l'autopsie, vers le milieu de la moelle dorsale, un ramollissement très manifeste. En examinant au microscope les artérioles des parties ramollies, on les voit oblitérées par les molécules de cire, qui avaient été colorées en noir, et qui, par suite, étaient faciles à reconnaître. (*Zeitschr. für Klin. Med.*, Nov. 1856.)

Chez l'homme, la ligature de la carotide peut, jusqu'à un certain point, suppléer à l'impossibilité d'instituer des expériences semblables. Or, voici le résultat de l'analyse de 128 cas de cette opération que j'ai réunis : de ces opérés, 36 ont succombé. Sur 8 de ces cas, où la mort était due à la lésion cérébrale, on trouva à l'autopsie :

2 fois une cérébro-méningite (Abernethy, Langenbeck), 1 fois un épanchement de sang à la base du crâne (Giroux), 5 fois un ramollissement plus ou moins étendu dans l'hémisphère du côté de la ligature (Sédillot, Vincent, Chapel).

En présence de ces cinq faits, l'observation suivante me paraît fournir manifestement un autre exemple du même processus pathologique :

Obs. XXXV. — Femme de quarante et un ans. — Corps strié droit atrophié, jaune. A gauche, ramollissement du lobe cérébral antérieur, de la partie antérieure du lobe moyen, d'une grande partie de la couche optique et du corps strié. — Tronc brachio-céphalique et carotide gauche oblitérés par un caillot très adhérent. Vertébrale droite rétrécie. Artères cérébrales saines. (Gull., *Canstatt's Jahresb.*, 1855, t. III, p. 213.)

Resterait enfin, pour contrôle, à voir s'il existe des observations d'oblitération des artères cérébrales sans ramollissement.

Tous les succès de ligature de carotide, les faits d'oblitération spontanée de cette artère rentrent dans cette catégorie. Mais nous savons avec quelle facilité la circulation collatérale s'établit dans ces cas Ce qu'il faudrait, ce sont des observations d'oblitération des artères de la base ou de leurs branches.

J'ai cherché, j'ai fouillé les deux recueils les plus riches de la littérature française et allemande, les *Archives générales* et le *Journal de Canstatt*, les traités spéciaux sur les maladies des artères... Eh bien! j'ai trouvé un seul fait. Voici, en peu de mots, la substance de l'observation :

Obs. XXXVI. — Une femme de trente-six ans, atteinte d'une maladie de cœur, n'ayant jamais éprouvé d'accidents cérébraux, déjeune comme à l'ordinaire le jour de sa mort. Une heure plus tard, on la trouve sans connaissance. En l'interpellant à haute voix, on la fait revenir peu à peu à elle, et l'on constate : paralysie faciale à droite, difficulté de mouvoir la langue, impossibilité de soutenir le bras *droit* et de fléchir la jambe *droite*, mouvements qu'elle exécute facilement à gauche. Mort *sept heures après la perte de connaissance*. — *Autopsie*. Carotide cérébrale *gauche* oblitérée par un caillot sec, brunâtre, solide, d'où s'étendent des caillots plus récents dans les artères ophthalmique et sylvienne gauches, Cerveau normal partout. (Ruehle, *l. c.*)

Or, il est naturel d'admettre que le trouble profond et subit des fonctions cérébrales, d'un côté, était en rapport avec l'oblitération artérielle, seule lésion appréciable dans tout l'encéphale, et l'absence de ramollissement s'explique par la rapidité de la mort. Sept heures, ce n'est pas bien long; et, pour en appeler encore une fois à l'expérimentation, dans les expériences de M. Panum, analogues à celle que j'ai rapportée plus haut, lorsque l'animal ne vivait que cinq à neuf heures, on trouvait à peine un commencement de ramollissement. Sur un lapin auquel j'injectai du mercure dans l'aorte par la carotide gauche, et qui vécut au

moins huit ou dix heures, le cerveau n'était pas ramolli, quoique la plupart des divisions secondaires des artères cérébrales fussent injectées. Concluons que, dans l'observation 36, le ramollissement aurait pu survenir plus tard, et que ce fait ne peut en rien infirmer la théorie du ramollissement anémique. On trouvera peut-être, probablement, des cas où l'oblitération sera ancienne, et où il n'y aura pas de ramollissement; il s'agira alors d'établir le rapport numérique de ces faits à ceux où le ramollissement accompagne la lésion artérielle. Un petit nombre d'observations ne prouvera rien, car y a-t il une seule des causes pathologiques connues dont l'effet soit constant, fatal?

Je souhaite, cher maître, que cette esquisse puisse vous paraître de quelque utilité pour la solution de la question que j'ai abordée. J'avoue que, pour mon compte, les faits que j'ai rapportés m'ont paru concluants. J'ai mis en usage tous les procédés qui, dans l'étude des sciences expérimentales, se contrôlent et se complètent, et je crois que nous sommes autorisés à admettre comme un fait démontré qu'il y a certains ramollissements cérébraux qui reconnaissent pour cause un obstacle plus ou moins complet à la circulation artérielle. Si pourtant je m'étais trompé, je serais prêt à « brûler ce que j'ai adoré, » je renoncerais sans peine à une erreur, et je n'éprouverais qu'un regret, celui de n'avoir pu répondre à votre vœu.

Agréez, cher et très honoré maître, l'assurance de mes sentiments les plus respectueux.

E. Fritz,
Ancien aide de clinique à la Faculté de médecine de Strasbourg.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 7 ET 14 DÉCEMBRE 1857. — PRÉSID. DE M. ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

L'Académie reçoit et renvoie à l'examen de la commission pour le concours du legs Bréant, une note de M. Pauli, médecin-major du 90e de ligne, *Sur l'emploi du tannate de fer comme succédané du quinquina et du sulfate de quinine.* (7 décembre.)

Hygiène militaire. — *Sur les étoffes qui servent à confectionner les vêtements du soldat*, par M. Coulier. — Les conclusions de ce travail peuvent se formuler dans les propositions suivantes : 1° la couleur des vêtements est sans influence sensible sur la déperdition du calorique; 2° tous les tissus sont susceptibles d'absorber à l'état latent une certaine quantité d'eau hygrométrique; cette quantité, assez considérable pour la laine, est moindre pour le chanvre et surtout pour le coton; 3° cette absorption se fait sans déperdition immédiate de calorique pour le corps humain; 4° la couleur des tissus a une grande influence sur l'absorption de la chaleur solaire, et il suffit, quelle que soit d'ailleurs la nature des vêtements, de modifier leur surface extérieure pour bénéficier des avantages que présentent les étoffes blanches lorsqu'on se trouve exposé aux ardeurs du soleil. (*Comm.:* MM. Despretz, Rayer, Bussy.) (14 décembre.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1857. — PRÉSIDENCE DE M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de l'Aveyron pendant 1856. — *b.* Le rapport final de M. le docteur *Défossés*, de la Gravière, médecin des épidémies de l'arrondissement de Boussac, sur une épidémie de dysentérie qui a régné dans les communes de Pouzerines, Bussières, Saint-George et Tercillat. — *c.* Un rapport de M. *Simyard*, médecin cantonal à Cluny (Saône-et-Loire), sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné à Cluny pendant 1856 et 1857. — *d.* Un rapport de M. *Lemaire*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Cosne, sur une épidémie de croup et d'angine couenneuse qui a régné en 1857 dans la commune de Saint-Amand. — *e.* Le rapport final de M. le docteur *Penchinat*, médecin des épidémies de l'arrondissement de Céret, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Villelongue-des-Monts. (*Commission des épidémies.*) — *f.* Des lettres relatives aux remèdes secrets. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M. le docteur *Alphonse Amussat* adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président, j'ai l'honneur de vous informer que, dans le but d'honorer la mémoire de mon père et de remplir ses intentions, j'ai signé, conjointement avec mes cohéritiers, par-devant notaire, l'acte par lequel nous faisons don à l'Académie de médecine d'une rente annuelle de 500 francs, 4 1/2 pour 100, pour la fondation d'un prix de chirurgie. Veuillez agréer, etc. »

M. *le secrétaire perpétuel* donne lecture d'un extrait de cet acte relatif aux charges et conditions, qui sont les suivantes :

1° La rente dont il s'agit sera affectée à la fondation d'un prix dit de *chirurgie expérimentale*, à décerner tous les deux ans par l'Académie à l'auteur du travail ou des recherches, basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Toutefois, dans le cas où ladite rente viendrait à être réduite, l'Académie pourrait ne décerner ce prix que tous les trois ans, jusqu'à ce que les économies faites sur les arrérages permettent de les ramener à son chiffre normal de 500 francs.

2° Les candidats seront libres de se faire connaître, de choisir le sujet de leur travail, et de le présenter au concours manuscrit ou imprimé.

3° Dans le cas où, parmi les travaux présentés au concours, l'Académie ne jugerait pas qu'il s'en trouvât un qui méritât le prix, elle pourrait soit ajourner le prix à un ou deux ans, en cumulant la somme, ou la partager aux auteurs de travaux qui, sans mériter le prix, lui paraîtraient les plus dignes d'encouragement.

4° Ne seront point admis au concours pour le prix de chirurgie expérimentale les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts, sous un autre titre, à l'Académie de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis, à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés.

5° Les frais des présentes et tous ceux auxquels elles pourront donner lieu seront supportés par les donateurs, etc.

Le comité de vaccine du département du Nord demande l'avis de l'Académie sur la proposition suivante : « Dans l'état actuel de la science, les revaccinations peuvent-elles être prescrites et être l'objet d'encouragements spéciaux. » (Renvoyé à la *commission de vaccine.*)

M. *Davenne*, directeur général de l'assistance publique, informe l'Académie que, d'après l'avis des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, tout malade admis désormais dans les hôpitaux sera vacciné ou revacciné; il demande à l'Académie les moyens de se procurer du vaccin.

M. *Husson*, pharmacien à Toul, adresse un mémoire sur la durée moyenne de la vie dans l'arrondissement de Toul. (*Comm.:* MM. Michel Lévy, Bégin, Adelon et Guérard.)

M. le docteur *Ancelet*, à Vailly-sur-Aisne, adresse une note ayant pour titre : *Observation et remarques pour servir à l'histoire des luxations par rotation du tibia.* (*Comm.:* M. Huguier.)

M. *Pons* (de Bez, près le Vigan) envoie la suite de ses *Interprétations des aphorismes d'Hippocrate.*

M. le docteur *E. Garimond*, agrégé à la Faculté de Montpellier, adresse un mémoire intitulé : *Statistique des hôpitaux de Montpellier*, au point de vue de l'influence du climat sur le développement et la marche de la phthisie pulmonaire. (*Comm.:* M. Grisolle.)

L'Académie procède à l'élection des membres du bureau pour l'année 1858.

Président. — 59 votants.

M. Laugier obtient 56 voix; M. Depaul, 1 ; bulletins blancs, 2.
M. *Laugier* est proclamé président pour 1858.

Vice-président. — 61 votants.

M. Cruveilhier obtient 56 voix ; M. Larrey, 1 ; M. Bouillaud, 2 ; M. Depaul, 1 ; bulletin blanc, 1.
M. *Cruveilhier* est proclamé vice-président.

Secrétaire annuel. — 51 votants :

M. Devergie obtient 44 voix; M. Bouvier, 1 ; M. Gibert, 1 ; M. Grisolle, 1 ; M. Barth, 1 ; bulletins blancs, 3.
M. *Devergie* est proclamé secrétaire annuel.

Trois membres du conseil. — 1er scrutin, 49 votants :

M. Cruveilhier obtient 41 voix; M. Louis, 2 ; M. Michel Lévy, 2 ; M. Laugier, 1 ; M. Hellez, 1 ; bulletins blancs, 2.

2e scrutin, 40 votants:

M. Louis, 37 ; M. Robinet, 1 ; M. Depaul, 1 ; bulletin blanc, 1.

3e scrutin, 33 votants :

M. Danyau 31 voix ; M. Depaul, 1 ; M. Larrey 1.
En conséquence, MM. Cruveilhier, Louis et Danyau sont proclamés membres du conseil.

La séance est levée à quatre heures un quart.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur un névrome ulcéré du volume du poing, siégeant dans la paume de la main, par R. Volkmann.

Obs. — Frédérique P., âgée de dix-neuf ans, éprouvait depuis plus d'un an, le 13 mai 1856, une faiblesse dans l'avant-bras, et des douleurs dans l'indicateur de la main gauche. Ces douleurs se montraient par accès, duraient, en général, quelques heures, quelquefois toute la nuit, et devenaient si violentes qu'elles arrachaient des cris à la malade. Le membre tout entier, la main surtout, était atrophié notablement; cette atrophie portait spécialement sur le doigt indicateur, qui était le siége des douleurs névralgiques, et sur le pouce, dont les muscles, à l'exception du muscle opposant, avaient presque disparu. Les téguments du deuxième et du troisième doigt étaient privés de sensibilité. L'état général était satisfaisant.

Six mois plus tard, Frédérique P. entrait à l'hôpital avec une tumeur plus grosse qu'un œuf de poule entre le pouce et l'index; cette tumeur s'était développée depuis le 10 juin dernier; elle avait commencé par une petite nodosité dure, du volume d'un pois, située dans le pli qui sépare la racine de l'index et la paume de la main; elle s'accrut promptement, gagna la paume de la main, et se ramollit. En même temps les douleurs névralgiques, qui jusque-là avaient eu leur siége dans la phalange unguéale de l'index, quittèrent cette région pour se localiser dans la tumeur et revêtir le caractère lancinant.

État actuel. — Bon état général. Favus de la tête. Seins peu développés; les règles n'ont pas encore paru. La tumeur de la main est presque fluctuante, excessivement douloureuse à la pression, surtout près du pouce ; elle s'étend depuis la base de l'index jusque sur l'éminence thénar. La peau qui la recouvre est bleuâtre, brillante, tendue; les veines sous-cutanées sont dilatées.

Le membre supérieur gauche est plus faible que l'autre ; tous les muscles y sont atrophiés. Le doigt indicateur gauche est plus court et plus mince que le petit doigt du même côté, et mesure 20 millimètres de moins que l'index du côté droit. Le pouce de la main malade a 9 à 10 millimètres de moins que le pouce droit : cette différence porte principalement sur la seconde phalange. L'atrophie du médius, moins considérable que celle des deux premiers doigts, est cependant assez notable. Le quatrième et le cinquième doigt ont conservé leur longueur normale. La malade prétend que ces changements ont commencé à se produire dès la première apparition des douleurs.

La peau de la face palmaire de l'index et du médius, celle de la face dorsale de ce dernier, sont tout à fait insensibles; il en est de même de la face dorsale des deux dernières phalanges de l'index. Le pouce conserve une sensibilité obtuse. Les mouvements de ces trois doigts sont presque complétement abolis, mais il est difficile de déterminer la part que prend à cette roideur la tumeur en tant qu'obstacle physique. Le nerf médian, dans toute la longueur de l'avant-bras, est modérément douloureux à la pression ; la partie la plus sensible est un point près de l'articulation radio-carpienne, où l'on croit percevoir une petite tuméfaction sur le trajet du nerf.

Il n'existe point d'engorgement ganglionnaire.

Uue ponction faite avec un trocart donna issue à une cuillerée à café d'un liquide muqueux, un peu jaunâtre, puis à du sang. Dans la canule se trouvait un cylindre d'une substance gélatineuse et jaunâtre, très molle, facile à écraser : au microscope, cette substance se montra composée exclusivement de cellules fusiformes pâles, renfermant de gros noyaux foncés, ovalaires, qui les remplissaient presque entièrement.

L'ouverture faite par le trocart ne se cicatrisa point; par elle la tumeur se fit jour au dehors, détruisant la peau amincie du voisinage ; elle s'accrut, dès lors, très rapidement. A partir du 16 janvier, les douleurs devinrent plus vives dans le médius, et le nerf médian, plus sensible le long de l'avant-bras. La petite tuméfaction signalée sur son trajet semblait aussi avoir un peu augmenté de volume; elle était d'une sensibilité extrême. Par la surface ulcérée se firent des hémorrhagies prolongées et répétées.

Le jour de l'opération (quatre semaines après l'entrée de la malade) la tumeur avait le volume du poing, occupait les deux tiers externes de la paume de la main, et s'étendait de la racine du deuxième et du troisième doigt à l'articulation radio-carpienne ; elle avait contourné l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, et sur le dos de la main on voyait deux bosselures fluctuantes. Le chirurgien enleva la tumeur avec les trois premiers doigts, leurs métacarpiens et la moitié du carpe, conservant les deux derniers doigts, dont la malade se servait exclusivement depuis longtemps. L'incision de la peau de la main fut prolongée sur l'avant-bras, pour permettre d'enlever en même temps la portion malade du nerf médian. Deux lambeaux pris sur la face dorsale servirent à couvrir la surface traumatique.

Pendant l'opération, une portion de la tumeur, grosse comme une forte pomme, s'était détachée et brisée en tombant sur le plancher : elle était formée d'une substance de la consistance de la substance cérébrale putréfiée, dans laquelle se voyaient des épanchements sanguins nombreux, et des fragments d'une matière jaune rougeâtre, ressemblant à de la fibrine coagulée, mais beaucoup plus fragile; la même substance composait aussi presque toute la partie restante de la tumeur. Celle-ci, partout située immédiatement sous la peau, était divisée superficiellement en lobule réguliers; elle adhérait directement au nerf médian reséqué, dont le diamètre était de 8 à 9 millimètres.

Le nerf médian a une couleur jaunâtre un peu rosée, et une transparence sur les bords, et présente au niveau de l'articulation de la main une tuméfaction fusiforme de trois quarts de pouce de longueur. L'enveloppe celluleuse du nerf, incisée sur la tuméfaction, laisse échapper des lobules d'une substance jaunâtre, extrêmement molle, gélatineuse, au milieu de laquelle se voient les résidus des faisceaux de tubes nerveux, sous forme de quelques filaments isolés de couleur jaunâtre ou rougeâtre. Sur la tumeur principale on distingue trois branches du nerf médian, qu'on peut poursuivre par en bas jusqu'au bout des doigts, mais qui, par en haut, s'amincissent de plus en plus, et se perdent dans les masses gélatineuses de la petite tumeur. Ces trois branches, appliquées sur la tumeur, ont conservé leur volume normal; mais elles sont un peu plus denses et plus transparentes qu'à l'état sain; elles constituent la première, la troisième et la quatrième branche du nerf médian. Quant à la deuxième branche, fournissant aux faces correspondantes du pouce et de l'index, on n'en trouve aucune trace. Le nerf collatéral palmaire externe de l'index est intact aux deux dernières phalanges de ce doigt; mais au niveau de la première phalange son névrilème, dense et bleuâtre, forme une tuméfaction fusiforme de 19 millimètres de longueur sur 5 de largeur, qui ensuite se perd dans une masse sarcomateuse faisant partie de la tumeur principale : là encore les tubes nerveux sont remplacés par une substance gélatiniforme que l'on voit sourdre à travers les ouvertures de l'enveloppe celluleuse. Le collatéral palmaire interne du pouce peut être poursuivi jusqu'à un pouce dans la profondeur de la tumeur, où il se perd dans une région ramollie par des épanchements sanguins. L'examen de ses éléments a fait voir que ce nerf n'était point le siége de dégénérescence sarcomateuse, mais seulement atrophié et coloré en vert dans le foyer ramolli.

La production nouvelle était de celles que Förster a appelées *tumeurs fibro-nucléaires;* en la traitant par un filet d'eau on pouvait y déceler, en beaucoup de points, une charpente fibreuse, décomposable en faisceaux

de fibres. Dans les régions ramollies, le tissu était, au contraire, parfaitement homogène. Au microscope, on y trouvait un grand nombre de noyaux arrondis ou allongés, à contenu granuleux, avec un ou plusieurs nucléoles brillants. Leur volume dépassait, en général, un peu celui des corpuscules rouges du sang. Au niveau du métacarpien du pouce, on remarqua une dégénérescence graisseuse et une destruction commençante des éléments. Un examen attentif démontra que tous ces noyaux appartenaient, comme cela a lieu dans toutes les tumeurs analogues, à des cellules fusiformes très pâles, dont la membrane de cellule était appliquée étroitement sur le noyau. En outre, dans ces tumeurs les cellules sont très serrées les unes contre les autres, si bien qu'en en déchirant un fragment on obtient plus facilement, sur les pièces fraîches, des noyaux libres que des cellules intactes. Au contraire, si l'on étudie une préparation conservée quelques jours dans une faible solution de chromate de potasse, les membranes apparaissent très évidemment. Au milieu de la tumeur se trouvait une cavité renfermant un liquide muqueux, mais sans revêtement épithélial, ni paroi distincte. Toute la production morbide était très vasculaire et traversée par un réseau serré de gros capillaires.

Les trois branches du nerf médian qui passaient sur la tumeur pour gagner les doigts, et qui extérieurement semblaient seulement plus denses et plus transparentes que normalement, se montrèrent à l'examen microscopique dans un état de dégénérescence paralytique complète. Dans une enveloppe très molle, formée de tissu conjonctif, ils ne présentaient, au lieu de tubes nerveux contenant de la moelle, que des cordons finement striés longitudinalement, et garnis de nombreux noyaux ovalaires. Outre le tissu conjonctif fibrillaire, on y trouvait aussi des éléments fusiformes; c'est à peine si, dans tout un nerf collatéral des doigts, on put trouver 1 à 3 tubes nerveux intacts.

Il y avait, en outre, dans le tronc du nerf médian, notamment au point où il s'engageait dans la tumeur et dans les tumeurs signalées précédemment, quelques filaments minces qui se faisaient remarquer par leur mollesse, leur aspect turgescent et leur transparence. Sous le microscope, à un faible grossissement, ces filaments, qui avaient un cinquième de ligne de largeur, présentaient une gaîne de tissu conjonctif striée en long et en travers. En les soumettant à une faible pression, on faisait sourdre par le bout ouvert une substance formée exclusivement d'éléments du sarcome, c'est-à-dire de cellules et de noyaux. Les mêmes observations pouvaient être faites sur le bout supérieur de la branche du nerf médian qui passait sur la tumeur.

Cette observation présente plusieurs particularités d'un grand intérêt. En premier lieu, il faut noter la marche suivie par la dégénérescence, qui s'est étendue constamment sur le trajet du nerf médian, malade encore au niveau de la section, et sensible à la pression jusqu'au pli du coude. Il est remarquable, d'un autre côté, qu'en même temps que le produit pathologique se développait, sans doute avec le tissu conjonctif pour point de départ, la gaîne commune du médian soit restée intacte, ne permettant à la dégénérescence de s'étendre que dans le sens de sa longueur.

Les doigts, qui pendant la vie avaient présenté une diminution notable de volume, avaient conservé dans toutes leurs parties la texture et la conformation normales : la peau était mate, très dense; les papilles rétractées ou complétement absentes. Dans le derme et dans le tissu cellulaire sous-dermique, il fut impossible de trouver une seule fibre nerveuse à double contour.

Les doigts étaient insensibles, même à leur face dorsale, qui reçoit des branches du nerf radial; il est probable que l'altération de ces dernières a été consécutive.

Trois mois après l'opération, la plaie était parfaitement cicatrisée Les doigts conservés deviennent de jour en jour plus mobiles. Rien n'annonce jusqu'ici qu'une récidive soit en train de se produire. L'état général est satisfaisant, et la malade demande à quitter l'hôpital. Du reste, le nerf médian s'est peu modifié : pendant les premières semaines après l'opération, il a été parfois le siége de douleurs spontanées très vives, qui disparaissaient à la suite d'abondantes émissions sanguines locales. Il est toujours sensible à la pression, peut-être un peu moins, cependant, qu'à l'époque de l'opération. Il est à craindre qu'une récidive de la tumeur n'ait lieu sur l'avant-bras. (*Archives de Virchow*, juillet 1857.)

Sur un cas de névromes multiples, avec tendance remarquable à la récidive, par R. VIRCHOW.

OBS. — Un malade âgé de soixante et un ans dit avoir vu se développer, il y a trente-quatre ans, à la face palmaire de l'avant-bras, près du poignet, une tumeur mobile du volume d'une lentille; la peau était sans altération. Les progrès de cette tumeur furent si lents qu'après vingt ans elle n'avait atteint que le volume d'une cerise. Il y a cinq ans, elle avait la grosseur d'une pomme, et était devenue le siége de quelques douleurs. Extirpée en 1852, elle se reproduisit au bout de quinze mois, et prit rapidement un grand volume; elle était alors bosselée, couverte d'excoriations, et donnait lieu à des hémorrhagies. Cette fois l'extirpation fut difficile, en raison des adhérences de la production morbide avec la peau, les tendons, et même le périoste du radius. La récidive ne se fit pas longtemps attendre, et une nouvelle opération dut être pratiquée la même année; mais à peine la plaie fut-elle cicatrisée que le mal se montra de nouveau. Une quatrième opération, faite en octobre 1856, présenta les mêmes difficultés que précédemment; cependant une partie des masses morbides put être énucléée avec le doigt.

Le 4 mai 1857, cinquième opération, exécutée par le docteur Schmidt : les tumeurs avaient leur siége soit dans le tissu cellulaire, soit entre les muscles et les tendons, soit sur le périoste; elles ne donnaient lieu à aucune douleur; les ganglions axillaires étaient intacts. L'extirpation fut très pénible.

Les masses enlevées, en nombre considérable, avaient un volume très différent, mais présentaient un aspect uniforme : elles remplissaient un vase de 6 centimètres de hauteur sur presque autant de largeur. Les plus petites étaient sphériques; les grosses étaient un peu aplaties et lobulées; la surface des lobules était lisse, brillante, et couverte d'un peu de tissu cellulaire lâche; à la base d'implantation des tumeurs on voyait souvent s'insérer des tractus fibreux. La couleur des tumeurs était d'un gris pâle, rougeâtre, tirant un peu sur le jaune; leur consistance très ferme. Leur coupe permettait de voir, même à l'œil nu, des filaments blanchâtres s'entrecroisant dans toutes les directions, mais divergeant, en général, à partir d'un point rapproché de la base pour se perdre vers la surface des lobules. En somme, les tumeurs montraient la plus grande analogie avec les corps fibreux de l'utérus et avec les névromes. Le microscope vint confirmer cette analogie. Toutes les masses morbides présentaient, à peu de chose près, la même structure : un stroma de tissu conjonctif à fibres entrecroisées dans tous les sens, mais difficiles à isoler, et dans ses mailles des noyaux rangés en séries longitudinales et séparés par très peu de substance intermédiaire. Les noyaux étaient allongés, en forme de bâtonnets, et devenaient très nets sous l'influence de l'acide acétique. Il était impossible d'isoler la moindre fibre-cellute : c'était la production connue sous le nom de tumeur fibro-nucléaire.

Une partie de ces masses fut mise dans un tube qu'on ferma à la lampe, et qu'on plaça quelque temps dans la marmite de Papin, sous une pression de trois atmosphères. Le liquide que l'on obtint ainsi, après avoir été filtré, fournit par l'alun et l'acide tannique un précipité abondant, insoluble dans un excès de ces substances et dans l'acide acétique. Le résidu solide de la production morbide, très facile à diviser, présenta au microscope de fines cellules fusiformes, contenant, dans leur intérieur, les noyaux observés précédemment. Il était évident, dès lors, qu'il s'agissait d'une tumeur dite fibro-plastique, dans laquelle la membrane des cellules était intimement adhérente avec la substance fondamentale, très peu abondante; si bien qu'au premier aspect les noyaux paraissaient libres.

L'auteur n'a rencontré jusqu'ici ce genre de productions que sur les nerfs, ceux du plexus brachial, le plus souvent dans des tumeurs de la forme des ganglions ou de nodosités. Les nombreuses récidives observées dans ce cas rendaient peu probable la supposition d'une affection purement locale; cependant il a été dit que les ganglions axillaires n'ont point été envahis. En examinant attentivement ces noyaux, M. Virchow put s'assurer de l'existence sur chacun d'eux d'un filament nerveux d'où partaient les tractus fibreux qui s'irradiaient dans la masse. Il lui a toujours été impossible de suivre dans l'épaisseur des tumeurs ces filets nerveux, qui, dans leur partie libre, étaient exempts d'altération. (*Archives de Virchow*, juillet 1857.)

Notice sur le nerf splanchnique, par M. HEIN.

Dans sa dissertation inaugurale : *De nervorum splanchnicorum fonctione*, Berolini, 1855, Ed. Pflüger a rapporté cinq expériences dont il a tiré cette conclusion, que l'irritation des nerfs splanchni-

ques exerce une action paralysante sur les mouvements péristaltiques de l'intestin grêle. L'auteur de cette note a répété l'expérience principale de Pflüger devant plusieurs médecins de Dantzig. Voici ce qu'il a observé :

Quand on irrite avec un faible courant intermittent l'un des nerfs splanchniques d'un lapin vivant, les mouvements péristaltiques de l'intestin grêle s'arrêtent, et celui-ci reste dans le relâchement. Cet état ne se montre pas immédiatement au début de l'irritation, car l'intestin, pris dans un certain degré de contraction, commence par se dilater avant de rester immobile. De même les mouvements ne se rétablissent pas immédiatement après la cessation de l'irritation, mais seulement au bout de quelques instants ; ils ont d'ailleurs plus de vivacité qu'auparavant. L'irritation ne doit pas être prolongée sans interruption, mais elle peut être répétée un grand nombre de fois, toujours avec le même effet, pourvu que la portion de nerf isolée soit assez longue pour qu'à chaque irritation un point plus périphérique soit mis en contact avec l'appareil magnétique. Il suffit d'agir sur un seul nerf splanchnique pour produire le phénomène sur l'intestin grêle ; le gros intestin, pendant ce temps, le côlon descendant surtout, continue à se mouvoir.

L'expérience de Pflüger ne réussit plus sitôt que l'animal est mort, ou quand le nerf a été tiraillé ou comprimé sur un point ; ne fonctionnant plus alors que comme simple conducteur humide, le nerf irrité détermine au contraire des contractions plus vives. (*Arch. f. phys. Heilk.*, 1857. 1er et 2e cah.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie, t. II et III de la 2e série. 2 vol gr. in-8, 1856 et 1857. Paris, chez J.-B. Baillière et fils.

Mémoires de la Société médicale d'observation de Paris, t. III, 1856. — **Recueil des travaux de la Société médicale d'observation de Paris**, fascicules 1er et 2e, 1857. Paris, chez J.-B. Baillière et fils.

Bulletins de la Société de chirurgie de Paris pendant l'année 1856-1857. Paris, chez Victor Masson.

(Suite.)

A l'occasion d'une observation d'*amputation spontanée incomplète du cou par enroulement et striction du cordon ombilical*, observation dont nous reproduisons les détails principaux, M. Hillairet passe en revue les faits analogues consignés dans la science, et les range en trois classes :

1° Amputations spontanées occasionnées par la striction du cordon autour des membres ;

2° Amputations spontanées par des brides fibreuses placentaires ou autres, opérant la striction des parties ;

3° Amputations spontanées ou plutôt *mutilations* des membres par arrêt de développement. Dans cette catégorie, il faudrait ranger, suivant M. Hillairet, ces mutilations multiples et variées qui ne s'accompagnent ni de brides fibreuses, ni d'enroulement du cordon.

Quant à l'opinion de Chaussier, qui attribuait ces mutilations à une gangrène spontanée intra-utérine, elle ne peut invoquer en sa faveur aucun fait d'observation. Il en est de même de celle de Hecker (de Berlin) et de Martin (d'Iéna), qui pensent que la séparation spontanée des membres peut être la conséquence d'une fracture survenue dans le sein de la mère.

Obs. — Madame X., âgée de trente ans, d'une bonne constitution, bien réglée depuis l'âge de quinze ans, s'est mariée à vingt ans et demi, et a fait une fausse couche cinq ou six mois après. Une nouvelle grossesse, survenue après plus de deux ans et demi, et accompagnée seulement de quelques vomissements, parvint au terme normal ; l'accouchement fut long, mais se termina heureusement : l'enfant, petite fille bien constituée, avait deux tours de cordon serrés autour du cou, et resta huit à dix minutes sans donner signe de vie.

Six mois après, nouvelle grossesse, et avortement à trois mois de gestation. Devenue enceinte une quatrième fois, madame X. mit au monde une petite fille à terme, qui avait un tour de cordon autour du cou, mais qui respira immédiatement. La même circonstance accompagna la naissance d'un garçon, dont accoucha ensuite madame X.

Pendant les trois années qui s'écoulèrent depuis ce dernier accouchement, madame X. jouit d'une très bonne santé, et prit de l'embonpoint. Cependant, dans le cours de la dernière année, les règles, qui revenaient toujours six semaines après l'accouchement, devinrent irrégulières et moins abondantes ; un léger engorgement du col, avec érosions légères au pourtour de son orifice externe, s'accompagnant de leucorrhée et de douleurs lombaires souvent insupportables, céda à un traitement peu énergique ; mais ces accidents se reproduisirent plus tard.

Le 25 avril 1856, à la suite d'une application de sangsues au siége, la malade, qui avait eu un retard de deux mois, fut prise de douleurs lombaires très fortes, avec sensation d'expulsion ; il s'écoula d'abord de la sanie, puis une assez bonne quantité de sang : au milieu d'une masse de caillots se trouvait un fœtus qui présentait les particularités suivantes :

Il était du sexe masculin, et semblait avoir deux mois et demi à trois mois ; il mesurait 9 centimètres du vertex aux pieds. L'ombilic n'occupait pas la ligne médiane ; il était situé sur la partie latérale droite du fœtus, comme s'il eût été attiré là par le cordon qui lui fait suite. Ce dernier, caché à son origine entre les plis transversaux de l'abdomen, se dirigeait à droite, en dehors et en arrière, contournant le plan latéral droit du fœtus, et se creusant, entre les côtes inférieures et la hanche, une gouttière profonde dans laquelle il était logé. Parvenu sur le plan postérieur, il se portait de l'épine iliaque antéro-supérieure droite vers le sommet de l'épaule gauche, s'aplatissant dans ce trajet, marqué sur le dos du fœtus par un sillon profond. De l'épaule gauche il gagnait la face antérieure du cou, placé au fond de la gouttière faciale, puis continuait son trajet circulaire, de manière à former autour du cou trois tours complets.

« L'action constrictive exercée par le cordon a produit, dit M. Hillairet, » une amputation presque complète de la tête ; le cou, débarrassé du cor- » don, est allongé, et représente un cône dont la base serait dirigée en » haut et le sommet en bas. Dans ce dernier point, qui correspond à la » ligature formée par les tours de spire du cordon, la tête n'est unie au » tronc que par un simple pédicule présentant au plus un millimètre et » demi d'étendue transversale. »

Il existait, en outre, au niveau de l'hypochondre droit, une surface déprimée, rougeâtre, entourée d'un bord légèrement saillant, qui se continue avec le reste des téguments. M. Hillairet considère cette surface rouge comme appartenant au foie, lequel aurait ainsi paru au dehors à travers une solution de continuité résultant de la traction opérée par ce cordon sur la paroi abdominale antérieure.

Ce fait démontre que, dès les premiers temps du développement, la mort du fœtus peut être le résultat de la striction du cou produite par le cordon.

« Mais comment, dit M. Hillairet, l'enroulement du cordon au- » tour des parties s'opère-t-elle ? Est-ce à des mouvements com- » muniqués par la mère à l'embryon, ou aux mouvements de l'em- » bryon lui-même, ou à un mode vicieux de développement qu'il » faut l'attribuer ; et comment, en définitive, se développent les » brides fibreuses lorsque ce sont elles qui amènent l'étranglement » des parties ? Telles sont autant de questions très difficiles à ré- » soudre, et que j'abandonne volontiers à la sagacité des tératolo- » gistes. Toujours est-il que madame X. devint enceinte six fois ; » que quatre fois j'ai pu constater l'enroulement du cordon autour » du cou du fœtus, et que notamment, dans le cours de la gros- » sesse qui fait l'objet de l'observation, elle n'a éprouvé ni frayeur, » ni secousses, et n'a fait aucune chute depuis le moment qu'elle » est devenue enceinte jusqu'au moment de l'avortement. »

A. Les tritons ou salamandres aquatiques ont la peau rugeuse, hérissée, surtout à la face dorsale du corps et de la queue, de petites saillies auxquelles correspondent des follicules sous-cutanés blancs, de forme sphéroïdale. Ces follicules, qui s'observent sur les régions latérales du cou, sont surtout accumulés sur la queue, et sont destinés à sécréter une humeur blanchâtre, qu'on voit sourdre quand on presse la région des follicules entre les mors d'une pince ; quelquefois même, s'échappant avec violence des follicules rompus, elle jaillit à une assez grande distance de l'animal. Cette humeur, d'après les expériences de M. Vulpian, est un venin très énergique.

analogue à celui du crapaud et de la salamandre terrestre. « Pour » se la procurer, on peut comprimer fortement la partie supérieure » de la queue de l'animal entre les mors d'une pince, ou bien pra- » tiquer avec un scalpel de petites incisions transversales et longi- » tudinales sur cette même partie. Par ce dernier procédé, qui est » le meilleur, on divise un grand nombre de follicules; le liquide » blanc sort immédiatement des plaies, arrive à la surface de la » queue, où on le recueille en raclant cette surface avec le tran- » chant du scalpel.

» Le liquide ainsi obtenu est laiteux, assez épais. Au contact de » l'air, il devient rapidement visqueux, et passe de la couleur » blanche à une teinte jaune de sucre d'orge. Il exhale une odeur » forte, pénétrante, désagréable. Il se délaye dans l'eau, au moins » en partie; mais dans cette eau il ne tarde pas à se former un » coagulum irrégulier et visqueux. L'alcool coagule le venin presque » entièrement. »

Les expériences de M. Vulpian ont été pratiquées de la manière suivante : A travers une incision pratiquée à la peau de l'animal qu'il veut empoisonner, il introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané une certaine quantité du venin pur ou délayé dans de l'eau; des chiens de grande taille, des cochons d'Inde, des grenouilles ont succombé plus ou moins rapidement à la suite de cette intoxication, en présentant des phénomènes constants. Les chiens ont manifesté de vives douleurs au moment de l'introduction du venin dans la plaie; tous les animaux soumis à l'expérimentation ont présenté une grande dépression des forces, sans mouvements convulsifs; on observe de plus une diminution notable de l'énergie des contractions cardiaques, et un ralentissement de la respiration. Moins de deux heures après la mort d'un petit chien ainsi empoisonné, la rigidité cadavérique était déjà très prononcée, et le cœur, encore chaud, avait complétement perdu son irritabilité. Ce dernier effet est un des plus caractéristiques de l'action du venin de triton.

Le venin de triton est cependant moins actif que celui de crapaud; celui-ci amène la mort, chez les chiens et les cochons d'Inde, dans un espace de temps qui varie entre une demi-heure et une heure et demie, et chez les grenouilles en une heure, en moyenne; tandis que nous voyons, dans les expériences de M. Vulpian, le premier de ces venins ne tuer les chiens qu'en seize heures, deux heures trois quarts, deux heures quarante minutes, un cochon d'Inde en neuf heures, les grenouilles, en un temps variable entre six et douze heures. Mais, dans tous les cas, les effets du venin se sont manifestés de la même manière, et M. Vulpian a pu constater l'abolition, le plus souvent absolue, de l'irritabilité musculaire des parois du cœur. Sous ce rapport, le venin de triton paraît même avoir une influence plus prononcée que celui du crapaud; il abolit complétement ou presque complétement l'irritabilité des muscles du cœur. Une autre différence distingue les effets des deux venins : c'est l'absence de nausées et de vomissements après l'intoxication par le venin de triton, qui semble plutôt stupéfiant qu'excitant.

Le venin du triton est absorbé par les membranes muqueuses; introduit dans l'estomac d'une grenouille, il a produit la mort en cinq heures, sans déterminer d'injection de la muqueuse digestive. Cependant deux gouttelettes lancées accidentellement, l'une dans l'œil, l'autre dans la narine de l'expérimentateur, ont produit une irritation violente et une douleur très vive de la conjonctive, devenue rouge et turgescente, en même temps qu'un chatouillement insupportable dans la narine, des éternuements fréquents et une sensation de gonflement de la muqueuse olfactive.

Les grenouilles sont empoisonnées lorsqu'on étend sur leur peau une couche de venin de crapaud; rien de semblable ne s'observe avec le venin de triton, lequel n'empoisonne pas non plus les tritons eux-mêmes, quand il est porté sous la peau de ces animaux.

B. Le venin de la salamandre terrestre est un poison convulsivant très énergique; les phénomènes qu'il détermine indiquent qu'il a une action spéciale sur les centres nerveux, et probablement sur la moelle épinière : ce sont des convulsions violentes des membres, des accès tétaniques, des soubresauts. Il n'exerce qu'une action très faible sur le cœur, et tue beaucoup plus lentement que le venin du crapaud et du triton.

Les propositions suivantes ne sont pas les moins curieuses de celles qui résultent des expériences de M. Vulpian :

Le venin du crapaud, du triton, de la salamandre terrestre n'empoisonne pas les animaux de l'espèce qui l'a fourni; mais le venin de crapaud empoisonne les tritons, celui de triton empoisonne les crapauds, celui de la salamandre terrestre empoisonne les crapauds et les tritons.

Il est impossible, avec nos connaissances actuelles, d'expliquer cette immunité des diverses espèces pour leur propre venin, qui doit être certainement absorbé quand il est déposé dans une plaie récente. Il n'est guère plus facile de comprendre pourquoi cette humeur venimeuse, que l'animal fait suinter pour éloigner ses ennemis, produit, chez quelques-uns de ces derniers. des phénomènes d'irritation violente sur les parties touchées, tandis que d'autres, les couleuvres, par exemple, n'en éprouvent pas le moindre accident.

M. Ch. Robin, dans une *Note sur les hémorrhagies des vésicules ovariennes*, distingue ces hémorrhagies en deux espèces : 1° celles qui accompagnent très souvent, mais non constamment, à l'état normal, la rupture des vésicules de Graaf pendant la période menstruelle; et 2° celles qui ont lieu, vers l'époque ou en dehors de la menstruation, dans une ou plusieurs vésicules ovariennes à la fois, sans que ces vésicules se soient rompues et vidées de leur contenu. Les premières donnent naissance à ce qu'on a appelé les *corps jaunes*, dénomination à laquelle M. Robin propose de substituer celle d'*ovariule* (de ὠάριον, *ovarium*, et οὐλὴ, cicatrice); M. Coste en a donné une description très complète (*Histoire du développement*, 1847). Les dernières, mentionnées par Förster (*Manuel d'anatomie pathologique*, p. 411), s'observent, suivant M. Robin, dans deux conditions différentes : on les rencontre assez souvent dans les autopsies de femmes mortes de fièvre typhoïde, de variole, de rougeole, etc.; généralement aucun symptôme n'eût pu les faire soupçonner pendant la vie. Une, deux ou quelquefois trois vésicules ovariennes, dans un seul ovaire ou dans les deux, sont distendues par un caillot, dont le volume peut atteindre et même dépasser celui d'une noisette. Ce caillot est généralement mou, friable, de couleur et de consistance gelée de groseille; il ne présente rien de particulier dans sa constitution; rarement on y trouve déjà des cristaux d'hématoïdine.

M. Robin a observé quatre fois des hémorrhagies des vésicules ovariennes en dehors des conditions précédentes : deux fois sur des femmes mortes de pneumonie aiguë, une fois dans un cas de cirrhose, et une fois sur un sujet dont la maladie n'a pu être déterminée. Les deux premières étaient âgées, l'une de vingt-huit ans, l'autre de trente-trois; chez toutes deux la menstruation avait été notée comme irrégulière et peu abondante depuis plusieurs années. La malade morte de cirrhose avait quarante-six ans, et n'était plus réglée depuis deux ans; elle s'était plainte de temps à autre de douleurs sur les côtés de l'hypogastre, qu'on avait rapportées à l'affection du foie.

Les ovaires dans lesquels ont eu lieu ces hémorrhagies sont plus gros que d'ordinaire; ils présentent un aspect distendu; quelquefois une ou deux vésicules font saillie à leur surface, sous la forme d'une bosselure noirâtre. Sur la dernière pièce observée par M. Robin, l'un des ovaires contenait huit vésicules atteintes d'hémorrhagie, et l'autre cinq. La plus grosse avait le volume d'une forte noisette : le caillot était d'un rouge noirâtre, couleur gelée de groseille foncée vers son centre, un peu décoloré à sa surface. Deux vésicules du volume d'un gros pois étaient remplies chacune par un caillot offrant l'aspect de celui de la saignée, mais un peu plus ferme. Les autres offraient tous les degrés de décoloration, jusqu'à celui de la fibrine à peu près incolore. Sur cette pièce, en particulier, on pouvait suivre pas à pas les modifications qu'éprouve la fibrine pendant et après sa décoloration, et toutes les phases de la résorption des globules rouges. Dans un seul cas il existait des cristaux d'hématoïdine dans les caillots.

La membrane interne de la vésicule ovarienne, remplie par un caillot apoplectique, est généralement rougeâtre, mais marbrée par

places de petites taches jaunes; sa face interne est lisse, presque brillante parfois dans toute son étendue. Cette membrane a conservé son épaisseur normale; elle présente la même structure qu'à l'état sain. Les vésicules atteintes d'hémorrhagie se rencontrent aussi bien au centre ou vers le bord adhérent de l'ovaire que vers sa surface libre.

M. Vulpian a eu l'occasion de voir, dans le service de M. Rayer, à l'hôpital de la Charité, un malade atteint d'*éléphantiasis des Arabes*, dont la mort lui a permis d'étudier avec soin les lésions de cette maladie à une époque peu avancée de son développement, et de faire l'examen microscopique des parties affectées.

De l'histoire du malade, rapportée tout entière par M. Vulpian, nous ne mentionnerons que les détails suivants : Il était âgé de cinquante-sept ans, et originaire des Ardennes; mais il habitait Paris depuis quarante ans. Sa santé avait été bonne jusque dans les dernières années. Trois mois avant son entrée à l'hôpital, il avait vu ses jambes enfler, et la peau du bas-ventre s'épaissir et s'indurer. Puis cet épaississement et cette induration avaient gagné la peau et le tissu cellulaire des bourses et de la verge. Une injection violacée s'était montrée ensuite à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche, puis de la cuisse droite, régions dans lesquelles la peau n'avait pas tardé à s'indurer comme sur le bas-ventre. Ces symptômes prenaient de jour en jour plus d'extension, lorsque le malade succomba à un épanchement pleurétique.

A l'autopsie, on trouva la peau des parties indurées épaisse de près de 2 centimètres; les papilles semblaient hypertrophiées; les sillons, les plis étaient parfaitement dessinés; le tissu cellulaire sous-cutané, hypertrophié et résistant, était infiltré de lymphe plastique; les ganglions lymphatiques, inguinaux et mésentériques, volumineux, indurés. Les ganglions axillaires du côté gauche étaient volumineux et injectés. Cœur hypertrophié, orifices sains, quelques taches opalines et des adhérences entre les feuillets du péricarde. Rien dans les vaisseaux : l'artère et la veine fémorales, la saphène, étaient libres et perméables. (Il est dit cependant, dans l'observation, qu'on avait senti un cordon dur le long des vaisseaux.)

Une coupe verticale de la peau présentait deux couches de couleur différente : l'une supérieure, supportant l'épiderme, offrait une couleur blanchâtre, un peu lardacée; elle avait une épaisseur de 6 à 7 millimètres; l'autre profonde, avait une couleur légèrement jaunâtre, et était épaisse de 7 à 8 millimètres. M. Vulpian est disposé à voir dans ces deux couches la partie papillaire et la partie réticulaire du derme.

En pressant entre les doigts un morceau de peau, on en faisait suinter un suc grisâtre, peu épais, fortement chargé d'albumine. Examiné au microscope, ce suc a présenté : 1° un liquide transparent; 2° des granulations moléculaires très nombreuses; 3° des cellules et des noyaux en très grande quantité. Les noyaux étaient de deux espèces : les uns, les moins nombreux, étaient oblongs, ovoïdes ou réniformes, et atteignaient jusqu'à 2 centièmes de millimètre de longueur sur 7 millièmes de millimètre de largeur; ils avaient des bords nettement accusés, et étaient pourvus d'un nucléole; les autres, tellement nombreux qu'ils donnaient au liquide sa teinte grisâtre et sa demi-opacité, étaient sphéroïdaux, pâles, à bords peu foncés; ils étaient finement granulés, et munis d'un nucléole bien net et assez gros; la plupart avaient 85 dix-millièmes de millimètre de diamètre. Un grand nombre de ces noyaux étaient renfermés dans une cellule pâle, petite, souvent irrégulière, mesurant en moyenne 14 millièmes de millimètre en diamètre; ces cellules devenaient surtout visibles par l'addition d'un peu d'eau. Lorsqu'on recueillait ce suc en raclant la coupe de la peau avec un scalpel, on y constatait, outre les éléments précédents, la présence d'un grand nombre d'éléments fibro-plastiques, de corps fusiformes, et enfin de cellules à grands noyaux ovales, quelquefois réunies en plaques continues plus ou moins considérables.

Le liquide dont nous venons d'étudier les éléments imprégnait toute l'épaisseur du derme; l'épiderme avait conservé ses caractères ordinaires; les papilles étaient larges, étalées; elles présentaient une hauteur très peu considérable. Les follicules pileux des parties hypertrophiées étaient plus volumineux que dans l'état normal; les glandes sudoripares n'offraient rien de particulier. On a constaté une diminution bien remarquable de la graisse, soit dans les couches inférieures du derme, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané.

L'aorte, vers la partie moyenne de l'abdomen, était couverte d'une couche épaisse de 7 millimètres, d'un blanc jaunâtre, un peu lardacée, dans laquelle on trouvait une quantité considérable d'éléments fibro-plastiques, et dont on exprimait facilement un liquide analogue, pour l'aspect et la composition, à celui qui imbibait la peau. Les mêmes caractères s'observaient dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse et dans les ganglions inguinaux.

M. Vulpian est porté à considérer le liquide albumineux qui infiltrait les tissus malades comme un blastème, et les noyaux qu'il renfermait comme les premiers produits d'une génération active de cellules, arrêtées dans leur développement par la mort du sujet, et destinées peut-être à passer à l'état d'éléments fusiformes du tissu fibro-plastique. Il ne se prononce point sur la nature de la maladie, ni sur son mode de développement. Les plaques bleuâtres qui ont précédé, dans ce cas, le gonflement et l'induration de la peau, nous feraient incliner peut-être vers l'opinion qui reconnaît pour cause de l'éléphantiasis des Arabes un obstacle à la circulation veineuse. Mais comment interpréter la tuméfaction des ganglions lymphatiques?

(*La suite à un prochain numéro.*)

MARC SÉE.

Nous avons reçu de notre honorable confrère, M. de Puisaye, parent de M. Magendie, une lettre adressée à M. le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine. Le discours de M. Fr. Dubois n'ayant pas été reproduit par la GAZETTE HEBDOMADAIRE, il nous semble que nous manquerions à l'équité en reproduisant une lettre qui est une appréciation sévère de ce discours.

VIII.

BULLETIN DES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Livres.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ANÉVRYSME ARTÉRIO-VEINEUX, par *A. Henry*. In-4 de 72 pages. Paris, Victor Masson. 2 fr.

DU TRAITEMENT HYDROTHÉRAPIQUE DES FIÈVRES INTERMITTENTES DE TOUS LES TYPES ET DE TOUS LES PAYS, RÉCENTES OU ANCIENNES ET REBELLES, par le docteur *Louis Fleury*. 1 vol. in-8 de 271 pages, avec deux planches. Paris, Labé. 4 fr. 50

ÉLÉMENTS DE MÉDECINE PRATIQUE. — De la nutrition comme source unique de la santé et de la maladie, ou seuls principes desquels puissent être déduits la nature des maladies, leur traitement et les moyens de les prévenir, par le docteur *E.-H. Le Brument*. 1 vol. grand in-18 de LXVII-460 pages. Paris, Amyot. 5 fr.

ÉTUDES CLINIQUES SUR LE TRAITEMENT DE L'ANGINE COUENNEUSE ET DU CROUP, par le docteur *Léon Gigot de Levroux*. Grand in-8 de 61 pages. Paris, Labé. 2 fr.

NOUVELLES ÉTUDES THÉORIQUES ET CLINIQUES SUR LES MALADIES DES YEUX, L'ŒIL ET LA VISION, par le docteur *A. Guépin*. Premier fascicule. In-8 de 88 pages. Paris, Germer Baillière. 2 fr. 50

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la *Gazette hebdomadaire* expire le 31 décembre 1857, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, reçu avant le 10 janvier prochain, il sera fait sur eux, pour prix de renouvellement, un mandat payable le 31 janvier 1858.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2

TABLE DES MATIÈRES.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

S

T

U

V

W

Z

TABLE DES FIGURES CONTENUES DANS LE TOME IV.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

